

**Univerzita Karlova
Přírodovědecká fakulta**

Demografie
Demografie se sociologií



Tereza Barešová

Mezinárodní srovnávací analýza úmrtnosti na sebevraždy
International comparative analysis of suicide mortality

Bakalářská práce

Vedoucí práce: RNDr. Boris Burcin, Ph.D.

Praha, 2020

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze, 14. srpna 2020

Podpis

Poděkování:

Poděkování patří RNDr. Borisi Burcinovi, Ph.D., vedoucímu této bakalářské práce, za odborné vedení, za velmi cenné rady a připomínky k předkládané práci, za ochotu kdykoliv pomoci a za trpělivost a čas strávený nad čtením mé práce. Dále bych chtěla poděkovat rodině za to, že mi umožnila studovat na vysoké škole a za podporu po celou dobu mého studia.

Mezinárodní srovnávací analýza úmrtnosti na sebevraždy

Abstrakt

Cílem této bakalářské práce je v mezinárodním měřítku popsat vývoj sebevraždnosti v období 2000–2015. Na začátku práce shrnuje historický vývoj zkoumání této příčiny úmrtí a vědecké přístupy, kterými lze na sebevraždnost nahlížet. Dále popisuje hlavní rizikové faktory sebevraždnosti a identifikuje nejvíce sebevraždou ohrožené skupiny lidí. Dostupná data jsou zkoumána pomocí standardizované míry úmrtnosti celkem a ve vybraných věkových skupinách, a také pomocí indexu mužské nadúmrtnosti.

Do analýzy bylo zahrnuto celkem 47 zemí (36 evropských, 7 asijských, 1 africký a Kanada, Austrálie a Nový Zéland). Nejvyšší míra sebevraždnosti byla zjištěna ve státech východní Evropy. Zároveň tyto země ve sledovaném období zaznamenaly nejvýraznější pokles těchto měř. Dlouhodobě nejnižší úrovní sebevraždnosti se vyznačují státy jižní Evropy. Ve všech analyzovaných zemích se potvrdila hypotéza o vyšší nadúmrtnosti mužů na sebevraždu. Kromě případu finských, norských kanadských a australských žen se v práci potvrdil i předpoklad, že intenzita úmrtnosti na sebevraždy roste přímo úměrně s věkem.

Klíčová slova: úmrtnost, sebevraždnost, standardizovaná míra úmrtnosti, mezinárodní analýza, mužská nadúmrtnost

International comparative analysis of suicide mortality

Abstract

The purpose of this bachelor thesis is to analyze the development of suicide mortality in international context between 2000–2015. At the beginning, the thesis resumes historical development of research into this cause of death and scientific approaches by which can be suicide examined. It then describes the main risk factors of suicide and identifies the most vulnerable groups of people. The available data are research mainly through standardized suicide mortality rates in total and in selected age groups.

This thesis analyzes suicide in 47 countries (36 European, 7 Asian, 1 African and Canada, Australia and New Zealand). It has been found that eastern European countries have the highest suicide mortality rates. At the same time, these countries recorded the most significant decline in these rates between 2000–2015. In the long term, the lowest suicide rates are characterized by the countries of southern Europe. The hypothesis of male mortality excess was confirmed in all analyzed countries. This thesis also confirmed the assumption that the intensity of suicide mortality rate increases in direct proportion to age in all analyzed countries (except for Finnish, Norwegian, Canadian and Australian women).

Keywords: mortality, suicidal tendency, age-standardized mortality rate, international analysis, male mortality excess

OBSAH

Seznam použitých zkratk	7
Seznam tabulek	8
Seznam obrázků	9
1 Úvod	10
1.1 Výběr analyzovaných států a studovaného období.....	11
1.2 Struktura a cíl práce.....	11
1.3 Definice základních pojmů.....	12
2 Historický pohled na studium sebevraždy	14
3 Rizikové skupiny a faktory	19
3.1 Sociální rizikové faktory	20
3.2 Individuální rizikové faktory.....	21
4 Prevence sebevraždnosti	23
5 Data a metodika	26
5.1 Zdroje dat o sebevraždách.....	26
5.2 Metody použité při analýze sebevraždnosti.....	28
6 Analýza úmrtnosti na sebevraždy ve vybraných státech v období 2000–2015	30
6.1 Porovnání celkové úrovně sebevraždnosti.....	30
6.2 Vývoj intenzit úmrtnosti na sebevraždy v období 2000–2015	33
7 Analýza úmrtnosti na sebevraždy podle pohlaví a věku	43
7.1 Analýza sebevraždnosti podle pohlaví	43
7.2 Analýza sebevraždnosti podle věku.....	49
8 Závěr	54
Seznam použité literatury	57
Seznam příloh	62

Seznam použitých zkratk

MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	Světová zdravotnická organizace
LGBT	komunita pro lesby, gaye, bisexuály a transgender osoby
ČSÚ	Český statistický úřad
SSSR	Svaz sovětských socialistických republik

Seznam tabulek

Tab. 1: Rozložení evropské standardní populace.....	28
Tab. 2: Země s nejvyšší a nejnižší mírou sebevraždnosti, 2015 (není-li uvedeno jinak), muži, ženy	32
Tab. 3: Vývoj indexu mužské nadúmrtnosti a jeho změna v období 2000–2015, vybrané státy.....	45

Seznam obrázků

Obr. 1:	Standardizovaná míra sebevraždnosti, poslední dostupný údaj, vybrané státy, muži.....	31
Obr. 2:	Standardizovaná míra sebevraždnosti, poslední dostupný údaj, vybrané státy, ženy	31
Obr. 3:	Vývoj standardizovaných měr sebevraždnosti v zemích s vysokou úrovní sebevraždnosti, podle pohlaví, vybrané země, 2000–2015.....	34
Obr. 4:	Vývoj standardizovaných měr sebevraždnosti v zemích s vysokou úrovní sebevraždnosti, podle pohlaví, vybrané země, 2000–2015.....	35
Obr. 5:	Vývoj standardizovaných měr sebevraždnosti v zemích s nízkou úrovní sebevraždnosti, podle pohlaví, vybrané země, 2000–2015.....	37
Obr. 6:	Vývoj standardizovaných měr sebevraždnosti v zemích s nízkou úrovní sebevraždnosti, podle pohlaví, vybrané země, 2000–2015.....	38
Obr. 7:	Vývoj standardizovaných měr sebevraždnosti v zemích se střední vyšší úrovní sebevraždnosti, podle pohlaví, vybrané země, 2000–2015.....	39
Obr. 8:	Vývoj standardizovaných měr sebevraždnosti v zemích se střední vyšší úrovní sebevraždnosti, podle pohlaví, vybrané země, 2000–2015.....	41
Obr. 9:	Vývoj standardizovaných měr sebevraždnosti v zemích se střední nižší úrovní sebevraždnosti, podle pohlaví, vybrané země, 2000–2015.....	42
Obr. 10:	Vývoj standardizovaných měr sebevraždnosti v zemích se střední nižší úrovní sebevraždnosti, podle pohlaví, vybrané země, 2000–2015.....	42
Obr. 11:	Index mužské nadúmrtnosti na sebevraždy, poslední dostupný údaj, vybrané státy.....	44
Obr. 12:	Kategorie zemí podle věkového profilu indexu mužské nadúmrtnosti na sebevraždy, průměr z pěti posledních dostupných údajů, vybrané země	48
Obr. 13:	Kategorie zemí podle věkového profilu sebevraždnosti, průměr z pěti posledních dostupných údajů, vybrané státy, muži.....	52
Obr. 14:	Kategorie zemí podle věkového profilu sebevraždnosti, průměr z pěti posledních dostupných údajů, vybrané státy, ženy	53

Kapitola 1

Úvod

Úmrtnost je spolu s porodností základní složkou demografické reprodukce. Se smrtí a nemocí, která s ní v mnoha případech souvisí, se můžeme setkat během kterékoli etapy lidského života. I proto patří studium úmrtnosti mezi nejstarší a stěžejní oblasti demografického zkoumání s nejpropracovanější metodikou, která později posloužila jako vzor pro analýzu ostatních demografických procesů (Pavlík et al., 1986).

Příčin úmrtí, které klasifikuje Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů, jsou stovky. Tato práce se zaměřuje na jednu z mnoha příčin úmrtí – na sebevraždu. V roce 2016 spáchalo na světě sebevraždu přibližně 800 000 lidí, což činí v průměru 3 000 případů úmrtí sebevraždou na den. V porovnání s 18 miliony lidí, kteří ročně zemřou na nemoci oběhového systému, což je celosvětově nejčastější příčina úmrtí, se toto číslo nemusí zdát příliš vysoké. Alarmující na tomto čísle je, že sebevražda je smrt, kterou si člověk zvolí dobrovolně (WHO, 2020). Za posledních 50 let stoupla sebevražděnost ve světě o 60 %. Tato vysoká čísla přiměla WHO, aby začala upozorňovat na tento rostoucí problém a zahájila tak šíření rozsáhlých preventivních programů do celého světa, které by i za cenu toho, že se jedná o obtížný a dlouhodobý proces, pomohly sebevražedné chování alespoň částečně eliminovat (Saxena et al., 2014).

Dobrovolná smrt vždy poutala pozornost nejen odborníků, ale i laické veřejnosti (Dzúrová et al., 2002). Podle Koutka a Kocourkové (2003) lze nahlížet na problémy týkající se sebevražd a sebevražedného chování hned několika různými způsoby podle zájmů jednotlivých vědeckých disciplín. Zatímco filozofie a teologie posuzuje etickou stránku sebevražednosti a morální právo člověka svůj život předčasně ukončit, ostatní vědy, jako např. medicína, psychologie a sociologie, se zabírají důvody jak, kdy, a hlavně proč k tomuto jevu dochází (Dzúrová et al., 2002). Nelze opomenout demografii jako jednu z věd, která se sebevražedností zabývá, a to konkrétně za pomoci analýzy statisticky doložených dat.

Podle WHO (2019) je sebevražda celosvětově nejčastější příčinou smrti u dospívajících ve věku od 15 do 29 let. V tomto období života mají rostoucí počty dokonaných sebevražd dopad nejen na celkovou úmrtnost v této věkové kategorii, ale ovlivňují i ostatní demografické procesy (Frankel a Kranzová, 1998).

1.1 Výběr analyzovaných států a studovaného období

Analytická část práce se věnuje porovnání vývoje úmrtnosti na sebevraždy ve 47 zemích světa, které byly zvoleny na základě dvou kritérií. V klasifikaci podle kvality dat o sebevraždách sestavenou WHO (viz kapitola 5.1) se studované země nacházejí v první kvalitativní kategorii. Zároveň jsou pro tyto země z WHO Mortality Database dostupná data o počtu zemřelých na danou příčinu a o pohlavně věkové struktuře. V analýze sebevražděnosti je zahrnuto 36 evropských zemí, 7 asijských zemí, 1 africká země, Kanada, Austrálie a Nový Zéland. Z toho 13 zemí je rozvojových a 34 vyspělých.

Studované období 2000–2015 bylo zvoleno ze dvou důvodů. Protože jsou data o sebevraždách a o pohlavně věkové struktuře zemí v této práci čerpána z WHO Mortality Database, byl rok 2015 zvolen jako konečný, protože v době tvorby práce byla pro většinu zemí poslední dostupná data právě z tohoto roku. Rok 2000 byl zvolen jako počáteční proto, že většina studovaných zemí měla v tomto roce již platnou 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů. Zároveň je patnáctileté období dostatečně dlouhé, abychom mohli ve vývoji sebevražděnosti jednotlivých zemí vysledovat případné trendy.

1.2 Struktura a cíl práce

Bakalářská práce je rozdělena do osmi kapitol. První kapitola objasňuje základní pojmy, které se s tématem sebevražděnosti pojí a jejichž rozlišení je pro další studium této problematiky klíčové. Druhá kapitola se věnuje historickému vývoji zkoumání sebevražděnosti a hlavním přístupům, kterými lze na sebevražděnost nahlížet na základě konkrétních vědních oborů. Třetí kapitola pojednává o rizikových faktorech, jejichž přítomnost zvyšuje pravděpodobnost výskytu sebevražděného chování. Čtvrtá kapitola se zaměřuje na prevenci sebevražděnosti, již je díky rapidně rostoucím počtům sebevražd přikládán stále větší význam. V páté kapitole je popsán způsob, jakým jsou data o sebevraždách zjišťována a jaké analytické metody při výpočtech byly pro tuto práci použity. Šestá kapitola obsahuje základní analýzu úmrtnosti na sebevraždy v mezinárodním kontextu mezi roky 2000–2015. V sedmé kapitole je sebevražděnost analyzována podle pohlaví a věkových skupin. Závěr práce shrnuje poznatky z teoretické části a výsledky z analytické části.

Hlavním cílem předložené práce je v mezinárodním měřítku popsat vývoj sebevražděnosti mezi roky 2000 a 2015. Specifickým cílem bakalářské práce je vymezit země s nejvyšší a nejnižší intenzitou sebevražděnosti a na základě literatury stanovit hlavní příčiny vysokého či nízkého výskytu sebevražd v daných zemích. Dalším specifickým cílem této práce je potvrdit či vyvrátit následující hypotézy:

- Muži mají větší intenzitu úmrtnosti než ženy. Platí to i v případě sebevražděnosti (Pavlík et al., 1968)?
- Ve většině zemí sebevražděnost roste přímo úměrně s věkem (Masaryk, 2002).

1.3 Definice základních pojmů

Sebevražedné chování je takové chování, které v sobě může zahrnovat sebevražedné myšlenky, sebevražedné pokusy nebo samotné dokonané sebevraždy (Říčan a Krejčířová, 1997). Jednotlivé složky sebevražedného chování se od sebe liší intenzitou suicidálních tendencí a silou přesvědčení zemřít (Koutek a Kocourková, 2003).

Sebevražedné myšlenky jsou typické pro období dospívání. Ve většině případů se jedná pouze o nápady, že by daná osoba spáchala sebevraždu, bez větší snahy o realizaci těchto nápadů. Situace, kdy se jedinec na vykonání sebevraždy už určitým způsobem připravuje, se nazývá sebevražedná tendence. Například pořízení zbraně nebo shromáždění léků je jistou tendencí, která vede k uskutečnění sebevraždy (Koutek a Kocourková, 2003).

Sebevražedný pokus nemusí končit smrtí. Sebevražedný pokus je akt, kterým jedinec jakýmkoli způsobem ohrožuje vlastní život (Koutek a Kocourková, 2003).

Definice sebevraždy není ve všech publikacích napříč zeměmi a dobou jednotná. Existují však dva stěžejní znaky, kterými je možné sebevraždu definovat, a to dobrovolný úmysl ukončit vlastní život a cílevědomě zaměřené jednání vedoucí ke smrti (Dzúrová et al., 2002).

Nejznámější monografie zabývající se tématem sebevraždy je *Le Suicide* od francouzského sociologa Emila Durkheima z roku 1897 (Dzúrová et al., 2002). Durkheim zde vymezuje sebevraždu jako „*takový případ úmrtí, který je přímým nebo nepřímým výsledkem činu nebo opominutí spáchaného jedincem, o němž věděl, že vede ke smrti*“ (Dzúrová et al. 2002, s. 7).

Dle výše uvedené definice je možné za sebevraždu označit i sebezabití, což rozporují Štěpánek a Petříková (2001), kteří od sebe tyto dva pojmy kvalitativně odlišují.

Sebezabití je jednání „*ve kterém chybí vědomý úmysl jedince dobrovolně zemřít*“ (Viewegh, 1996, str. 19). Nejčastěji se lze se sebezabitím setkat u psychicky nemocných osob, které trpí halucinacemi. Viewegh (1996) uvádí příklad, kdy se člověk s halucinacemi snaží utéct před imaginárním nepřítelem a vyskočí při tom z okna. Nechtěl se zabít, chtěl se naopak zachránit. Tímto terminologickým problémem se zabýval i Masaryk (2002), který od sebe nejen oddělil pojmy sebevražda a sebezabití, ale vymezil pojem sebeobětování jako zvláštní formu ke smrti vedoucímu jednání, jež má podobu oběti ve prospěch jiných lidí nebo společnosti. Masaryk (2002) stanovil užší a širší definici sebevraždy. V širším vymezení, je sebevražda chápána jako nepřirozený způsob smrti, který byl přivolen neúmyslně. Takové smrti lze docílit nezodpovědným chováním, avšak nelze za sebevrahy považovat např. kuřáky nebo alkoholiky, jak by z této definice vyplývalo. Užší vymezení sebevraždy spočívá ve zdůraznění přání jedince zemřít. Sebevrahem je ten, kdo si sáhne na život úmyslně a vědomě, kdo si smrt přeje a ví, že si svým jednáním smrt přivodí.

S Masarykovou definicí se ztotožňuje i Vieweghův soudobý psychologický přístup: „*Za sebevraždu označujeme 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).

Tato práce se opírá o mezinárodní definici sebevraždy stanovenou WHO v roce 1968 v platném znění: „*Sebevražedným činem je každý akt, jímž si jedinec přivodí fyzickou újmu, ať již*

jsou nám jeho pravé motivy známe, či ne, a bez ohledu na dalekosáhlost úmyslu. Sebevraždou se pak myslí smrt zapříčiněná sebevražedným aktem“ (Arltová a Antovová, 2016, s. 30).“

Existuje několik druhů sebevražedného jednání. Nejčastějším druhem je *bilanční sebevražda*, ke které dochází na základě předchozího uvažování a bilancování o vlastní existenci. Osoba sama sebe přesvědčí o tom, že její životní situace není únosná a poté spáchá sebevraždu (Viewegh, 1996). Zvláštním druhem suicidálního chování je tzv. *suicidální dohoda*, při níž se dva nebo více lidí shodnou na tom, že spáchají sebevraždu společně. Často je jeden z nich tím, kdo druhého o nutnosti zemřít přesvědčí. Naproti tomu u dalšího druhu, tzv. *rozšířené sebevraždy*, je nutné vzít v úvahu patologický podklad. Jedná se o situaci, kdy duševně nemocná osoba spáchá sebevraždu a vezme s sebou i některou ze svých blízkých osob. Nemocná osoba si nedovede představit např. lepší život ani pro sebe, ani pro své dítě (Koutek a Kocourková, 2003).

Kapitola 2

Historický pohled na studium sebevraždy

Suicidální jednání lze pozorovat v jakékoli etapě lidských dějin (Koutek a Kocourková, 2003). Postoj, který člověk ke smrti zaujímá, je dán historicky, ale i socio-kulturně, proto chceme-li na sebevraždu nahlížet zpětně do minulosti, musíme brát v potaz, jak tvrdí Viewegh (1996), charakteristiku dané historické etapy. Růžička (1968) ve své studii píše, že v jedné historické éře bývala sebevražda tolerována pouze v případech krajního zoufalství, kdy člověk trpěl nevléčitelnou nemocí, či mu hrozila veřejná potupa, jindy byl tento čin chápán jako bezvýhradné právo člověka, který svůj život drží ve vlastních rukou a může sám libovolně rozhodovat o své smrti. O tom, jak se pohled na sebevraždu ve světě historicky proměňoval, pojednává tato kapitola.

První zmínky o sebevražedném chování se podle Arltové a Antové (2016) datují již od 6. století před Kristem a jsou doloženy písemnými památkami z dob starých kultur Číny, Indie a Japonska. Viewegh (1996) ve své knize píše, že vývoj názorů na dobrovolnou smrt je v těchto zemích dodnes ovlivněn tradicemi a idejemi buddhismu, konfucianismu a bráhmanismu. Jedna z hlavních tradic, která v Japonsku ve spojení se sebevraždou přetrvává dodnes, je forma rituální sebevraždy, tzv. harakiri, při níž si sebevrah vlastníma rukama rozřízne břicho. Tento způsob smrti vyjadřoval absolutní oddanost japonských válečníků „samurajů“ vůči svému vládci. Tradiční postoj Japonců k sebevraždě byl znovu výrazně oživen za 2. světové války. Japonské válečné letectvo vysílalo do boje živá torpéda, dobrovolníky, kteří se ve svých letounech obětovali při přímém útoku na cíl. Pro označení tohoto způsobu spáchání sebevraždy se používá pojem „kamikadze“. V jiných sociokulturních prostředích, která nejsou jakkoli ovlivněna tradičními hodnotami japonských náboženství, jsou tyto způsoby provedení sebevraždy zcela ojedinělé. V dnešním Japonsku je tento druh rituální sebevraždy zákonem zakázaný, ale dodnes jsou tyto sebevražedné činy mezi Japonci považovány za obdivuhodné. Není to ale jen Japonsko, jehož tradiční náboženské hodnoty ovlivňují způsob ukončení života lidí. V Indii, taktéž velice ovlivněnou východní filosofií, bylo běžné veřejné dobrovolné upalování ovdovělých žen. V roce 1820 bylo zaznamenáno téměř 2500 těchto případů smrti, kdy se nechala indická vdova upálit spolu se zesnulým manželem. Ve starověku bylo mnoho typických způsobů, jakými se lidé

rozhodli dobrovolně odejít ze světa, např. celosvětově známá sebevraždy egyptské královny Kleopatry. Svou smrt si přivodila uštknutím jedovatého hada (Viewegh, 1996).

V průběhu období antického Řecka a Říma se výrazně měnily postoje k sebevraždě. Příznivé období k sebevraždám střídalo období odsuzování či dokonce trestání z hlediska právního řádu státu. Těla sebevrahů se např. pohřbívala mimo město nebo byla mrzačena. Sokrates, významná osobnost antického Řecka, zakladatel evropského myšlení, byl jedním z těch, kdo v období antiky sebevraždu spáchal. Růžička (1968) uvádí, že Sokrates měl pro sebevraždu pochopení a tvrdil, že člověk má právo se ze života odebrat podle svého vlastního uvážení. Sebevraždy, kterou spáchal, vyvolala odpor u jeho žáka Platóna, který k sebevraždě zaujal negativní postoj a odsuzoval jakýkoliv nepřirozený nebo násilný způsob smrti. Stejně tak se stavěl k sebevraždě i další významný řecký filosof Aristoteles, který sebevraždu chápal jako bezpráví spáchané vůči státu. Viewegh (1996) říká, že sebevrah byl pro Aristotela zbabělcem, který vůči sobě jedná nespravedlivě a každá nespravedlnost pro něho byla překročením zákona. Z Aristotelových tezí vyplývá, že rozlišoval soukromý a veřejný aspekt sebevraždy. Jedni z posledních, u kterých v antice sebevrahové našli pochopení, byli stoupcí stoicismu. Seneca ve svých spisech zastává názor, že pokud je člověk spokojen, má žít, pokud ne, život mu nabízí možnost využít jeden z několika úniků, tedy dobrovolnou smrt. S morálním, ekonomickým i politickým úpadkem na konci starověku vzrostl rapidně i výskyt sebevražd (Viewegh, 1996).

Učení o posmrtném životě, víra v něj a debaty o vykoupení a ztracení měly nemalou úlohu při vytváření obecného postoje k sebevraždám během křesťanského středověku v Evropě. V tomto období měly určující roli, spíše než filosofické nauky, náboženské církve, jejichž doktríny, kterými působily na širokou veřejnost, určovaly pravidla, kterými se lidé měli řídit při řešení osobních problémů (Růžička, 1968). Podle Viewegha (1996) se obecně lidé v Evropě ve středověku k sebevraždám stavěli negativně. Podle křesťanské víry byla ve středověku sebevraždy brána spíše jako vzpoura proti Bohu než osvobození od života. Dle Růžičky (1968), sebevraždy pro křesťany představovala závažnější hřích než vražda. Sebevrahům byl odepřen nejen církevní obřad, ale jejich tělesné pozůstatky nesměly být uloženy do posvěcené půdy. I to je důvodem toho, že sebevraždy se ve středověku vyskytovaly jen ojediněle a v těchto případech se často sebevrahovo okolí snažilo čin utajit nebo svést na nešťastnou náhodu (Viewegh, 1968). Negativní stanovisko k sebevraždám zaujímá křesťanská církev dodnes. Vliv náboženství zůstává jednou z určujících příčin rozdílů v úrovni sebevražděnosti mezi jednotlivými zeměmi i skupinami obyvatel různého náboženského vyznání (Růžička, 1968).

Zlom v pohledu na sebevraždu nastal opět s nástupem novověku, v době, kdy se začalo rozvíjet osvícenství spolu s humanistickou a racionální filosofií. Většina významných myslitelů té doby se přiklání k názoru, že si člověk za určitých podmínek může na život sáhnout. Thomas Moore zmínil, že jedna z podmínek může být nevléčitelná nemoc, jíž osoba trpí a jejíž trýzeň není možné jakýmkoli jiným způsobem ukončit. Filosof Michel de Montaigne se zastával práva člověka na vlastní ukončení života. Tvrdil, že nezná krásnější smrti, než je ta dobrovolná, kterou máme, na rozdíl od počátku života, ve vlastní moci (Viewegh, 1996). Růžička (1968) píše, že postoj církve k sebevraždám, a především opovrhlivé zacházení s těly sebevrahů, dosáhl největší kritiky v 18. století. V této době formulovali své myšlenky např. Charles Louis Montesquieu, Jean- Jacques Rousseau či Voltaire. Všichni tři se shodli na tom, že dobrovolný odchod člověka

ze světa nijak neočerňuje společnost. Jedná se o jeden z nejméně závažných přečinů. Nejvýznamnějším zastáncem sebevražedného chování 19. století byl Friedrich Nietzsche, který v rámci své nauky hlásal, že přirozená smrt je iracionální, proti přírodě a nelze ji ovládat rozumem, přičemž sebevraždu až heroizoval. Ne všichni osvícenci však sebevraždu takto ospravedlňovali. Opačný názor zastával zejména Immanuel Kant, který právo na sebevraždu popřel s tím, že určité místo v obecném chodu přírody má každý z nás. Myšlenkově se tak ztotožnil nejen s křesťanskými naukami, ale i s doktrínami judaismu a mohamedanismu. Dalším novověkým odpůrcem sebevraždy byl Arthur Schopenhauer. Podle jeho učení člověk dokáže snášet jakoukoli trýzeň jen proto, že se bojí smrti, nikoli z touhy po životě (Růžička, 1968). Doslovně řečeno: „*Když břemeno žití dosáhne bodu, kdy vyvažuje strach před smrtí, uvažoval by člověk vážně o sebevraždě, kdyby sebevražda byla čistě negativním jednáním. Ale tomu tak není – sebevražda znamená nejen náhlé ukončení existence, ale i destrukci těla – a před tím většina lidí ustoupí*“ (Růžička, 1968, s. 11).

Na přelomu 18. a 19. století už se odborníci různých vědních disciplín nezabývali pouze postojem k sebevraždě, ale začali se o sebevraždu zajímat hlouběji. Přesto, že filosofické nauky a náboženství výrazně ovlivňovaly chápání sebevražednosti po dlouhá staletí, chyběly nové poznatky o příčinách sebevražedného chování a pokusy o jeho vysvětlení. Od poloviny 19. století se začala pozornost odborníků různých oborů soustřeďovat na faktickou stránku sebevražd a byly tak položeny základy vědeckého výzkumu sebevražednosti (Arltová a Antovová, 2016). Prvním statistickým přehledem o sebevraždách byla tabulka obsahující data o sebevraždách a smrtelných úrazech v Londýně v letech 1686–1758 (Viewegh, 1996). Studie italského mnicha Agatopista Crozmaniana z roku 1761 byla první, ve které lze nalézt konkrétní údaje dokumentující okolnosti sebevražednosti (Růžička, 1968). Jean Etienne D. Esquirol, francouzský lékař, napsal v roce 1838 rozsáhlou práci, která se systematicky věnovala duševním chorobám. Speciální kapitola o sebevraždách obsahovala tabulky se statisticky zpracovanými údaji s rozdíly v sebevražednosti mezi muži a ženami, s rozdíly podle věku, ročního období či dokonce strukturu sebevražd podle použitých prostředků. Zeměmi, které mohou poskytnout kompletní statistiku o sebevraždách na celém území už od poloviny 18. století, jsou Německo a Švédsko (Viewegh, 1996).

Postupně se sebevražedností začaly zabývat jednotlivé vědní disciplíny podle specifického předmětu svého zkoumání (např. sociologie, medicína, psychologie, sociální patologie). Rozsáhlá publikace autora Pierra-Egiste Lisle vydaná v roce 1856 systematizuje statistický, medicínský, legislativní a historický přístup ke studiu sebevražednosti. Mimo jiné uvádí i statistické přehledy o počtu sebevražd, jak jsou rozloženy z hlediska mnoha sociálních charakteristik osob, jež je spáchaly, z hlediska geografického, sezónního i klimatického.

Durkheimova práce *Le Suicie* z roku 1897 týkající se sebevraždy patřila podle Graeffa a Mehlkopa (2007) mezi první počiny v rámci sociologie. Tato práce v sobě kombinovala jak teoretický, tak i praktický přístup. Durkheim byl prvním sociologem, který při studiu sebevražednosti použil techniky empirického výzkumu k tomu, aby své domněnky potvrdil na reálných datech. Jeho snahou bylo ze sociologického hlediska objasnit výskyt sebevražednosti. Petrusek (2011) tvrdí, že Durkheimovo pojednání o sebevraždě bylo svým způsobem kontroverzní, protože čin, který je na první pohled chápán jako zcela individuální, dobrovolný a intimní, se snaží vysvětlit ryze sociálními vlivy. Durkheim zavádí nový pojem *anomie*. Tento

pojem označuje výrazné změny v uspořádání společnosti, které jsou způsobeny různou intenzitou vztahu mezi společenskou integritou a společenskou regulací – tedy vztahem mezi jednotlivcem a společenskou skupinou (Graeff a Mehkop, 2007). Podle Petruska (2011) se jedná o moment, kdy společnost není schopná regulovat chování člověka, který se chce začlenit do společnosti. Viewegh (1996) ve své knize píše, že míra sebevražd ve společnosti se zvyšuje, pokud dochází k narušení sociálních vazeb mezi jedincem a sociální skupinou, do které patří. Nebo slovy Kellera (2007, s. 217): „Míra sebevraždnosti je nepřímou úměrnou stupni integrace sociálních skupin, do nichž individuum patří.“ Na základě toho rozlišuje Durkheim ve své práci čtyři typy sebevražd.

Altruistická sebevražda je jakási oběť pro společnost a je výsledkem až přílišného zapojení člověka do sociální skupiny. Tento typ je charakteristický zejména pro společnosti primitivní, kde se sebevraždy stávají součástí rituálů (Petrušek, 2011). Páchat ji mohou např. i staří a nemocní lidé, kterým připadá, že vlastní existencí společnosti přitěžují. Tito lidé jsou ochotni vzdát se života, který pro ně má mnohem menší cenu než to, co si žádá skupina, do které se až příliš integrovali (Keller, 2007).

Fatalistická sebevražda je způsobena příliš silnou regulací ze strany společnosti. Lidské ambice a touhy jsou v tomto případě podrobeny vlivu společenských požadavků, takže člověk nemá žádnou šanci, jak je realizovat. Příkladem je situace otroků, kdy někteří raději volili smrt, protože šance na zlepšení jejich společenského postavení byla prakticky nulová (Keller, 2007).

Egoistickou sebevraždu páchá člověk, který se cítí být od společnosti odpoutaný a osamělý, protože v něm převládá pocit hrubého osobního selhání. Příkladem může být situace, kdy jedinec přijde o zaměstnání a nemůže si sehnat nové. V důsledku rostoucí individuality se u jedinců objevují deprese a pocity marnosti, které je dovedou až k sebevraždě (Keller, 2007).

Anomická sebevražda je posledním typem, který Durkheim vymezil. Jedinec, stejně jako v předchozím případě, páchá sebevraždu odloučený od společnosti. Nikoliv však proto, že se od ní odpoutal sám, ale na vině je rozpad společenských norem, které usměrňují jednání lidí. Jedná se o situaci, kdy se starý společenský řád rozpadl a nový ještě nebyl ustanoven. V tomto momentě neexistuje ve společnosti žádná regulace a člověk neví, do jaké míry může prosazovat své ambice a tužby. Sebevražda vychází z pocitu člověka, že společenské normy jsou nicotné a nic pro něj nemá smysl (Keller, 2007).

Pokud se zabýváme sociologickým přístupem k sebevraždám, nelze opominout habilitační práci Tomáše Garrigua Masaryka (2002), ve které se zabývá rozsáhlou analýzou svých úvah o sebevraždnosti. Ve svém spisu se věnuje nejen definování užšího a širšího významu pojmu sebevražda, ale podrobně rozebírá veškeré suicidální vlivy (přírodní, psychosomatické, sociální či kulturní), jež mají na růst sebevraždnosti podíl. Tyto suicidální vlivy rozděluje na disponující (nepřímé) a determinující (přímé) a následně je řadí podle jejich intenzity. Jelikož obsáhlejší část jeho práce tvoří analýza vztahu mezi sebevraždností a úrovní vzdělanosti, přichází s tvrzením, že všechny příčiny vyplývají ze současného, spíše nepříznivého, civilizačního vývoje, který je charakteristický především úpadkem mravních a náboženských hodnot (Viewegh, 1996). Masarykova práce (Masaryk, 2002) dále obsahuje pojednání o vlivu duševních poruch na úroveň sebevraždnosti, o způsobech, kterými lze sebevraždu spáchat, a krátce se zmiňuje i o tom, jak bylo na sebevraždu nahlíženo v minulosti.

Medicína jako vědní obor řeší, do jaké míry je sebevražda podmíněna patologicky. Přesvědčení o patologičnosti sebevraždy je značně ovlivněno domněnkou, že podstata tohoto činu tkví v oslabení pudu sebezáchovy. To může být způsobeno některou tělesnou nebo psychickou nemocí, jako je jakékoliv poškození mozku, epilepsie nebo hormonální disfunkce. Zastánci tohoto uvažování tvrdí, že co se týče sebevraždy, zásadní dopad na jedince má jeho psychický stav a reakce osobnosti na vnější vlivy. Ačkoliv vnější vlivy doléhají ve stejné míře na mnoho jedinců najednou, ne všichni se rozhodnou nastalou situaci řešit sebevraždou (Viewegh, 1996).

Výzkum sebevraždy v rámci psychologie se snaží pomocí specifických výzkumných metod odhalit dominantní psychické a osobnostní vlastnosti sebevraha, které by mohly upozornit a předem varovat před možnými sebevražednými sklony dané osobnosti. Hlavní přínos pro identifikaci sebevražedných sklónů však mají ty, které se zaměřují na patologické příznaky, hodnotový žebříček osobnosti, sociální přizpůsobivost a frustrační toleranci. Tyto metody odborníci aplikují na osoby, které se pokusily o sebevraždu, a přežily. Na základě výsledků testů sestaví profil potenciálního sebevraha, který později pomůže tyto jedince v populaci snadněji odhalit (Viewegh, 1996).

Demografie jako samostatný vědní se začala údajně o sebevraždách zabývat od 50. let 19. století (Mühlpachr, 2008).

Sebevražednost je natolik složitý a komplexní fenomén, jak shrnuje Viewegh (1996), že se nelze při jejím zkoumání omezit pouze na jeden hlavní vědní obor. Na druhou stranu je ale důležité, abychom získali co nejpodrobnější poznatky z jednotlivých vědeckých disciplín, abychom v budoucnu mohli jednotlivá fakta použít k syntéze a vyslovení obecně platných zákonitostí o sebevraždy.

Kapitola 3

Rizikové skupiny a faktory

Celosvětově existují skupiny obyvatel, které jsou potenciální sebevraždou ohroženy více než jiné, a rizikové faktory, které zvyšují pravděpodobnost výskytu sebevražd. Tyto ohrožené skupiny a rizikové faktory jsou popsány v této kapitole. Daňková (2003) píše, že sebevražednost je složitý jev podmíněný mnohdy více příčinami najednou. Daňková rizikové faktory ve své práci rozděluje do dvou skupin. Faktory, které působí na individuálně-psychické úrovni, čímž myslí genetické předpoklady a dědičnost, duševní zdraví a celkovou tělesnou zdatnost, hodnotový systém jedince a jeho pohled na otázku života a smrti. Druhou skupinou faktorů, které ovlivňují míru sebevražednosti, jsou faktory sociální, kam řadí politickou situaci dané země, její ekonomické postavení, úroveň nezaměstnanosti, náboženské vyznání nebo zda v dané oblasti probíhá válečný konflikt. Zvýšená míra sebevražednosti v určitých částech světa může mít svůj základ i ve filosofických, či etických zásadách. Na mikroúrovni nelze opomenout zvýšenou tendenci ke spáchání sebevraždy u jedinců, kteří se nachází v nepříznivé situaci, co se týče zaměstnání a příjmu či rodinných vztahů. O všech těchto faktorech navíc uvažujeme v geografických, kulturních, klimatických a sociodemografických souvislostech.

Podle Ajdacic-Gross et al. (2008) je nejvýznamnějším rizikovým faktorem volný přístup k jakýmkoliv prostředkům nebo metodám, které můžou v dané společnosti ke spáchání sebevraždy přispět a usnadnit ji. Jsou jimi například volné držení zbraní v dané zemi nebo dostupnost léků, které je možné jinde získat jen na základě lékařského předpisu.

Mann et al. (2005) se zabývají tím, jak míru sebevražednosti ovlivňují média. Ta mohou být sice přínosná tím, že pomáhají šířit osvětu v rámci preventivních programů, ale mnohem větší problém činí jejich opačný vliv. Často s jakoukoliv informací o sebevraždě nakládají nevhodným způsobem. Tím, že se v médiích mluví o sebevraždách celebrit, o nových a netypických metodách, jakými je možné sebevraždu spáchat nebo tím, že ukazují fotografie se sebevraždami spojené, mohou svým způsobem před konzumenty sebevraždu normalizovat a udělat z ní přijatelnou reakci na složité životní situace. Často se pak stává, že se lidé snaží sebevraždu napodobit. Přístup k internetu znamená ještě větší problém, protože zde může kdokoli prakticky bez omezení šířit informace o sebevraždách. Mann et al. (2005) upozorňují například na existenci chatovacích místností, ve kterých si uživatelé vyměňují svá doporučení ohledně spáchání

sebevraždy nebo se dokonce podporují. Saxena et al. (2014) jsou toho názoru, že internet a ostatní masová média podněcují jedince ke spáchání sebevraždy tím, že lidem poskytují velmi snadno dostupné informace o sebevraždách ze zdrojů, ke kterým se dostane prakticky kdokoliv. U lidí, na něž působí jakýkoliv z rizikových faktorů, to poté může mít fatální následky.

3.1 Sociální rizikové faktory

Několik rizikových faktorů vyplývá ze stavu společnosti a vztahů mezi lidmi v ní navzájem, říká Saxena et al. (2014). To, jak lidé nahlízejí na sebevražedný akt a jak ho hodnotí, je po celém světě ovlivněno kulturními vzorci ve společnosti, náboženským přesvědčením, historií daného společenství i právními předpisy. Neméně důležitou roli v pojetí sebevraždy hrají i vztahy v rodině a s nejbližšími přáteli.

Války, občanské konflikty a přírodní katastrofy ovlivňují míru sebevražednosti svým ničivým dopadem na sociální klima, ovlivňují celkový zdravotní stav obyvatelstva, podmínky pro bydlení a dotýkají se samozřejmě i finančního zabezpečení, které není v průběhu těchto katastrof poskytováno lidem v potřebné výši.

Za rizikový faktor považujeme i jakoukoli formu diskriminace vůči menšinám v populaci, tvrdí Saxena et al. (2014). Sebevražedné tendence u lidí z těchto subpopulací jsou vyvolány pocitem ztráty svobody, odmítnutí, stigmatizace nebo dokonce násilím, kterého se společnost vůči těmto jedincům dopouští. V tomto případě považujeme za skupiny ohrožené sebevražedným chováním členy komunity LGBT, jedince, kteří byli vězněni, migranti, uprchlíky a žadatele o azyl nebo oběti jakéhokoli druhu šikany. Zvýšenou míru sebevražednosti lze, podle Fortune a Hawtona (2007), pozorovat také v důsledku akulturace. Akulturace je akt vzájemného přejímání a splývání rozdílných kultur (Medvedeva, 2016). Autoři Fortune a Hawtona (2007) přichází se zjištěním, že úroveň sebevražednosti např. u rodilých Američanů, australských domorodců, Inuitů nebo například u kmene Maorů na Novém Zélandu, je několikanásobně vyšší než u zbytku populace. Původní skupiny obyvatel se cítí izolovány a diskriminovány, protože stát narušuje jejich územní, politickou či ekonomickou autonomii a popírá původní kulturu a jazyk domorodých kmenů. Nedůvěra těchto lidí k autoritám země je proto zcela na místě a beznaděj poté často vyústí až k aktu sebevraždy.

Co se týče mezilidských vztahů, bývají potenciální sebevraždou nejčastěji ohroženi lidé, kteří jsou sociálně izolováni od kruhu svých nejbližších lidí. Sociálně izolováni se na sklonku života mohou ocitnout senioři, kterým se po ztrátě životního partnera nedostává potřebné péče a podpory od ostatních příbuzných. K izolaci také dochází, pokud si jedinec projde těžkou životní nebo vysoce stresující situací a není schopen pocity zoufalství sdílet s ostatními. Izolace bývá často doprovázena pocity sklíčenosti a osamělosti. V kombinaci s dalšími rizikovými faktory může vést sociální izolace ke zvýšenému riziku spáchání sebevraždy. Stejně tak jsou tímto rizikem ohroženi jedinci, kteří se někdy stali oběťmi jakékoli formy zneužívání nebo mají za sebou traumatizující zkušenost. Fyzické násilí, sexuální zneužívání, týrání, odloučení od rodiny nebo rozvod rodičů se podepisují zvláště na jedincích, kteří si podobným traumatem prošli v dětství. Ti jsou v dospělosti považováni za skupinu ohroženou rizikem sebevraždy, protože se na nich podepsal emoční stres, který může u zranitelných osob vést k depresím a případně i k sebevraždě. Situační psychický

stres způsobený náhlou ztrátou blízké osoby nebo zármutek pramenící z dlouhodobě přetrvávajících konfliktů ve vztazích s blízkými osobami jsou též považovány za rizikové faktory, které zvyšují u osob pravděpodobnost spáchání sebevraždy (Saxena et al., 2014).

Naproti rizikovým faktorům působí faktory ochranné, které přirozeně snižují výskyt sebevražd v populaci, říká Saxena et al. (2014). Lidé by se měli snažit pěstovat silné a zdravé osobní vztahy s příbuznými a blízkými přáteli. Ti mají na člověka v dobách krize největší vliv, a pokud mu poskytují dostatek podpory, mohou působit jako silný ochranný faktor. Jsou totiž schopni tlumit nebo odrazit vliv stresorů působících zvenčí díky sociální, emoční a finanční podpoře. Ochranný faktor v podobě dobrých vztahů působí nejvíce na adolescenty a starší osoby, kteří jsou v tomto ohledu největší rizikovou skupinou.

Náboženství má na výskyt sebevražděného jednání v populaci také vliv. Islám sebevraždu přímo zakazuje. Křesťanská církev nezmiňuje přímo sebevraždu, ale káže „Nezabiješ!“, což vyjadřuje její postoj k jinému než přirozenému způsobu smrti. Ochrana před sebevraždou pramenící z víry spočívá v existenci soudržné komunity, která poskytuje jedinci podporu, dává mu pocit, že patří někam, kde všichni vzájemně sdílí stejný systém hodnot. Mnoho církví navíc zakazuje např. pití alkoholu, což je jeden z hlavních rizikových faktorů. Na druhou stranu je třeba dávat pozor, pokud chceme náboženství označit za ryze ochranný faktor. Na světě totiž existuje několik náboženských skupin, které dokonce vyžadují po svých stoupencích vykonávat v určitých situacích praktiky, které vedou k sebevraždě. Jako příklad uvádí Saxena et al. (2014) jihoasijskou náboženskou sektu, kde se musí ženy, které přišly o svého manžela, samy upálit. O náboženství je proto zapotřebí uvažovat v konkrétním kontextu, kulturním prostředí a dbát na opatrnost při interpretaci jednotlivých duchovních zásad.

Saxena et al. (2014) také zdůrazňují význam celkového přístupu k životu, osobnostních rysů a životního stylu jedince. Na to, do jaké míry je dotyčný odolný vůči stresorům, má vliv jeho emoční stabilita, identita, sebevědomí a schopnost efektivně řešit nepříjemné životní situace. Svou roli hraje i ochota vyhledat v případě duševní nepohody pomoc. Protože sebevražda je v některých společnostech silně stigmatizována, někteří jedinci se ostýchají vyhledat patřičnou pomoc, když ji potřebují. Včasná intervence by v mnoha případech mohla sebevraždě zabránit.

3.2 Individuální rizikové faktory

To, zda je člověk více náchylný ke spáchání sebevražděného činu, je do jisté míry ovlivněno také jeho individuální odolností a zranitelností. Za nejvýznamnější rizikový faktor z této oblasti považujeme skutečnost, zda se daná osoba už někdy v minulosti pokusila sebevraždu spáchat (Saxena et al., 2014). Yoshimasu et al. (2008) dodávají, že šance, že se dotyčná osoba pokusí opakovat svůj předchozí neúspěch, je rok po prvním sebevražděném pokusu stále velmi vysoká. Qin (2003) říká, že rodina oběti nebo komunita, v níž se oběť pohybovala, se automaticky také stává skupinou ohroženou výskytem suicidálního jednání. Blízcí oběti pociťují po její smrti nejen zármutek, ale v některých případech i vinu, stud, hněv a stres. Často se stane, že rodina kvůli způsobu úmrtí svého člena získá určité stigma. To jí pak neumožní vyhledat případnou potřebnou odbornou pomoc a podporu komunity.

Věk člověka je sám o sobě významným rizikovým faktorem. Existují věkové skupiny, které jsou potenciální sebevraždou ohroženy více a které méně. Věku jako rizikovému faktoru se v této práci podrobněji věnuje kapitola 7.2.

V podkapitole 3.2 bylo naznačeno, že duševní onemocnění jsou velice výrazným rizikovým faktorem, avšak nemůžeme s jistotou o každém člověku, který některou duševní chorobou trpí říci, že spáchá sebevraždu. Obráceně už ale tento vztah nabývá na pravdě, tvrdí Cavanagh et al. (2003). Přítomnost některé duševní poruchy se potvrdila až u 90 % sebevrahů v zemích, kde lidé disponují vysokými příjmy. Jinak je tomu např. v Číně a Indii, kde duševní poruchou trpělo 60 % sebevrahů. Podíl zastoupení duševních poruch u sebevrahů se však v různých studiích liší. S psychiatrickou komorbiditou se riziko sebevražedného chování zvyšuje a závisí též na typu duševní choroby. Cavanagh et al. (2003) přicházejí s tvrzením, že celoživotní riziko spáchání sebevraždy se zvyšuje o 5 % u lidí, kteří trpí poruchou nálad, o 7 % u lidí, kteří jsou závislí na alkoholu, o 8 % u lidí s bipolární poruchou a o 5 % u jedinců trpících schizofrenií. Daňková (2003) ve své práci upozorňuje na komplikace se zjišťováním přítomnosti duševní choroby u sebevrahů. Způsob provedení sebevraždy se totiž nijak neliší u psychicky zdravých a nemocných jedinců. Jediný spolehlivý způsob jak zjistit, zda sebevrah trpěl některou z duševních chorob, je nahlédnout do jeho předchozí lékařské dokumentace.

Závislost na jakékoli návykové látce jako rizikový faktor nemůže zůstat opomenut. Užívání alkoholu a opiátů se vyskytuje dokonce až u 50 % případů úmrtí sebevraždou (Saxena et al., 2014). Podle Daňkové (2003) v rámci rizikových faktorů v posledních letech stoupá význam užívání drog spojený s následným abstinčním syndromem. Působení omamné látky zkresluje vnímání reality potenciálního sebevraha a vyvolává u něho paranoidní představy doprovázené úzkostí a depresí. Často ani není hlavním úmyslem sebevraha zemřít, k suicidu dojde pouze v důsledku porušení vnímání působením omamné látky. Většina případů, kdy se suicidálního jednání dopustí jedinec pod vlivem návykové látky, se proto neklasifikuje jako sebevražda, protože daná osoba nejednala s prvotním úmyslem ukončit svůj život. Riziko sebevraždy se zvyšuje, dodává Saxena et al. (2014), pokud alkohol nebo jinou návykovou látku užívá člověk, jež má diagnostikovanou některou z duševních chorob.

Náchylnost ke spáchání sebevraždy zvyšuje i přítomnost chronického somatického onemocnění spojeného s bolestí (Saxena et al., 2014). Chronická somatická onemocnění trvají déle než 12 měsíců, vedou k funkčním omezením a vyžadují dlouhodobou zdravotní péči (Slezák, 2015). Patří sem nemoci jako rakovina, diabetes mellitus nebo AIDS, u nichž bylo zjištěno riziko výskytu sebevražedného jednání 2–3x vyšší než u zbytku populace (Saxena et al., 2014). Nejen na tom, jak je onemocnění závažné, ale i na věku závisí výskyt sebevražd u nemocných lidí. Daňková (2003) ve své práci píše, že větší počet sebevražd byl u lidí se stejným chronickým onemocněním zaznamenán v mladší věkové kategorii oproti starším pacientům.

Svůj podíl na sebevražedných tendencích u lidí mají i genetické faktory. Najít souvislost mezi sebevražednými tendencemi a hladinou různých látek v krvi, moči nebo mozkomíšním moku, se vědci snaží již několik desítek let (Daňková, 2003). Nižší hladina serotoninu v krvi např. zvyšuje pravděpodobnost sebevraždy hlavně u lidí trpících schizofrenií nebo poruchami osobnosti (Saxena et al., 2014).

Kapitola 4

Prevence sebevražednosti

Dle Pattona et al. (2009) je hlavním důvodem, proč by měla být prevence sebevražednosti na seznamu zájmů jednotlivých zemí mezi prvními, dopad sebevražednosti na ekonomiku dané země. Na celém světě je sebevražda ve věkové skupině 15–44 let jednou ze tří hlavních příčin úmrtí a druhou nejčastější příčinou smrti ve věkové skupině 15–19 let. Věková skupina 15–44 let je ekonomicky nejproduktivnější, a ačkoliv je celková úmrtnost v těchto skupinách minimální, je tento fakt považován za více než alarmující a podněcuje nejrůznější organizace k nalezení efektivních preventivních opatření.

Bille-Braheová (1998) přináší jiný pohled na vztah mezi sebevražedností a ekonomikou. Podíl počtu dokončených sebevražd na celkovém počtu zemřelých je obecně malý. Sebevražda není finančně náročná stejně jako následné lékařské vyšetření a pitva. Léčba pacientů s jinými druhy nemocí, které v populaci převládají, je pro ekonomiku dané země mnohem nákladnější. Ačkoliv je sebevražda mezi nejčastějšími příčinami úmrtí mezi lidmi ve věku 15–44 let, nejvyšší počet dokončených sebevražd registrujeme u osob ve starším věku a například u lidí, kteří jsou drogově závislí, byla u nich diagnostikována duševní nemoc či potřebují jinou pomoc druhých. Většina těchto lidí k ekonomice dané země nepřispívá. Bille-Braheová (1998) nesouhlasí s tím, že jsou ekonomické dopady sebevražednosti tím hlavním důvodem, proč by se měla nalézat vhodná preventivní opatření ke snížení počtu sebevražd v populaci. Co je podle Bille-Braheové (1998) hlavním problémem, na který by se měla prevence sebevražednosti soustředit, je až desetinásobně vyšší výskyt sebevražedných pokusů (oproti dokončeným sebevraždám) v populaci. Právě ty představují pro společnost ekonomickou zátěž. Lidem, kteří se pokusí sebevraždu spáchat, musí být poskytnuta následná lékařská péče, která mnohdy trvá několik měsíců. Další výdaje pro stát jsou spojené s následnou pracovní neschopností, možným invalidním důchodem a jinou potřebnou sociální péčí. Zároveň se lidé, kteří se již jednou o sebevraždu pokusili, stávají rizikovou skupinou, u které se zvyšuje pravděpodobnost opakovaného výskytu sebevražedného jednání. Investice, které státy poskytnou do preventivních programů a podaří se jim pomocí nich počet sebevražd a sebevražedných pokusů zredukovat, se s největší pravděpodobností v budoucnu vyplatí a navrátí zpět. I když nelze zabránit všem sebevraždám a sebevražedným

pokusům, z ekonomického a zejména z humánního hlediska je zapotřebí vynaložit veškeré prostředky a úsilí na snížení jejich počtu co nejúčinněji a nejefektivněji.

Aby byla nastavená preventivní opatření skutečně účinná a přinesla žádoucí pokles sebevražděného chování v populaci, dodává Daňková (2003), je podrobná znalost rizikových faktorů a skupin spolu s důvody, proč jsou dané skupiny sebevraždou nejvíce ohroženy, nezbytná. S tím souhlasí i Bille-Braheová (1998), která zdůrazňuje, že v rámci preventivních programů je nutné se zaměřit zejména na osoby z rizikových skupin, například na ty, které trpí některou z duševních či fyzických nemocí, jsou drogově závislé nebo se již někdy o sebevraždu pokusily. Je zapotřebí nalézt taková preventivní opatření, která vyhovují konkrétní zeměpisné oblasti a skladbě jejího obyvatelstva.

Prvním důležitým krokem před zahájením preventivního působení opatření je vymezení institucí, které se budou v rámci realizace preventivních programů angažovat, říká Saxena et al. (2014). Aby byla strategie preventivních opatření efektivní, vyžaduje, aby se do ní zapojilo co největší množství institucí, jako například ministerstvo zdravotnictví, školství a sociálních věcí v konkrétní zemi, zdravotnický sektor zahrnující lékaře a zdravotní sestry včetně těch, kteří se zabývají duševním zdravím, sektor školství s učiteli a školními poradci, policie, hasiči, vězeňské a kriminální služby, média a v neposlední řadě také pozůstalí a rodiny, jejichž příbuzní spáchali sebevraždu a mnoho dalších. Všechny tyto sektory musí sledovat společný zájem, spolupracovat a být ochotny se zabývat klíčovými otázkami, které se sebevražděnosti týkají. Zanalýzování situace a podrobná identifikace problému v dané oblasti je dalším klíčovým krokem v prevenci sebevražděnosti. Je důležité mít k dispozici data o počtu sebevražd v konkrétní oblasti, údaje o nejčastěji používaných metodách sebevraždy a například i místech, kde často k sebevraždám dochází (mosty, výškové budovy apod.) a vymezit v populaci ohrožené skupiny obyvatel. Vláda, ministerstvo či řídicí výbor, který je pověřen vytvářením, dohledem a vyhodnocováním preventivních opatření, by měl také zajistit dostatečné množství jak finančních, tak lidských zdrojů, které jsou pro úspěch zásadní.

Na základě poznatků o rizikových faktorech a skupinách může orgán pověřený řízením a kontrolou preventivního působení stanovit vhodné intervence, které se v praxi realizují na třech úrovních, přičemž nejčastěji se jedná o různou kombinaci intervencí ze všech tří úrovní (WHO, 2012):

- univerzální (obecná) prevence
- speciální (selektivní) prevence
- indikovaná (specifická) prevence.

Univerzální prevence dle Saxena et al. (2014) cílí na celou populaci tak, aby minimalizovala riziko výskytu sebevražděného jednání. Nejčastěji se jedná o regulaci dostupnosti a omezení přístupu k prostředkům, které sebevrazi využívají k ukončení života. V platnost vstupují zákony, které upravují a zpřísnují např. podmínky konzumace alkoholu a držení střelné zbraně. Léky, u kterých hrozí předávkování, se vydávají pouze na předpis, města staví bezpečnostní bariéry na výškových stavbách a mostech. Při vytváření univerzálních preventivních opatření je věnována velká pozornost také šíření osvěty ohledně zacházení, skladování a likvidace pesticidů (WHO, 2012). Snaha o omezení přístupu k prostředkům sebevraždy pramení hlavně z přesvědčení, že sebevražděné jednání bývá v mnoha případech impulzivní, a proto, nedostane-li se jedinec ke

kýženému prostředku ihned, je ve většině případů nucen prostředek substituovat za méně letální formu, u které existuje šance, že bude jeho život zachráněn (Turecki a Brent, 2015). V rámci obecných preventivních opatření je často podceňován vliv médií. Způsob, jakým nakládají média s informacemi a zprávami o sebevraždách, může být často stěžejní ve snaze o snížení výskytu sebevražd v populaci. Důležité je, aby se média vyhnula poskytování obrazového materiálu a přesným popisům způsobů provedení sebevražd a aby nepodávala zprávy o sebevraždách způsobem, který by sebevraždy normalizoval. Naopak, pokud média zdůrazňují a informují o možnostech, kde mohou potenciální sebevrazi hledat pomoc, mají stěžejní podíl na redukcí počtu sebevražd (WHO, 2012). Mezi dalšími nástroji obecné prevence můžeme jmenovat ještě vzdělávání a poskytování odborné přípravy všem, kteří přicházejí do styku s lidmi a rodinami lidí, kteří se již o sebevraždu pokusili, anebo těm, kteří ve své profesi přicházejí do styku s lidmi z ohrožených skupin (Saxena et al., 2014).

Intervence z oblasti *speciální prevence* sebevražděnosti se zaměřují přímo na ohrožené skupiny obyvatel. Jedná se o osoby z rizikových věkových skupin, o osoby duševně nemocné či drogově závislé a ty, které s osobou, která se pokusila nebo spáchala sebevraždu, udržovali blízký vztah (Saxena et al., 2014). Turecki a Brent (2015) zdůrazňují význam školních preventivních programů, jejichž pozitivní účinek je zaznamenáván hlavně u dětí, které navštěvují nižší stupně základních škol. Tyto programy šíří mezi dětmi povědomí o důležitosti péče o duševní zdraví, seznamují děti se souvislostmi mezi duševními nemocemi a sebevražděností a radí jim, kde v případě potřeby vyhledat pomoc. Stejní autoři se zabývají také vlivem prevence na skupiny starších osob, kde varují hlavně před izolací seniorů, kteří zůstali osamělí. Samotu se u seniorů snaží potlačovat speciálně proškolení pečovatelé nebo různé skupiny dobrovolníků, kteří se angažují nejen v rámci preventivních programů sebevražděnosti.

Specifická prevence je zacílená na konkrétní osoby, u kterých existuje podezření ze spáchání sebevraždy či na osoby, které v minulosti přežily sebevražedný pokus. Stěžejní snahou preventivních intervencí je identifikace potenciálního sebevraha a zajištění následné odborné péče, říká Saxena et al. (2014).

Snížení sebevražděnosti je v posledních dvou desetiletích jednou z priorit, o kterou usiluje Světová zdravotnická organizace, tvrdí Saxena et al. (2014). Protože se sebevražednost vyskytuje u většiny věkových skupin, u obou pohlaví a ve všech zemích světa, je nalezení efektivních preventivních opatření a snížení počtu výskytu sebevražd jedním z hlavních cílů stanovených Světovou zdravotnickou organizací v rámci programu Health 21 (WHO, 2019). To, že se daří šířit povědomí o problému, který představuje vysoký počet případů sebevražd v některých zemích světa, dokazuje, že v roce 2000 mělo vypracovaný strategický plán 28 zemí a v roce 2020 to je již 38 zemí. Aby Světová zdravotnická organizace zdůraznila význam problému, který vysoká míra sebevražděnosti v určitých regionech světa představuje, stanovila den 10. září Světovým dnem prevence sebevražd. Od roku 2003 se každý rok v tento den po světě vedou kampaně, které mají přispět ke smazání stigma, které se se sebevražedností pojí a nabádají lidi, aby v případě potřeby neváhali vyhledat pomoc (Saxena et al., 2014).

Kapitola 5

Data a metodika

V následující kapitole jsou popsány zdroje, ze kterých byla čerpána data o sebevraždách a metody, které byly pro analýzu sebevražd použity. Část kapitoly se věnuje problematice spojené se zjišťováním dat o výskytu sebevražd a jejich kvalitou.

5.1 Zdroje dat o sebevraždách

Světová zdravotnická organizace nejčastěji přebírá data o příčinách smrti, nemocech a zdravotních problémech od národních statistických úřadů či zdravotnických organizací v dané zemi. World Health Organisation (dále jen WHO) tato data zařazuje a třídí do příslušných kategorií Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (dále jen MKN). Data o počtu zemřelých na jednotlivé příčiny smrti a o pohlavně-věkové struktuře za jednotlivé země jsou dostupná z WHO Mortality Database. Údaje zde jsou tříděny podle věku, pohlaví a příčiny smrti na základě aktuálně platné revize MKN. V průběhu sledovaného období 2000–2015 buď přešly postupně jednotlivé země z 9. revize MKN na 10. revizi MKN, nebo byla v dané zemi 10. revize MKN již platná po celé sledované období. Nejaktuálnější verze (10. revize MKN), byla vydána v roce 1993 a v České republice platí od roku 1994 (ÚZIS ČR, 2020).

Data o sebevraždách najdeme v jednotlivých revizích pod různými kódy. V 9. revizi MKN se sebevraždy nachází v osmnácté skupině (XVIII) pod kódovým označením E950–E959 (Příloha 1). V 10. revizi jsou sebevraždy zařazeny do skupiny dvacet (XX) a mají kódové označení X60–X84 (Příloha 2). Ke každému kódu je přiřazen jeden způsob provedení sebevraždy (ÚZIS, 2020). Aktuální 10. revize obsahuje více položek, protože některé stávající položky byly více rozčleněny. Protože je v práci analyzována skupina „sebevraždy“ jako celek, nikoli jednotlivé způsoby provedení sebevraždy, není nutné mezi sebou jednotlivé kódy v rámci revizí převádět. Data o pohlavně věkové struktuře studovaných zemí, která jsou zapotřebí pro výpočet standardizovaných měr úmrtnosti podle příčiny úmrtí, byla rovněž převzata z WHO Mortality Database.

Při práci s daty o sebevraždách narážíme na problematiku spojenou s jejich kvalitou a dostupností. Kvalita dat odráží způsob, jakým jsou v jednotlivých zemích data o úmrtí a způsobu úmrtí registrována. Data o počtu zemřelých a příčinách úmrtí jsou ve většině zemí evidována v rámci pravidelných celostátních statistik (WHO, 2020). Evidence dat o úmrtích a příčinách úmrtí se v jednotlivých zemích liší. Hlavní rozdíly mezi zeměmi plynou z toho, že země mohou používat odlišnou definici pro sebevraždu, různým způsobem postupují při zaznamenávání a hlášení úmrtí a příčiny úmrtí nebo používají odlišná kódování příčin úmrtí (Stone et al., 2002).

WHO třídí země podle kvality dostupných dat o sebevraždách do čtyř kategorií. První kategorie zemí poskytuje vyčerpávající data o sebevraždách alespoň za posledních pět let. Druhá kategorie nedisponuje kompletními daty. V registrech těchto zemí chybí aktuální údaje o počtu zemřelých na sebevraždu nebo se v nich vyskytují ve větší míře neurčité příčiny úmrtí. Třetí skupina zemí provádí náhodná výběrová šetření a výsledky generalizuje na celou populaci země. Poslední, čtvrtá, kvalitativní skupina neposkytuje žádná data o počtu zemřelých (WHO, 2020).

Kvalitními statistickými daty disponují především vyspělé země světa (Saxena et al., 2014). Podle Stone et al. (2002) jsou počty sebevražd v rozvojových státech, pokud jsou k dispozici, odhady vypočtené metodami modelování. Počty sebevražd bývají navíc často podhodnoceny, protože je sebevraždnost stále ještě citlivým tématem a bývá často rodinnými příslušníky maskována kvůli přetrvávajícímu sociálnímu stigmatu. Maskování sebevražd a následné podhodnocování může být ovlivněno rozdíly v náboženském vyznání konkrétní země. A skutečně výzkum Kellehera et al. (1998) o vlivu náboženství na výskyt sebevraždosti poukázal na fakt, že země, které v rámci víry zavádějí sankce proti sebevraždosti (sebevrahům je např. odepřen pohřeb v rámci církve), vykazují menší počty sledovaných událostí než země, kde sankce v rámci náboženství zavedené nejsou. Podhodnocení počtu sebevražd lze podle Stone et al. (2002) poznat např. z poměru úmrtí na neznámé příčiny a úmrtí sebevraždou. Pokud počet úmrtí na neznámé příčiny v dané zemi výrazně převyšuje počet sebevražd, lze předpokládat, že skutečný počet sebevražd byl vyšší, než udává statistika.

Rozhodnutí o tom, zda je příčinou smrti sebevražda, je komplikovaný a víceúrovňový postup, na kterém se podílí zdravotníci i právní orgány (Saxena et al., 2014). Prvně musí lékař, který ohledává mrtvé tělo, určit, zda smrt nastala z přirozených příčin či nikoliv. Není-li možné toto určit okamžitě, je nařizena pitva. Pokud se prokáže, že smrt nastala nepřirozeně, do vyšetřování se zapojuje policie. Úmrtí může být okamžitě klasifikováno jako sebevražda pouze, pokud se jednoznačně prokáže úmysl jedince zemřít. Pokud tento úmysl není zřejmý, některé země tyto případy rutinně klasifikují např. jako nehody (Stone et al., 2002). Jindy bývají sebevraždy chybně klasifikovány jako „případ (událost) nezjištěného úmyslu“ (podle 10. revize MKN se jedná o kódy Y10-Y34), „nehody“ (V01-X59), „vraždy“ (X85-Y09), ale také jako úmrtí z neznámé příčiny (R95-R99) (Saxena et al. 2014). Lze se ale setkat i s opačným postupem. V případech, kdy je obtížné určit příčinu smrti, se například v Rusku stává, že odborníci klasifikují úmrtí jako sebevraždu, aniž by pro to existovaly dostatečné důkazy. Nejasná příčina smrti se v Rusku stanovuje pouze v ojedinělých případech (Wasserman a Värnik, 1998).

5.2 Metody použité při analýze sebevraždnosti

Bakalářská práce se věnuje analýze úmrtnosti na sebevraždy. Pro účely porovnávání úrovně sebevraždnosti byla zvolena standardizovaná míra úmrtnosti podle příčiny úmrtí. Ta vychází ze vzorce pro výpočet standardizované míry úmrtnosti. Udává počet zemřelých na příčinu i na 100 000 obyvatel standardní populace. Pro účely analýzy v této práci byla zvolena metoda přímé standardizace, která u srovnávaných populací váží míry úmrtnosti podle věku za pomoci věkové struktury, která je zvolena za standard. V této práci byly míry úmrtnosti podle věku váženy za pomoci evropské standardní populace (Tab. 1), protože se jedná o nejčastěji používaný standard při mezinárodním srovnávání úmrtnosti. Zároveň byl tento standard zvolen proto, aby bylo možné výsledky této analýzy navázat na výsledky práce Daňkové (2003), která pro výpočty používala stejný standard. Přímo standardizovaná míra úmrtnosti je vyjádřena následujícím vztahem (Pavlík et al., 1986; str. 159):

$${}^{pst}{}_t hmú^i = \frac{\sum \acute{u}_x^i \times P_x^{st}}{P^{st}} \times 100\ 000$$

kde:

${}^{pst}{}_t hmú^i$ je standardizovaná míra úmrtnosti na příčinu i v roce t

P_x^{st} je počet obyvatel standardní populace v dokončeném věku x

P^{st} je počet obyvatel standardní populace

\acute{u}_x^i je specifická míra úmrtnosti na příčinu i ve věku x vyjádřená vztahem:

$$\acute{u}_x^i = \frac{D_x^i}{P_x}$$

kde:

D_x^i je počet zemřelých na příčinu i ve věku x

P_x je počet obyvatel populace k 1. 7. daného roku v dokončeném věku x .

Tab. 1: Rozložení evropské standardní populace

Věk	P _x	Věk	P _x
0	1 600	45–49	7 000
1–4	6 400	50–54	7 000
5–9	7 000	55–59	6 000
10–14	7 000	60–64	5 000
15–19	7 000	65–69	4 000
20–24	7 000	70–74	3 000
25–29	7 000	75–79	2 000
30–34	7 000	80–84	1 000
35–39	7 000	85+	1 000
40–44	7 000	Celkem	100 000

Zdroj: Eurostat, 2013, vlastní zpracování

Standardizovaná míra úmrtnosti podle příčiny úmrtí byla počítána odděleně pro obě pohlaví. Výpočet indexu mužské nadúmrtnosti vychází z poměru standardizovaných měr úmrtnosti mužů na příčinu i vůči standardizovaným mírám úmrtnosti žen na příčinu i a vyjadřuje, kolik mužů standardní populace zemřelých na danou příčinu i připadá na jednu zemřelou ženu standardní populace na stejnou příčinu i . Vztah je vyjádřen následujícím vzorcem (Šebík, 2015; str. 17):

$$\text{index mužské nadúmrtnosti} = \frac{hmú^{st,i,m}}{hmú^{st,i,ž}}$$

kde:

$hmú^{st,i,m}$ je standardizovaná míra úmrtnosti mužů na příčinu i

$hmú^{st,i,ž}$ je standardizovaná míra úmrtnosti žen na příčinu i .

Protože je do analýzy zařazeno celkem 47 zemí, pro snadnější orientaci ve výsledcích práce byly země rozřazeny do kategorií pomocí shlukové analýzy nejprve podle vývoje úrovně sebevraždění v letech 2000–2015, poté podle podobnosti ve věkovém profilu indexu mužské nadúmrtnosti a na závěr podle podobnosti ve věkovém profilu sebevraždění. Shlukovou analýzu chápeme jako postup, pomocí něhož seskupujeme objekty do skupin na základě jejich podobnosti a odlišnosti. Cílem shlukové analýzy je nalézt v dané množině objektů její podmnožiny (shluky) tak, aby si prvky ve shluku byly navzájem podobné, ale nebyly si podobné s jinými objekty mimo tento shluk (Řezanková et al., 2007). Pro účely této práce byla zvolena metoda hierarchického shlukování (Wardova metoda) založená na vytváření systému podmnožin. Hierarchie vzniká průnikem dvou podmnožin. Průnikem je buď prázdná množina, nebo jedna z nich. Wardova metoda hierarchického shlukování je vhodná pro shlukování objektů, jejichž proměnné mají stejný rozměr. Jako postup v rámci Wardovy metody byl zvolen Euklidův způsob měření vzdálenosti. Výsledek hierarchického shlukování je možné graficky vyjádřit binárním stromem zvaným dendogram, kde každý uzel tohoto stromu představuje shluk (Lukasová a Šermanová, 1985). Dendogram s rozdělením zemí analyzovaných v této práci je zobrazen v příloze 3. Rozdělení zemí do kategorií podle úrovně sebevraždění pomocí shlukové analýzy bylo provedeno v programu IBM SPSS Statistics.

Kapitola 6

Analýza úmrtnosti na sebevraždy ve vybraných státech v období 2000–2015

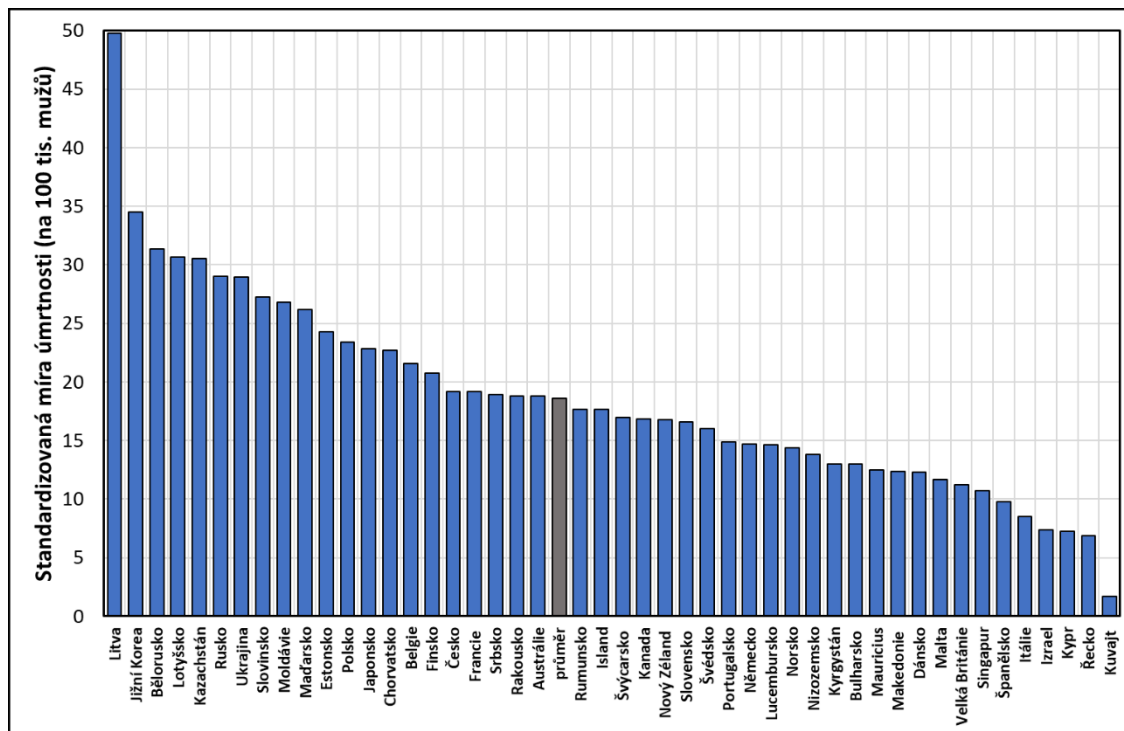
Analýza v této kapitole se zabývá srovnáváním úrovně úmrtnosti na sebevraždy ve 47 zemích světa v období od roku 2000–2015. Výsledky analýzy vychází z výpočtů věkově standardizovaných měr úmrtnosti na sebevraždy za použití evropské standardní populace.

V první podkapitole je nastíněno současné postavení studovaných zemí na základě posledních dostupných údajů o sebevraždě. Další podkapitola se věnuje vývoji specifických měr sebevraždě mužů a žen v období 2000–2015 a podmíněnostem tohoto vývoje. V dalších částech práce budou trendy ve vývoji sebevraždě vysvětleny na základě vlivu pohlaví a věku.

6.1 Porovnání celkové úrovně sebevraždě

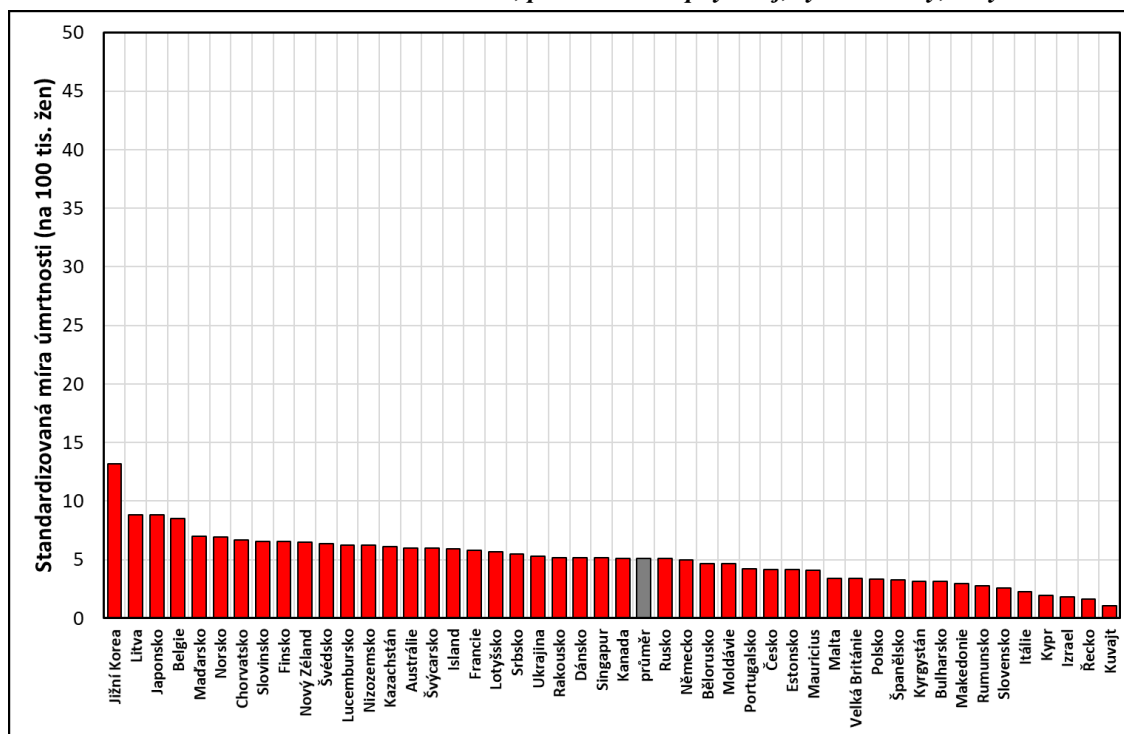
Poslední dostupné údaje o úrovni sebevraždě ve 47 zemích zobrazují obr. 1 (za muže) a obr. 2 (za ženy). Hodnota standardizované míry sebevraždě se u mužů pohybovala v rozmezí hodnot 1,7–49,8 sebevražd na 100 000 osob. Nejvyšší hodnota míry sebevraždě u mužů byla zaznamenána v Litvě, nejnižší v Kuvajtu. Průměrná hodnota standardizované míry sebevraždě mužů získaná z posledních dostupných údajů byla 18,6 sebevražd na 100 000 osob. U žen se hodnoty pohybovaly v rozpětí od 1,1 do 13,2 sebevražd na 100 000 osob. Rozpětí hodnot bylo menší než u mužů a průměrná hodnota standardizované míry sebevraždě žen počítaná z posledních dostupných údajů byla 5,1 sebevraždy na 100 000 osob.

Obr. 1: Standardizovaná míra sebevraždění, poslední dostupný údaj, vybrané státy, muži



Zdroj: WHO 2020, výpočty vlastní

Obr. 2: Standardizovaná míra sebevraždění, poslední dostupný údaj, vybrané státy, ženy



Zdroj: WHO 2020, výpočty vlastní

V následující tabulce (Tab. 2) je uvedeno deset zemí s nejvyšší a deset zemí s nejnižší standardizovanou mírou sebevraždění na 100 tis. obyvatel zvlášť za muže a za ženy. Údaje zobrazené v tabulce jsou poslední dostupné údaje, které jsou za danou zemi k dispozici. Vysoké hodnoty sebevraždění u mužů můžeme pozorovat hlavně v zemích bývalého Sovětského svazu

(Litva, Bělorusko, Lotyšsko, Kazachstán, Rusko, Ukrajina, Moldávie). Mimo bývalé sovětské republiky se mezi těmito zeměmi nachází Jižní Korea, Slovinsko a Maďarsko. Naopak ve skupině zemí s nejnižší mírou sebevraždnosti se nacházejí země jižní Evropy (Řecko, Itálie, Španělsko, Malta). Zařadit mezi ně můžeme i euroasijský ostrov Kypr, který leží ve Středozemním moři. K těmto zemím se přidávají Kuvajt, Izrael, Singapur, Velká Británie a Dánsko. Skupina zemí s nejvyšší mírou sebevraždnosti žen je mnohem více geograficky diferencovaná než u mužů. Nejvyšší hodnoty vykazovaly asijské státy Jižní Korea a Japonsko, severské státy Norsko a Finsko doprovázené Litvou. Stejně jako u mužů se v této skupině zemí nachází i Slovinsko, tentokrát spolu s Chorvatskem. Dále Belgie, Maďarsko a Nový Zéland. Ve skupině s nejnižšími hodnotami sebevraždnosti se, stejně jako u mužů, často vyskytují země z jižní Evropy (Řecko, Kypr, Itálie). Dále země balkánského poloostrova (Rumunsko, Bulharsko, Makedonie) a Kuvajt, Izrael, Slovensko a Kyrgyzstán.

Tab. 2: Země s nejvyšší a nejnižší mírou sebevraždnosti, 2015 (není-li uvedeno jinak), muži, ženy

	Země s nejvyšší úrovní sebevraždnosti		Země s nejnižší úrovní sebevraždnosti	
	Země	^{ps} hmú	Země	^{ps} hmú
MUŽI	Litva	49,8	Kuvajt (2014)	1,7
	Jižní Korea	34,5	Řecko	6,9
	Bělorusko (2014)	31,4	Kypr	7,2
	Lotyšsko	30,7	Izrael	7,4
	Kazachstán	30,5	Itálie	8,5
	Rusko	29,0	Španělsko	9,8
	Ukrajina	29,0	Singapur	10,7
	Slovinsko	27,3	Velká Británie	11,2
	Moldávie	26,8	Malta	11,7
	Maďarsko	26,2	Dánsko	12,3
	ŽENY	Jižní Korea	13,2	Kuvajt (2014)	1,1
Litva		8,8	Řecko	1,7
Japonsko		8,8	Izrael	1,8
Belgie		8,5	Kypr	2,0
Maďarsko		7,0	Itálie	2,3
Norsko		6,9	Slovensko (2014)	2,6
Chorvatsko		6,7	Rumunsko	2,7
Slovinsko		6,6	Makedonie	3,0
Finsko (2014)		6,6	Bulharsko (2014)	3,2
Nový Zéland (2013)		6,5	Kyrgyzstán	3,2

Zdroj: WHO 2020, výpočty vlastní

6.2 Vývoj intenzit úmrtnosti na sebevraždy v období 2000–2015

Následující podkapitola se zabývá analýzou vývoje specifických měr sebevražděnosti mužů a žen ve sledovaných zemích v období let 2000–2015. Pro snadnější orientaci ve vývoji a postavení zemí podle míry sebevražděnosti v tomto období byly země pomocí shlukové analýzy rozřazeny do kategorií. Kategorie byly vymezeny na základě podobnosti zemí v úrovni sebevražděnosti v posledním sledovaném roce (v posledním roce, za který byla dostupná data). V rámci shlukové analýzy vznikly z počtu 47 zemí čtyři skupiny. Skupina zemí s vysokou mírou sebevražděnosti a skupina zemí s nízkou úrovní sebevražděnosti se od ostatních zemí relativně výrazně oddělují. Uprostřed spektra vznikají dvě poměrně podobné skupiny zemí (s vyšší střední a nižší střední úrovní sebevražděnosti). Statistický popis skupin nalezneme v příloze 3. Grafické znázornění úrovně sebevražděnosti v rámci těchto čtyř skupin nalezneme v přílohách 4–7. Binární strom (dendogram) s výsledky shlukování v rámci této analýzy se nachází v příloze 8. Přílohy 9–11 obsahují souhrnné tabulky s údaji o celkové míře sebevražděnosti a o míře sebevražděnosti mužů a žen zvlášť ze všech analyzovaných zemí a za celé sledované období. V následující kapitole upozorňuji na změnu měřítek v grafech v následující podkapitole, která byla provedena kvůli lepší čitelnosti a orientaci ve výsledcích.

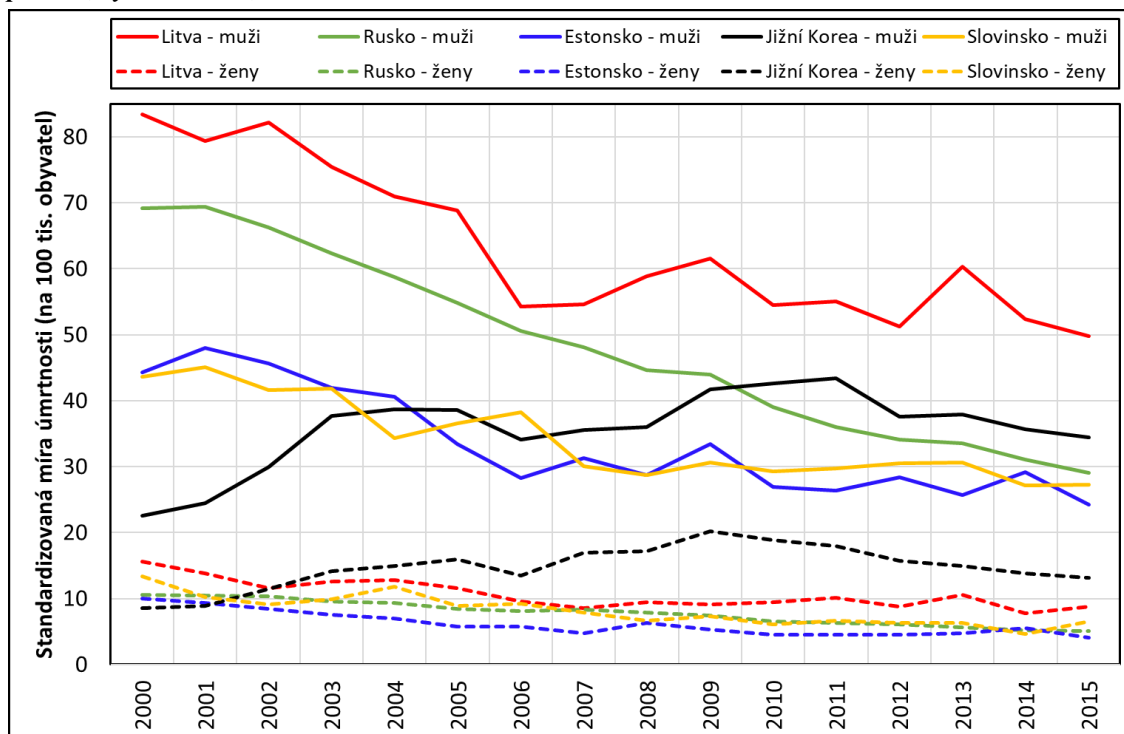
Do skupiny zemí s nejvyšší mírou sebevražděnosti bylo zařazeno deset států. Dlouhodobě vysokou mírou sebevražděnosti se vyznačují zejména země bývalého Sovětského svazu (Rusko, Ukrajina, Bělorusko, Litva, Lotyšsko, Estonsko a Kazachstán). Mimo tyto země patří do této skupiny i Maďarsko, Slovinsko a Jižní Korea.

Obr. 3 a obr. 4 zobrazují vývoj standardizovaných měr úmrtnosti v období 2000–2015 odděleně pro obě pohlaví v zemích zařazených do skupiny s nejvyšší mírou sebevražděnosti. Skupina je charakteristická nejen svými vysokými hodnotami standardizovaných měr sebevražděnosti, ale především nejvýraznějším poklesem jejich úrovně v průběhu let 2000–2015. Jedinou výjimku z těchto zemí tvoří Jižní Korea, v níž se hodnoty standardizovaných měr v průběhu analyzovaného intervalu zvyšovaly. Standardizované míry se v Koreji u mužů a žen vyvíjely téměř souběžně. Nejprudší nárůst celkové úrovně sebevražděnosti v zemi způsobil růst standardizovaných měr u mužů do roku 2003, kdy se zastavil. V roce 2005 začaly hodnoty mírně klesat. Plynulý nárůst mužské sebevražděnosti byl v Koreji patrný znovu od roku 2008. Vrcholu růst standardizovaných měr mužů dosáhl v roce 2011 a od té doby hodnoty mírně klesaly. Vývoj standardizovaných měr korejských žen měl téměř totožný průběh. Růst hodnot však není tak prudký a vrcholu dosáhl už v roce 2009, kdy následoval plynulý pokles.

Z následujícího obr. 3 je patrné, že největší zásluhu na snižování celkové úrovně sebevražděnosti v ostatních zemích mělo především snižování sebevražděnosti mužů. Zatímco hodnoty standardizovaných měr žen se pohybovaly po celé období na podobné úrovni a nelze u nich pozorovat výraznější výkyvy, intenzita sebevražděnosti mužů se výrazně měnila. Nejprudší pokles hodnot můžeme pozorovat u ruských mužů, kde intenzita úmrtnosti klesala po celé sledované období. Celkově sebevražděnost ruských mužů klesla v tomto období o 58 %. Výrazný pokles standardizovaných měr zaznamenali též litevští muži, celkem o 40 %. Zde ale nebyl pokles zcela plynulý. Lze pozorovat dvě období, kdy hodnoty sebevražděnosti mírně stouply (mezi lety 2007–2009 a 2012–2013). K výraznějšímu snížení došlo v případě

slovinských mužů v první polovině zkoumaného období. Od roku 2007 se zde míra sebevraždnosti pohybovala na přibližně stejné úrovni. První polovina studovaného období znamenala pokles měr i pro estonské muže. Ve druhé polovině už k tak výraznému snížení nedošlo, naopak můžeme pozorovat drobné výkyvy v míře sebevraždnosti.

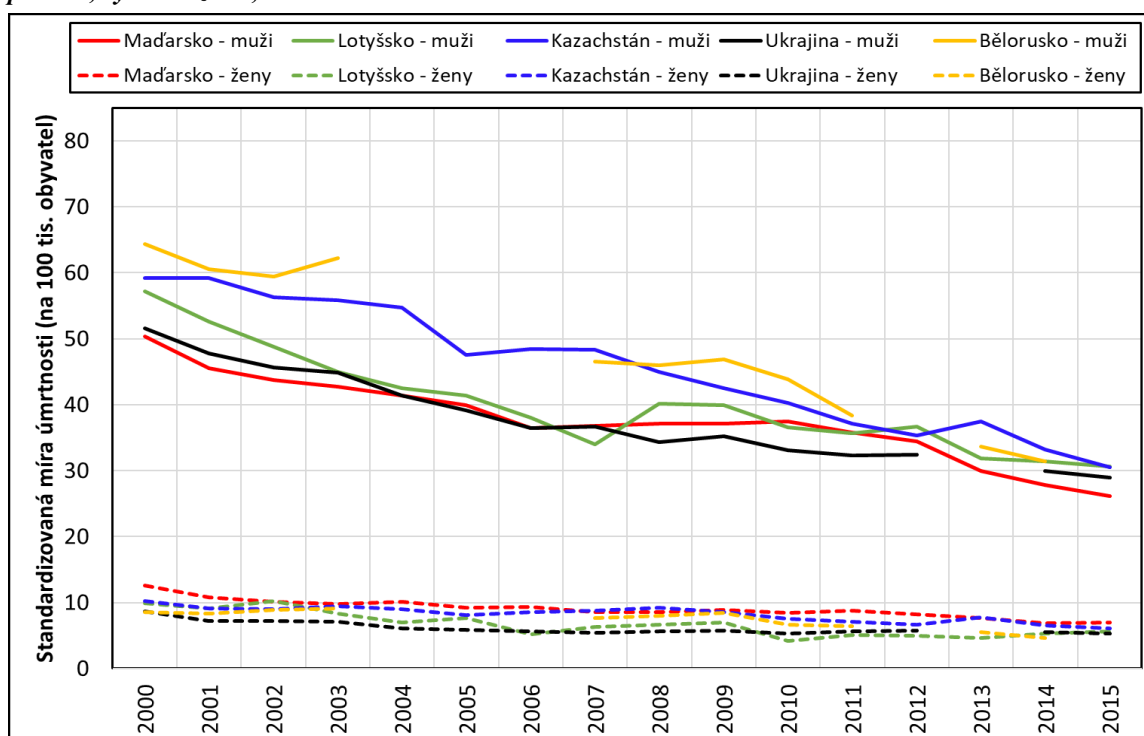
Obr. 3: Vývoj standardizovaných měr sebevraždnosti v zemích s vysokou úrovní sebevraždnosti, podle pohlaví, vybrané země, 2000–2015



Zdroj: WHO 2020, výpočty vlastní

Na obr. 4 vidíme, že ve zbývajících zemích ze skupiny s nejvyšší mírou sebevraždnosti hodnoty standardizovaných měr mužů zaznamenaly též klesající trend. Standardizované míry sebevraždnosti mužů po celé sledované období vykazovaly klesající trend a v průběhu intervalu se přiblížily na téměř stejnou úroveň. Sebevraždnost v těchto zemích klesala plynule, nelze pozorovat žádné výrazné výkyvy, krom mírného nárůstu sebevraždnosti lotyšských mužů v roce 2008. Nejvýraznějšího poklesu (o 51 %) v rámci zemí zobrazených na obr. 4 dosáhli muži v Bělorusku. Hodnoty standardizovaných měr žen ve vybraných zemích vykazovaly po celé období podobné hodnoty, přičemž po celý interval mírně klesaly.

Obr. 4: Vývoj standardizovaných měř sebevraždnosti v zemích s vysokou úrovní sebevraždnosti, podle pohlaví, vybrané země, 2000–2015



Zdroj: WHO 2020, vlastní výpočty

Litva je z hlediska vývoje sebevraždnosti zajímavou zemí. Zatímco mezi dvěma světovými válkami patřila spolu se sousedním Polskem k zemím, kde byl výskyt sebevražd nízký, dnes statistikám sebevraždnosti vévodí. Jedním z možných vysvětlení je dlouhotrvající období, kdy byla Litva okupována nejprve sovětskou armádou, poté nacisty a nakonec znovu sovětskými vojsky. V tomto období sebevraždnost v Litvě rapidně vzrostla. Nejvyšších hodnot však dosáhla po rozpadu Sovětského svazu v roce 1991, kdy Litva znovu získala nezávislost. Pro společnost to znamenalo mnoho zásadních změn. Přejít od systému řízeného komunistickou ideologií k tržní ekonomice vyvolal ve společnosti nejistotu a strach, což se promítlo do růstu počtu sebevražd v populaci (Gailienė, 2004). V souvislosti s Litvou má velký význam také náboženství, které se obecně považuje za protektivní faktor. V Litvě i sousedním Polsku převažuje katolické náboženské vyznání a společně tyto dva státy měly ještě v polovině minulého století mnohem nižší hodnoty sebevraždnosti než protestantské Lotyšsko a Estonsko. Během komunistické okupace slábl v Litvě vliv náboženství jako protektivního faktoru, pravděpodobně kvůli systematické ateizační politice sovětské vlády (Gailienė, 2018).

Zvýšené míry sebevraždnosti, nejistota, nezaměstnanost, stres a neschopnost jedinců přizpůsobit se nově vzniklé situaci jsou společnými znaky zemí, které vznikly po rozpadu Sovětského svazu v roce 1991. V Rusku rostou hodnoty sebevraždnosti i v závislosti na mortalitní krizi, která zde v devadesátých letech proběhla (Pridemore a Spivak, 2003). Ve všech postsovětských zemích proběhly po rozpadu SSSR zásadní ekonomické reformy, díky nimž se většina populace ocitla pod hranicí chudoby. Nadměrná konzumace alkoholu je pro tyto země typická a spojitost mezi zvýšenou sebevraždností a konzumací alkoholu je dnes již vědecky dokázána. V těchto zemích proběhlo během osmdesátých a devadesátých let několik kampaní

usilujících o snížení konzumace alkoholu. Zároveň politiky jednotlivých zemí zaváděly restriktive týkající se produkce a distribuce alkoholu. A skutečně podle Razvodovského (2011) restriktivní alkoholová politika v těchto zemích přinesla pozitivní výsledky, co se týče poklesu sebevraždnosti v posledních letech. Obecně se v postsovětských státech postoj politiků a vlád k prevenci sebevraždnosti mění pomalu a velmi vlažně, protože prevence sebevraždnosti zde není zásadním cílem (Gailiené, 2004).

Od poloviny minulého století na seznamu zemí s největším výskytem sebevraždnosti pravidelně figuruje Maďarsko. Vysoké hodnoty v této zemi nelze zcela vysvětlit politickými či ekonomickými změnami. V zemích, které mají s Maďarskem podobný politický nebo ekonomický systém (Polsko, Bulharsko, Rumunsko) je sebevraždnost dlouhodobě až o třetinu nižší. Někteří vědci se domnívali, že vysoký výskyt sebevraždnosti zde souvisí s chybnou klasifikací nejasných příčin úmrtí, a proto jsou sebevraždy ve statistice Maďarska nadhodnoceny. Toto tvrzení naráží na fakt, že stejně vysoká sebevraždnost Maďarů je i v zemích, kde žijí menšiny maďarských obyvatel (USA, Rumunsko). Nejpravděpodobněji lze vysokou sebevraždnost v Maďarsku vysvětlit kvůli vysoké prevalenci závažných bipolárních afektivních poruch (poruchy nálad) a u maďarské populace. Lidé trpící touto duševní nemocí reagují impulzivněji a impulzivně-agresivní rysy osobnosti predikují výskyt sebevraždného chování. Plynulý pokles sebevraždnosti v posledních letech je připisován zlepšující se zdravotní péči o duševně nemocné pacienty v Maďarsku, zvýšení úrovně intenzivní péče a používání méně toxických a psychotropních léčiv u těchto pacientů. Mimo to zde existuje souvislost mezi vysokou sebevraždností a spotřebou tabáku, která je též pokládána za rizikový faktor. Zvýšená konzumace tabákových výrobků je typická právě pro osoby s poruchami nálad a depresemi, u kterých zvyšuje agresivitu a impulzivitu chování (Rihmer, 2013).

Slovinsko figuruje ve skupině s dlouhodobě vysokou mírou sebevraždnosti zejména díky nárůstu hodnot po Slovinské válce za nezávislost v roce 1991. Zemi zasáhly rozsáhlé sociální změny, ekonomické potíže, vzrostla nezaměstnanost a mnoho obyvatel se ocitlo v nejisté životní situaci. To mělo za následek růst konzumace alkoholu, v níž se Slovinsko řadí na přední příčky mezi evropskými zeměmi. Za nejpodstatnější rizikový faktor je ve Slovinsku považována prevalence duševních nemocí souvisejících právě s konzumací alkoholu (Marusic, 1999).

Jediná země, u které lze v této skupině pozorovat opačný (rostoucí) trend úmrtnosti na sebevraždu je Jižní Korea. Míra sebevraždnosti v Koreji v minulosti kolísala v závislosti na ekonomice země. Nejvyšší nárůst sebevraždnosti byl v Koreji zaznamenán po asijské finanční krizi v roce 1997, kdy zde nezaměstnanost stoupla z 3 % na 7 % a část korejské populace se ocitla na hranici chudoby. Právě mezi lety 1997 a 1998 míra sebevraždnosti v Koreji vzrostla o 45 %. Od té doby se ekonomická situace v Koreji zlepšila a stabilizovala, ale sebevraždnost zde stále až do roku 2011 roste. Důvodem je postupné stárnutí korejské populace a růst rozvodovosti manželství v Koreji (Hong et al., 2006).

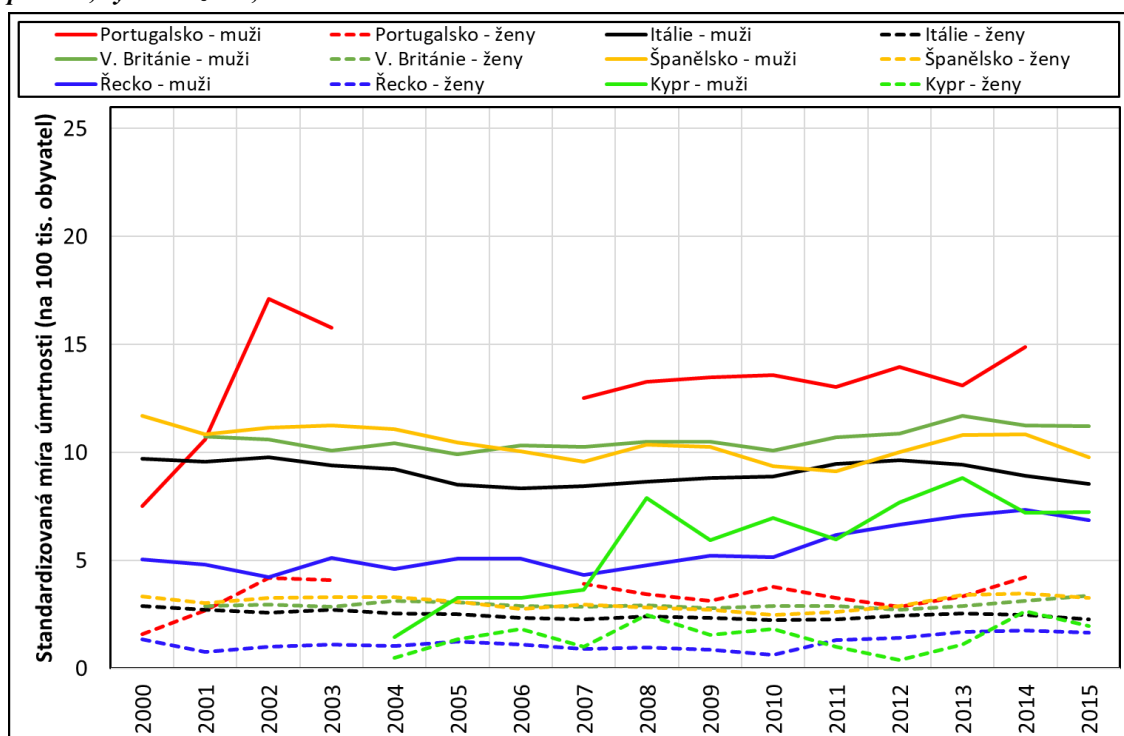
Ve skupině s nejnižší mírou sebevraždnosti v rámci analyzovaných států se nachází 12 zemí. Jedná se zejména o země z jižní Evropy (Portugalsko, Španělsko, Řecko, Itálie, Malta a Kypr). Dále se zde nachází Kuvajt, Izrael, Makedonie, Velká Británie a Slovensko. Mimo tyto státy sem patří i Kanada, ačkoliv byla do zemí s nejnižší sebevraždností zařazena pouze na základě údajů

z let 2000–2005, které byly z WHO Mortality Database dostupné. Všechny tyto země ve sledovaném období vykazovaly relativně stabilní úroveň sebevraždění.

Při pohledu na obr. 5, který znázorňuje vývoj standardizovaných měr ve vybraných zemích s nejnižší úrovní sebevraždění, je patrný rozdíl v úrovni úmrtnosti mezi portugalskými a řeckými muži, ve srovnání s muži ze zbylých tří států. Hodnoty standardizovaných měr italských, britských a španělských mužů se během sledovaného období udržovaly, až na drobné výkyvy, na stejné úrovni. Sebevraždění řeckých mužů dosahovala po celou dobu nízkých hodnot, v průběhu let se ale úmrtnost mužů na sebevraždy v Řecku mírně zvyšovala. Standardizované míry kyperských mužů byly v rámci této skupiny do roku 2007 nejnižší, od tohoto roku byl zaznamenán nárůst, který byl charakterizován výkyvy, které jsou pravděpodobně způsobeny nízkým výskytem počtu sledovaných událostí (Birt et al., 2003). Vysoké míry sebevraždění lze pozorovat téměř po celou dobu v Portugalsku. Prudký nárůst lze pozorovat mezi počáteční hodnotou v roce 2000 a hodnotou v roce 2002, kdy se standardizovaná míra sebevraždění zvýšila ze 7,5 na 17,1 sebevraždění na 100 000 mužů standardní populace. Po roce 2002 sebevraždění mužů v Portugalsku klesla. Data o počtu sebevraždění nebyly pro Portugalsko mezi lety 2003–2006 k dispozici, ale vidíme, že od roku 2007 sebevraždění mužů opět mírně rostla, avšak na maximální hodnotu z roku 2002 do konce analyzovaného období nedosáhla.

Míry ženské sebevraždění v Portugalsku též zaznamenaly do roku 2002 nárůst, nebyl ale tak strmý jako v případě portugalských mužů. Po tomto nárůstu se až do roku 2015 hodnoty portugalských žen pohybovaly kolem 3,3–4,1 sebevraždění na 100 000 žen standardní populace. Během celého období stabilní hodnoty vykazovaly ženy z Velké Británie, Španělska, Itálie i Řecka, kde byly hodnoty standardizovaných měr dlouhodobě na nízké úrovni.

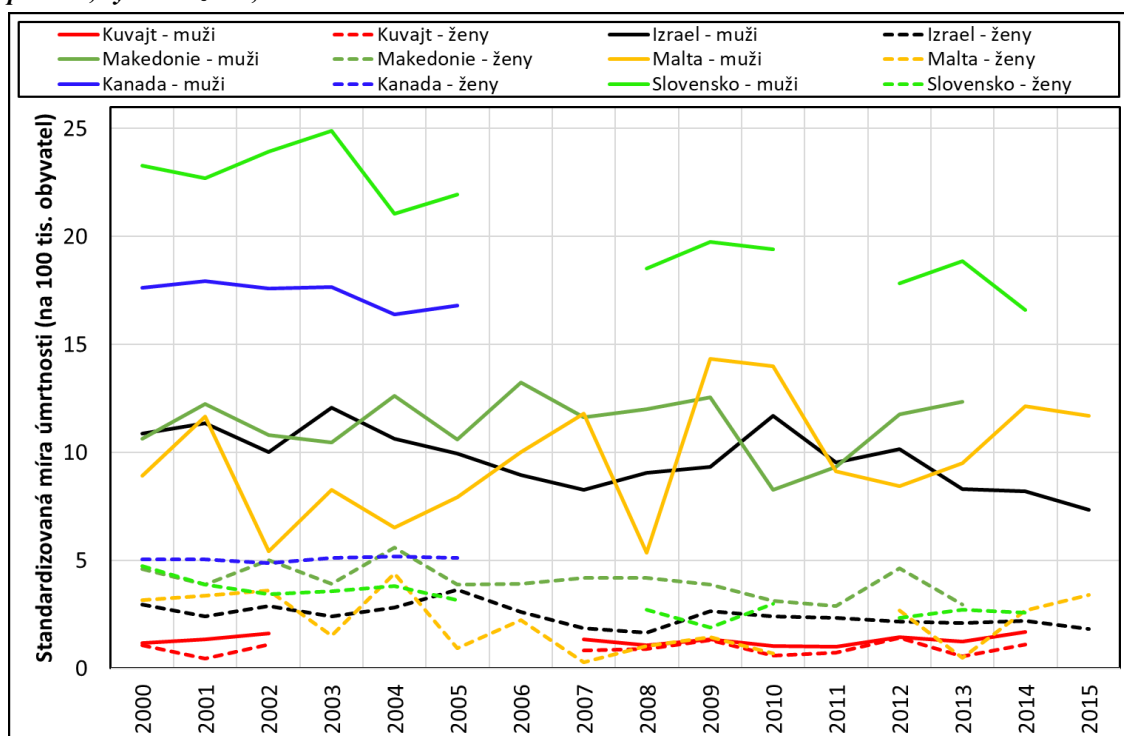
Obr. 5: Vývoj standardizovaných měr sebevraždění v zemích s nízkou úrovní sebevraždění, podle pohlaví, vybrané země, 2000–2015



Zdroj: WHO 2020, vlastní výpočty

Na obr. 6 lze vidět vývoj standardizovaných měr sebevraždnosti v dalších šesti státech zařazených do skupiny zemí s nejnižší úrovní sebevraždnosti. Dlouhodobě nejnižší sebevraždnost jak pro muže, tak pro ženy, v rámci všech analyzovaných zemí lze pozorovat v Kuvajtu. Malta zaznamenala u mužů i žen velice nerovnoměrný vývoj, který byl způsoben, stejně jako na Kypru, nízkým počtem obyvatel a nízkým počtem sledovaných událostí v zemi (Birt et al., 2003). Vyšší hodnoty mužské sebevraždnosti v rámci těchto zemí lze pozorovat na Slovensku, kde, ačkoliv nejsou k dispozici údaje za všechny sledované roky, po mírném nárůstu dosáhly maxima v roce 2003 a od té doby klesaly až na poslední zaznamenanou hodnotu 16,6 sebevražd na 100 000 obyvatel. Sebevraždnost slovenských žen od začátku sledovaného období bez větších výkyvů klesla téměř o 50 %. Pro kanadské muže i ženy byly k dispozici údaje pouze za období 2000–2005, ve kterých se míra sebevraždnosti téměř nezměnila. Míry sebevraždnosti makedonských a izraelských mužů se v počátečním roce pohybovaly na stejné úrovni. Zatímco sebevraždnost mužů v Izraeli klesla, makedonští muži zaznamenali v míře sebevraždnosti nárůst. Makedonské a izraelské ženy zaznamenaly mírný pokles standardizovaných měr sebevraždnosti.

Obr. 6: Vývoj standardizovaných měr sebevraždnosti v zemích s nízkou úrovní sebevraždnosti, podle pohlaví, vybrané země, 2000–2015



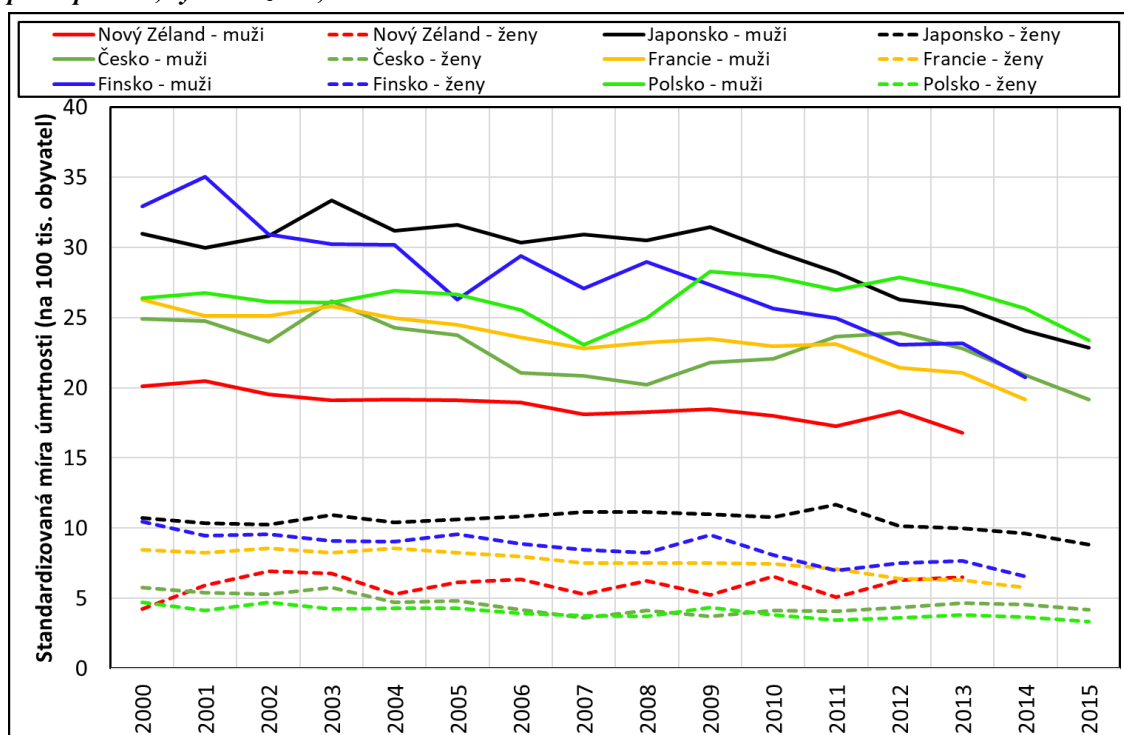
Zdroj: WHO 2020, vlastní výpočty

Náboženství je chápáno jako jeden z nejvýznamnějších protektivních faktorů sebevraždného jednání. Většina zemí z této skupiny se vyznačují nízkými hodnotami sebevraždnosti právě díky velkému podílu věřících osob v populaci. Ať už se jedná o evropské země, které vyznávají některou z křesťanských církví, Kuvajt, kde převládá islám, nebo Izrael s převažujícím judaismem, národy s vysokou religiozitou obecně zastávají k sebevraždám záporný přístup a téma

sebevraždy je zde považováno za tabu. Důvodem nízkého počtu sebevražd může být i zastírání pravé příčiny smrti. Rodiny či úřady mohou účelově označit či klasifikovat smrt jako nehodu nebo úmrtí z neznámé příčiny, právě kvůli strachu z odsouzení společností. Země jižní Evropy jsou také charakteristické pro svou soudržnost a vřelé vztahy v rámci rodiny. Dobré rodinné zázemí a přízeň jejích členů jsou důležitým protektivním faktorem sebevražedného chování (Antovová, 2013).

V rámci vymezení čtyř skupin podle vývoje celkové úrovně sebevražednosti vznikly uprostřed spektra dvě skupiny zemí, jež se na první pohled mohou zdát podobné. Skupina zemí s vyšší střední mírou sebevražednosti čítá 12 zemí (viz Příloha 5) a zemí zařazených do skupiny s nižší střední úrovní sebevražednosti je zde 13 (viz Příloha 6).

Obr. 7: Vývoj standardizovaných měr sebevražednosti v zemích se střední vyšší úrovní sebevražednosti, podle pohlaví, vybrané země, 2000–2015



Zdroj: WHO 2020, vlastní výpočty

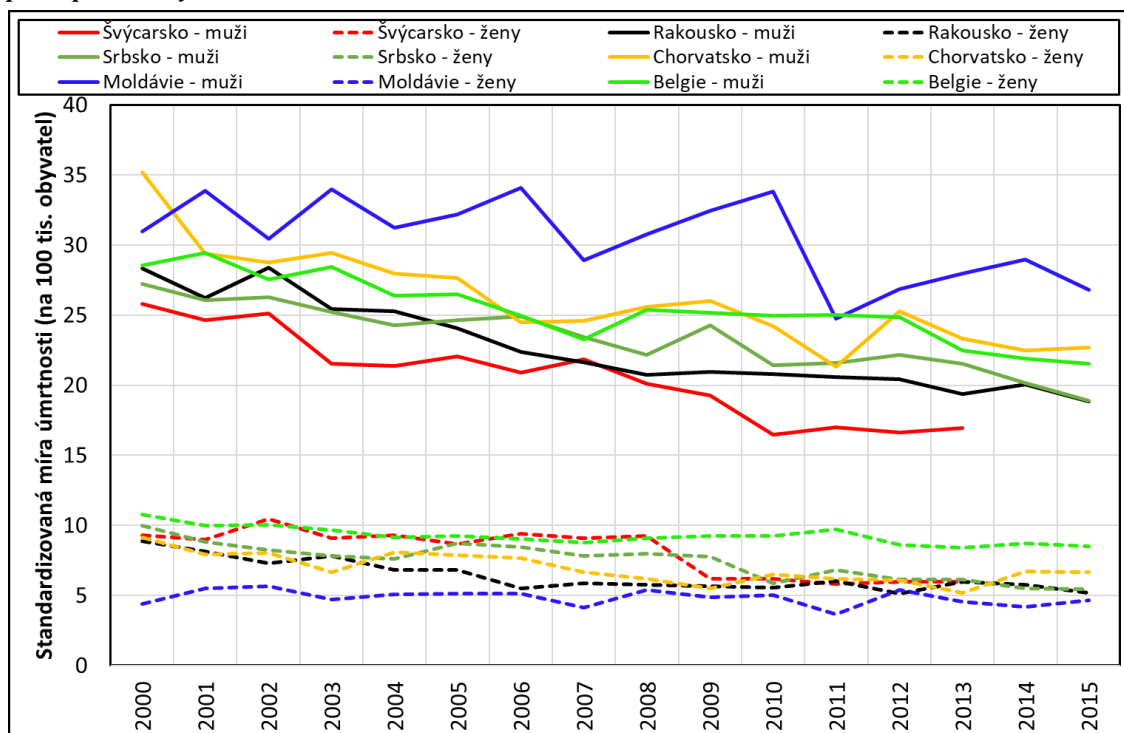
Na obr. 7 je zobrazen vývoj intenzit úmrtnosti zástupců zemí ze skupiny se střední vyšší úrovní sebevražednosti. Na první pohled je patrné, že standardizované hodnoty mužů se v této skupině postupně snižovaly a přibližovaly se na podobnou úroveň. Zajímavý vývoj lze pozorovat u českých mužů, jejichž míry od roku 2003, kdy zaznamenaly maximum, postupně klesaly. Obrat nastal v roce 2008, kdy se vývoj otočil a hodnoty sebevražednosti se přiblížily opět na podobně vysokou úroveň, jako měli čeští muži v roce 2003. Od roku 2012 opět začaly klesat. Obrat v roce 2008 a následný růst standardizovaných měr mužů lze chápat jako reakci na ekonomickou krizi, která Českou republiku právě v tomto roce zasáhla nejvíce. Nejstabilnější vývoj intenzity sebevražednosti vykazovali muži z Nového Zélandu, jejichž hodnoty byly po celou sledovanou dobu nejnižší. Naopak nejprudší pokles sebevražednosti zaznamenali finští muži. Relativně vysoká sebevražednost ve Finsku je spojována s nadměrnou konzumací alkoholu u osob mladšího

věku (Kölves et al., 2006). Japonští a francouzští muži po většinu sledovaného období vykazovali mírný, ale rovnoměrný pokles standardizovaných měř, pouze ke konci období pokles zrychloval. Dlouhodobě vyšší sebevražednost v Japonsku je způsobená hluboko zakořeněnou tradicí, která je s pácháním sebevražd spojená. Harakiri neboli sebevražda způsobená rozříznutím břicha, je v Japonsku dodnes považována za čin, jež si zaslouží obdiv a uznání. Japonská společnost je považována za vysoce konformní a každý, kdo se jakkoliv vymyká pravidlům společnosti, má automaticky ztíženou životní situaci (Radová, 2009). Vysoké nároky, tlak a soutěživé prostředí představují hlavní důvody, proč jsou sebevraždy v Japonsku hojně rozšířené hlavně mezi studenty středních a vysokých škol (Minarčíková, 2012). Ani šintoismus, tradiční japonské náboženství, podle Radové (2009) sebevraždu nikterak neodsuzuje a nezakazuje.

Nejvyšší standardizované míry žen po celé období vykazovaly ženy z Japonska. Naopak nejnižší úrovně v této skupině dlouhodobě dosahovaly české ženy. Hodnoty žen se vyvíjely v období 2000–2015 stabilně. Nebyl zaznamenán žádný výrazný výkyv v úmrtnosti na sebevraždy.

O vývoji standardizovaných měř sebevražednosti mužů a žen ze zemí, které též patří do skupiny s vyšší střední mírou sebevražednosti (Obr. 8), lze říci, že kromě moldavských žen, zaznamenal u všech klesající trend. Největší výkyvy v hodnotách standardizovaných měř lze pozorovat u moldavských mužů. Hodnoty dosáhly lokálního maxima v roce 2006 (34,1 sebevražd na 100 000 obyvatel) a lokálního minima v roce 2011 (24,7 sebevražd na 100 000 obyvatel). Ačkoliv na konci sledovaného období sebevražednost moldavských mužů klesá, na hodnotu z roku 2011 nedosáhla. Standardizované míry mužů z ostatních zemí, zobrazené na obr. 8 klesají přibližně stejným tempem. V rámci sledovaného období klesly tyto hodnoty v průměru o 30 %. Moldavské ženy jako jediné ve sledovaném období zaznamenaly růst hodnot sebevražednosti. Hodnoty žen ve zbylých zemích se v období 2000–2015 vyvíjely stabilně. Výraznější pokles standardizovaných měř lze pozorovat u švýcarských žen, kdy sebevražednost v roce 2009 klesla oproti předchozímu roku o 33 %.

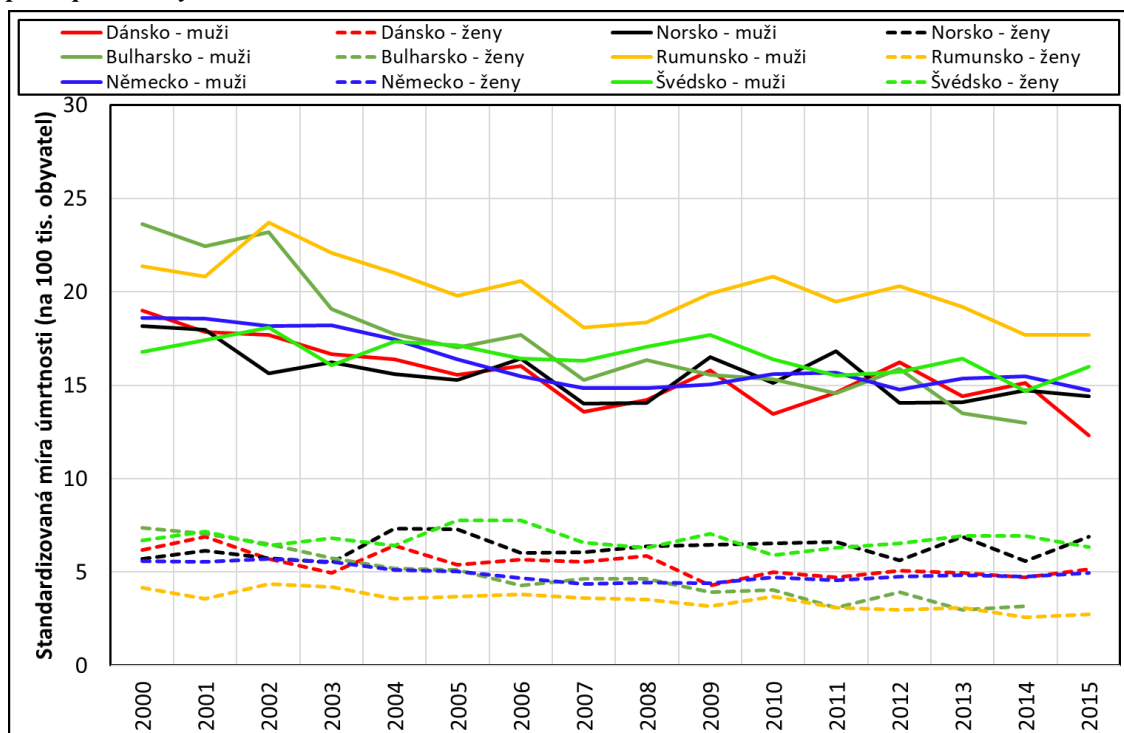
Obr. 8: Vývoj standardizovaných měr sebevraždnosti v zemích se střední vyšší úrovní sebevraždnosti, podle pohlaví, vybrané země, 2000–2015



Zdroj: WHO 2020, vlastní výpočty

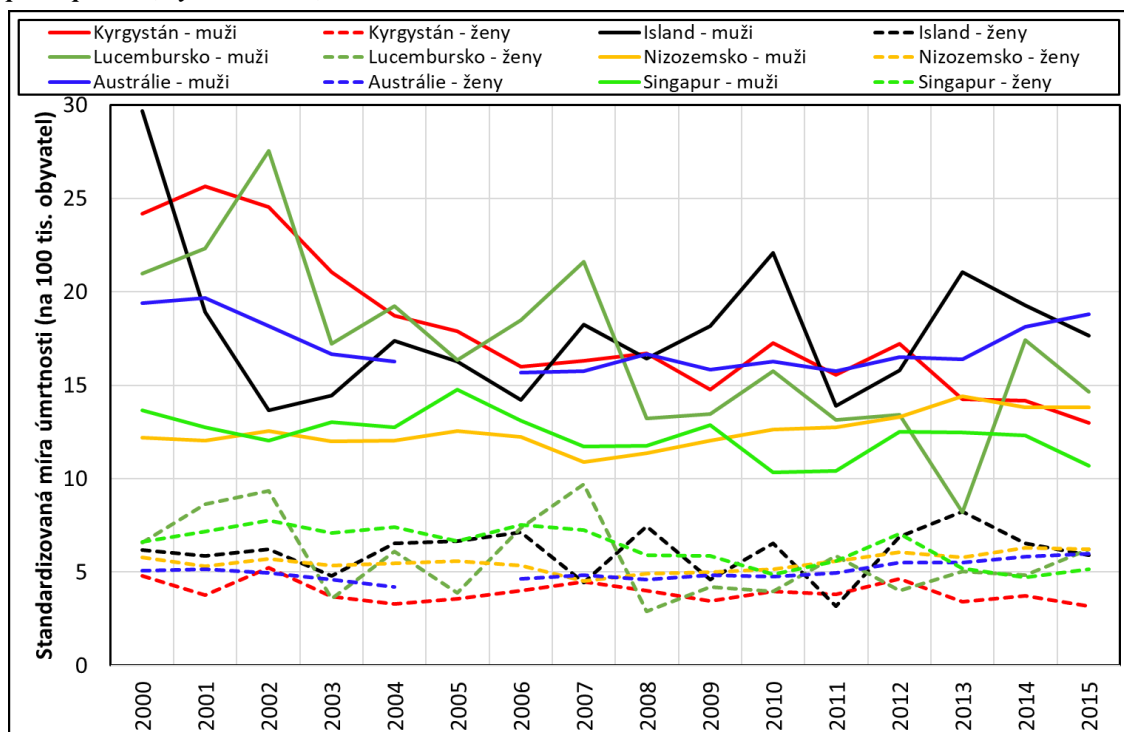
Následující obr. 9 a obr. 10 znázorňují vývoj standardizovaných měr mužů a žen ze skupiny zemí se střední nižší úrovní sebevraždnosti. Hodnoty standardizovaných měr všech mužů, znázorněné na obr. 9, během sledovaného období postupně klesaly a přibližovaly se na téměř stejnou úroveň. Výraznější pokles můžeme pozorovat u bulharských mužů, kde hodnota klesla z 23,6 sebevražd na 100 000 obyvatel v roce 2000 na 13 sebevražd v roce 2014. Sebevraždnost žen ve většině těchto vybraných zemí po celé období stagnovala. Mírný nárůst sebevraždnosti je patrný pouze u norských a švédských žen, kde hodnoty vzrostly zejména mezi lety 2003–2005. Na obr. 10 je na první pohled patrný nestabilní vývoj sebevraždnosti u lucemburských a islandských mužů i žen. Tyto výrazné výkyvy v hodnotách sebevraždnosti lze opět přisoudit nízkému výskytu pozorovaných událostí a nízkému počtu obyvatel v těchto zemích (Birt et al., 2003). Hodnota standardizovaných měr mužů v Kyrgyzstánu klesla v období 2001–2006 o téměř 38 % a jedná se o nejvýraznější pokles standardizovaných měr v rámci této skupiny zemí. V dalším období už sebevraždnost kyrgyzstánských mužů klesala pomaleji. Sebevraždnost mužů v Austrálii a Nizozemsku v období let 2000–2015 zaznamenala mírný nárůst. Hodnoty sebevraždnosti žen, kromě výše zmíněných islandských a lucemburských žen, stagnovaly a nevykazovaly žádný výrazný trend.

Obr. 9: Vývoj standardizovaných měr sebevraždnosti v zemích se střední nižší úrovní sebevraždnosti, podle pohlaví, vybrané země, 2000–2015



Zdroj: WHO 2020, vlastní výpočty

Obr. 10: Vývoj standardizovaných měr sebevraždnosti v zemích se střední nižší úrovní sebevraždnosti, podle pohlaví, vybrané země, 2000–2015



Zdroj: WHO 2020, vlastní výpočty

Kapitola 7

Analýza úmrtnosti na sebevraždy podle pohlaví a věku

Aby bylo možné vysvětlit změny v celkové úrovni sebevražd, k nimž v některých zemích v průběhu sledovaného období došlo, je nutné mimo celkové úrovně sebevražd analyzovat její charakteristiky v závislosti na pohlaví a věku. Tomu je věnována následující kapitola.

7.1 Analýza sebevražd podle pohlaví

O vyšší intenzitě úmrtnosti mužů ve vyspělých zemích existuje řada hypotéz (Pavlík et al., 1986). Tyto hypotézy jsou nejčastěji děleny do dvou kategorií podle ovlivnitelnosti vlastním chováním. První kategorie hypotéz je založená na genetické a biologické determinaci úmrtnosti. Ta souvisí s kombinacemi chromozomů v mužském a ženském těle, kdy ženské pohlaví disponuje lepší imunitou a je odolnější vůči infekcím. Tato determinace je spojena i s produkcí mužského hormonu testosteronu, který negativně ovlivňuje některé tělesné funkce. Podle těchto hypotéz nelze úmrtnost ovlivnit vlastním chováním. Druhá kategorie hypotéz tvrdí, že úmrtnost lze ovlivnit sociálními a behaviorálními faktory. Tyto hypotézy vyzdvihují především negativní vlivy způsobené zvýšenou konzumací alkoholu a tabákových výrobků u mužů nebo neopatrné řízení automobilu (Kalben, 2000).

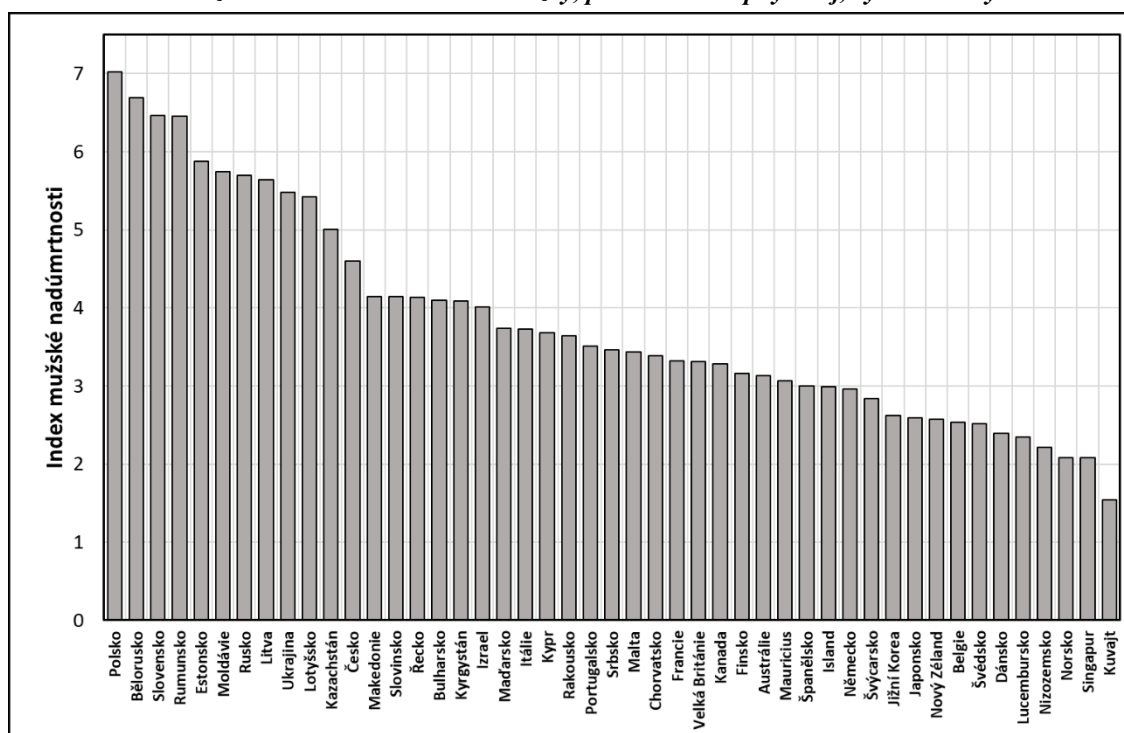
Hypotéza o vyšší nadúmrtnosti mužů platí i v případě sebevražd. Vyšší počet sebevražd mužů je fenoménem především vyspělých zemí (Saxena et al., 2014). Poslední analýza provedená WHO (2019) uvádí, že míry úmrtnosti mužů na sebevraždu jsou v průměru až 3x vyšší než míry úmrtnosti žen. Rozdíly v úmrtnosti mezi muži a ženami jsou tím vyrovnanější, čím jsou země méně vyspělé. Jediné státy, kde WHO odhadovala vyšší sebevražd u žen, byly Bangladéš, Čína, Lesotho a Maroko. Pravděpodobně to souvisí s horším postavením žen v daných společnostech. Práce se však údaji o těchto zemích nezabývá.

Existuje mnoho potenciálních důvodů, proč existují rozdíly v úrovni sebevražd mezi muži a ženami. Tyto rozdíly se mohou týkat např. různé úrovně péče o duševně nemocné osoby, dostupnosti různých prostředků k vykonání sebevraždy v zemi apod. Vyšší sebevražd žen v některých rozvojových zemích je otázkou rovnosti pohlaví (Saxena et al., 2014). Canetto

a Sakinofski (1998) tvrdí, že většina žen se dokáže lépe než muži vyrovnat s léčbou deprese, kterou řadíme mezi rizikové faktory. Ženy si zároveň vedou důkladnější záznamy o své zdravotní historii, což může pomoci při odhalování potenciálních duševních nemocí nebo dokonce při odhalování rizika výskytu sebevražedného jednání. Naopak muži dokáží mnohem impulzivněji reagovat násilím vůči vlastní osobě. Méně často jsou ochotni vyhledávat odbornou pomoc a hůře se vyrovnávají se selháním v osobním životě. Ačkoliv ve většině vyspělých zemí připadá větší počet dokonaných sebevražd mužům, ženy mají mnohem častěji sebevražedné sklony než muži a častěji na sebevraždu pomýšlejí. Rozdíl mezi oběma pohlavími je v tom, že muž je častěji schopen provést sebevraždu tak, aby byla úspěšná. Rozdílná úspěšnost sebevraždy mezi pohlavími spočívá v odlišné motivaci. Ženy mají ve společnosti roli, která je spjata s péčí o děti, rodinu a zodpovědností. I když je žena stejně silně přesvědčena o tom, že chce zemřít, její psychika většinou vede k selhání při pokusu o sebevraždu. Úspěšnost je ovlivněna zejména volbou prostředku pro sebevraždu. Podle Aleše (1992) muž volí prostředky, díky nimž může s větší pravděpodobností dosáhnout úspěšného sebevražedného činu. Nejčastěji se jedná o zastřelení, oběšení nebo skok z výše. Ženy naopak volí méně letální způsoby sebevraždy. Ve většině případů se jedná o metody, které člověka neusmrtí okamžitě a existuje zde reálná šance na záchranu (např. předávkování léky). V tomto případě se může jednat o sebevražedný pokus, který může mít pouze demonstrativní charakter (Canetto a Sakinofski, 1998).

Na obr. 7 lze vidět 47 analyzovaných zemí seřazených podle hodnoty indexu mužské nadúmrtnosti. Podrobné údaje o vývoji indexu mužské nadúmrtnosti v jednotlivých zemích jsou zobrazeny v příloze 11.

Obr. 11: Index mužské nadúmrtnosti na sebevraždy, poslední dostupný údaj, vybrané státy



Zdroj: WHO 2020, vlastní výpočty

Nejvyšší hodnotu indexu mužské nadúmrtnosti v roce 2015 zaznamenalo Polsko, kde index činil 7 sebevražd mužů na 1 sebevraždu ženy. Vysoké hodnoty v roce 2015 vykazovalo též Bělorusko, Slovensko a Rumunsko, kde index nabýval hodnot vyšších než 6. Nejnižší hodnoty byly zjištěny v Kuvajtu, kde se se dlouhodobě index mužské nadúmrtnosti pohybuje kolem 1. Singapur, Norsko a Nizozemsko jsou další země, kde index mužské nadúmrtnosti nabýval nejnižších hodnot, které se pohybovaly kolem 2 sebevražd mužů na 1 sebevraždu ženy. Průměrná hodnota indexu v rámci výběru zemí představovala v roce 2015 3,8 sebevražd mužů na 1 sebevraždu ženy.

Podrobné údaje o tomto indexu za jednotlivé země a roky jsou zobrazeny v příloze 7. V průběhu sledovaného období prodělal index maskulinity sebevraždění ve všech zemích větší či menší změny. Změny indexu mužské nadúmrtnosti jsou způsobeny rozdílnými trendy ve vývoji sebevraždění mužů a žen. Protože až na výjimky (např. Jižní Korea) ve většině zemí úroveň sebevraždění klesala, je nárůst indexu mužské nadúmrtnosti v konkrétní zemi způsoben vyšším poklesem úrovně míry sebevraždění žen či rozdílným tempem poklesu sebevraždění mužů a žen. Nárůst či pokles hodnot indexu mužské nadúmrtnosti dělí země, které jsou analyzovány v této práci, na polovinu. Ve 23 zemích hodnota indexu narostla, zbylých 24 zemí zaznamenalo pokles hodnoty tohoto indexu. V následující tabulce (Tab. 3) je zobrazeno 10 zemí, které ve sledovaném období vykazovaly nejvýraznější změny v hodnotě indexu mužské nadúmrtnosti. K největšímu nárůstu hodnoty indexu došlo v Estonsku, kde se poměr úmrtnosti mužů a žen zvýšil o 32 %. Za Estonskem následuje Slovensko s 31% nárůstem indexu. Výrazný růst hodnot indexu mužské nadúmrtnosti zaznamenalo i Bulharsko, Slovinsko a Rumunsko. Naopak k výraznému snížení hodnot indexu došlo na Novém Zélandu, kde index mužské nadúmrtnosti klesl o téměř 46 % z hodnoty 4,8 na 2,6 sebevražd mužů na 1 sebevraždu ženy. Výrazné snížení hodnot můžeme pozorovat i v Norsku, kde se index snížil o 34 %. Za těmito zeměmi následovalo s poklesem indexu mužské nadúmrtnosti i Portugalsko, Dánsko a Kyrgyzstán.

Tab. 3: Vývoj indexu mužské nadúmrtnosti a jeho změna v období 2000–2015, vybrané státy

	index mužské nadúmrtnosti - nárůst				změna v %
	2000	2005	2010	2015	2000–2015
Estonsko	4,4	5,8	6,0	5,9	32,3
Slovensko	4,9	7,0	6,4	6,5	31,3
Bulharsko	3,2	3,3	3,8	4,1	28,1
Slovinsko	3,3	4,1	4,8	4,1	27,1
Rumunsko	5,1	5,4	5,6	6,5	25,9
	index mužské nadúmrtnosti - pokles				změna v %
	2000	2005	2010	2015	2000–2015
Nový Zéland	4,8	3,1	2,7	2,6	-45,9
Norsko	3,2	2,1	2,3	2,1	-34,3
Portugalsko	4,7	–	3,6	3,5	-25,1
Dánsko	3,1	2,9	2,7	2,4	-22,2
Kyrgyzstán	5,0	5,0	4,3	4,1	-18,6

Zdroj: WHO 2020, vlastní výpočty

Index mužské nadúmrtnosti dosahuje různých hodnot také v jednotlivých věkových kategoriích. Hovoříme zde o věkovém profilu indexu maskulinity. Křivky indexu mají v analyzovaných zemích různý průběh. Na základě hodnoty indexu mužské nadúmrtnosti, která byla vypočítána jako průměr z hodnot dostupných za posledních pět kalendářních let, byly vymezeny (pomocí shlukové analýzy) čtyři skupiny zemí, v nichž má křivka vývoje indexu podle věkových kategorií podobný průběh (nikoliv hodnotu). Tyto skupiny zemí jsou graficky znázorněny v obr. 12.

Kategorii zemí, jež je zobrazená na obr 12(a), charakterizuje rovnoměrný průběh indexu mužské nadúmrtnosti. Drobný nárůst byl patrný v Singapuru, Švédsku a Nizozemsku pouze ve věkové skupině 75–84 let. Japonsko a Jižní Korea tento nárůst zaznamenaly až ve věkové kategorii 85+, zatímco v Lucembursku v obou zmiňovaných věkových kategoriích index mužské nadúmrtnosti klesá.

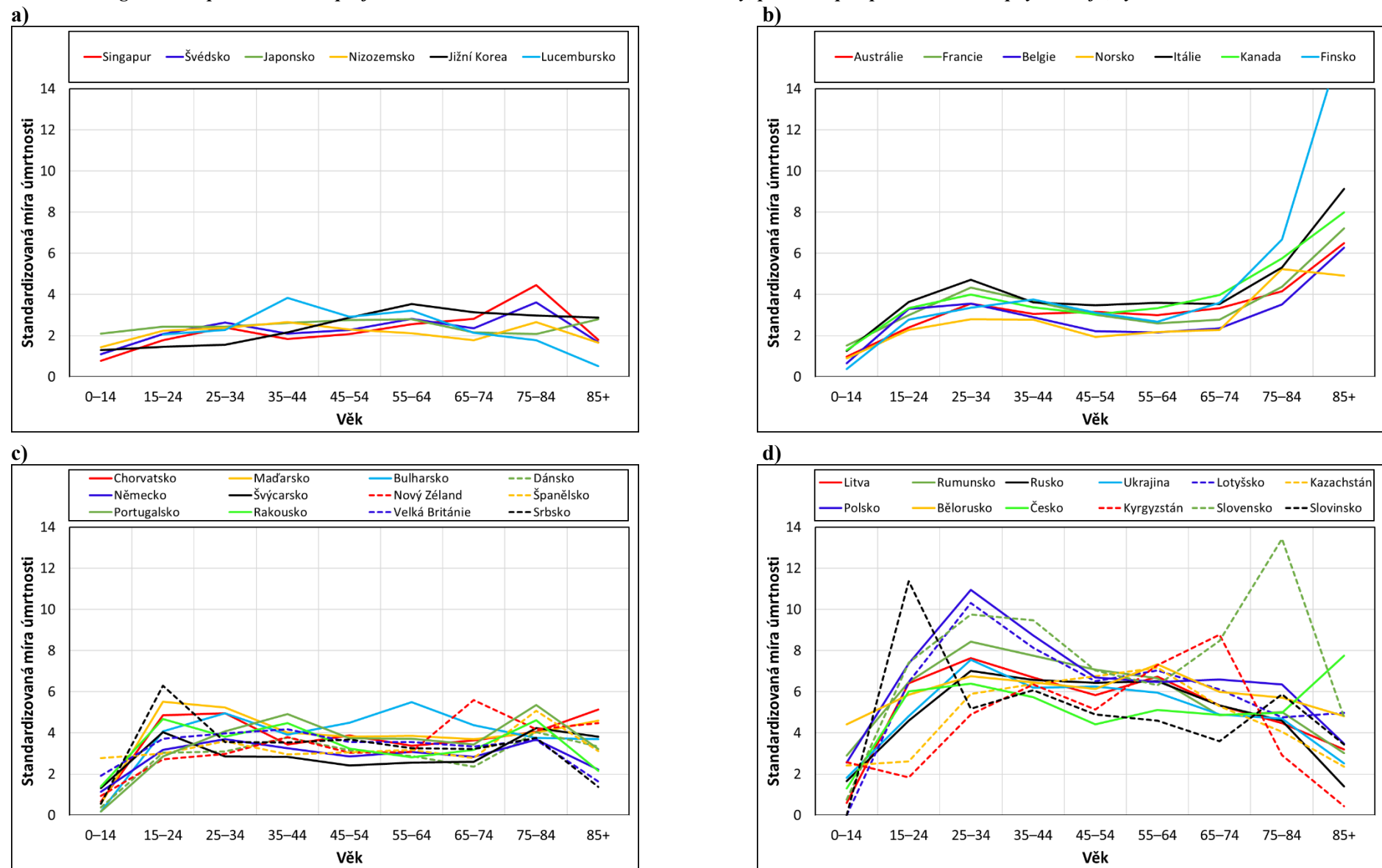
Skupina zemí z obr. 12(b), v níž se nachází státy jako Itálie, Francie, Finsko, Norsko a Belgie, se vyznačuje nejprve nárůstem indexu v nejnižších věkových skupinách. Index zde rostl až do věkové kategorie 25–34 let. V následujících věkových skupinách došlo k mírnému poklesu indexu. Změnu opět zaznamenala až věková kategorie 65–74 let, kdy ve všech zemích index mužské nadúmrtnosti začal opět poměrně strmě růst (nejvyšší nárůst rozdílu v úmrtnosti mužů a žen zaznamenalo Finsko).

Křivka věkového profilu indexu mužské nadúmrtnosti ve skupině zemí, které jsou zobrazeny v obr. 12(c) se podobá průběhu křivek zemí ze skupiny v obr. 12(a). Z hlediska geografického se jedná o heterogenní skupinu, kde nalezneme země z celé Evropy. Rozdíl mezi těmito skupinami zemí tvořil výraznější nárůst indexu v nejnižších věkových kategoriích (0–14 a 15–24 let), i když u zemí s nižší hodnotou indexu není rozdíl oproti první skupině příliš vysoký. Rozdíl mezi sebevraždností mužů a žen v dalších věkových skupinách se poté mírně snížil a stabilní úroveň si index udržoval až do věkové kategorie 65–74, kdy se rozdíl v úmrtnosti mužů a žen začal opět zvyšovat. Úroveň indexu mužské nadúmrtnosti se lišila v jednotlivých zemích této skupiny v poslední věkové kategorii 85+. Zatímco ve většině zemí index v této kategorii klesal, v Chorvatsku, Maďarsku a na Novém Zélandu zaznamenal růst. Tyto rozdíly mohou být způsobeny malým počtem událostí a malým počtem osob v této věkové kategorii, zejména mužů.

Na posledním obr. 12(d) vidíme země, ve kterých byl průběh věkového profilu indexu mužské nadúmrtnosti nejvíce diferencovaný. V této skupině se nachází zejména země, které vznikly po rozpadu SSSR. Pro tyto země byl charakteristický prudký nárůst rozdílu mezi sebevraždností mužů a žen do věkové kategorie 25–34 let. Slovinsko jako jediné z této skupiny dosáhlo lokálního maxima už ve věkové skupině 15–24 let. Kazachstán a Kyrgyzstán se vývojem indexu lehce odlišují. Zatímco u ostatních zemí byl nárůst patrný od nejnižší věkové kategorie, tyto země zaznamenaly nejprve mezi dvěma nejnižšími věkovými skupinami 0–14 a 15–24 let pokles a až poté dosáhly lokálního maxima ve věkové skupině 25–34 let. Po dosažení maxima následoval v zemích mírný pokles. Drobné výkyvy zaznamenaly země postupně ve věkových kategoriích 55–64 let a 65–74 let, kdy se index mužské nadúmrtnosti opět lehce zvýšil, nedosáhl však stejně vysoké úrovně jako v mladších věkových skupinách. Rozdílný vývoj oproti ostatním zemím vidíme opět u Kyrgyzstánu, kde rozdíl hodnot v úmrtnosti mužů a žen nabyl ve věkové kategorii

65–74 let svého maxima. Absolutní maximum zaznamenalo ve věkové kategorii 75–84 let Slovensko. Od všech zemí se v posledních dvou věkových skupinách odlišovalo Česko, kde jako jediná úroveň indexu mužské nadúmrtnosti rostla.

Obr. 12: Kategorie zemí podle věkového profilu indexu mužské nadúmrtnosti na sebevraždy, průměr z pěti posledních dostupných údajů, vybrané země



Zdroj: WHO 2020, vlastní výpočty

7.2 Analýza sebevraždnosti podle věku

Stejně jako existují hypotézy o vlivu pohlaví na úroveň úmrtnosti na sebevraždy, tak existují i hypotézy, které tvrdí, že intenzita sebevraždnosti roste přímo úměrně s věkem. Saxena et al. (2014) uvádí, že nejnižší počet dokonáných sebevražd spáchají lidé ve věkové skupině do 15 let. Podle WHO (2019) byla sebevraždnost druhou hlavní příčinou úmrtí u mužů i žen ve věku 15–29 let. Více osob v tomto věku zemřelo už jen při silničních nehodách. Ve věkové kategorii 15–19 let byly sebevraždy třetí hlavní příčinou úmrtí u mužů a druhou u žen. Věkový profil úmrtnosti na sebevraždu se liší podle regionů. V některých zemích úroveň sebevraždnosti stabilně roste s věkem, jinde dosahuje sebevraždnost svého maxima v nižších věkových kategoriích.

Jednu z hypotéz o vztahu sebevraždnosti a věku vyslovil např. Masaryk (2002). Říká, že sebevraždnost ve většině společností roste přímo úměrně s věkem. Neplatí to však univerzálně pro všechny země světa. S přibývajícím věkem se člověk snaží naplnovat různé jiné potřeby a řeší překážky, které se mu během životní dráhy staví do cesty. Domněnka, že u dětí se sebevraždnost nevyskytuje, se v dnešní době stává mylnou. Ačkoliv jsou dětské sebevraždy velice vzácné, vyskytují se. Největší četnosti nabývají u dětí po desátém roce života. Výskyt sebevražd v tomto brzkém věku pramení ze zkratkovitého rozhodnutí. Dítě tak reaguje nejčastěji ze strachu ze zklamání, kvůli problémům ve škole nebo kvůli nestabilní situaci v rodině (Vágnerová, 2004). Další období, ve kterém se jedinec stává ohroženým sebevraždou, je adolescence. Emoční labilita, zvýšená sebereflexe a hormonální nevyrovnanost jsou faktory, které zvyšují riziko výskytu sebevraždného jednání u dospívajících (Vágnerová, 2005). Jedinec je ve svém rozhodování impulsivní. Setkání se s prvním větším nezdarem, zklamáním a pocit, že selhání je nevratné, bývají nejčastějšími podněty, proč si lidé v tomto období sáhnou na život (Vágnerová, 2004). Období dospělosti a stáří definoval jako rizikové Růžička (1968). V dospělosti (20–65 let) jedinec může zastávat ve společnosti tři hlavní role – manželskou, rodičovskou a profesní (Vágnerová, 2007). Se všemi třemi se pojí i starosti, které jedinec nemusí zvládnout a rozhodne se spáchat sebevraždu. Rozhodnutí v tomto věku už nebývá tak impulsivní jako v adolescenci. Člověk k němu zpravidla dojde po delším bilancování a zvažování. V období mladší dospělosti zpravidla sebevraždnost mužů převyšuje sebevraždnost žen (Růžička, 1968). Tento jev lze vysvětlit tím, že ženy se v tomto věku věnují hlavně mateřským povinnostem a cítí větší odpovědnost k rodině. U mužů je tento věk spojován zejména s budováním kariéry a snahou o zabezpečení rodiny. V této oblasti se muži mohou snadno setkat s neúspěchem, který je pro ně neúnosný a rozhodnou se ho vyřešit sebevraždou. V období starší dospělosti se ženy dostávají do období klimakteria, které se u nich nese ve znamení změn nejen po fyzické, ale i psychické stránce. Ženy v tomto věku nesou hůře než muži odchod dětí z domova, proto zde můžeme očekávat mírný nárůst sebevraždnosti žen. Období stáří je spojeno s vyšším výskytem somatických onemocnění. Pro geriatrickou medicínu je charakteristické, že se somatickými nemocemi se vždy současně objevují i problémy psychické a sociální (Vágnerová, 2007). Ve stáří bývají lidé často vystaveni pocitu samoty, propadají bezmoci a cítí se být ostatním na obtíž. Těžce nesou jakoukoliv emocionální zátěž či změnu fyzického stavu (Růžička, 1968).

Zastoupení sebevražd v jednotlivých věkových kategoriích se u mužů a žen liší, což bylo potvrzeno v kapitole 8.2. Podle výše zmíněné hypotézy o vztahu sebevraždnosti a věku lze

předpokládat, že nejnižší počet sebevražd se vyskytuje v nejmladší věkové kategorii, zatímco nejvyšších hodnot sebevraždění dosahuje u lidí v nejstarším věku. Následující obr. 13 a obr. 14 zobrazují věkové profily sebevraždění analyzovaných zemí. Data byla získána jako průměr z údajů o sebevraždění v jednotlivých věkových kategoriích dostupných za pět posledních kalendářních let. Na tomto základě byly shlukovou analýzou (zvláště pro muže a pro ženy) vytvořeny kategorie zemí, jež se věkovým profilem sebevraždění podobají. Data jsou prezentována zvláště za muže (Obr. 13) a za ženy (Obr. 14).

Obr. 13 znázorňuje tři kategorie zemí podle věkového profilu sebevraždění mužů. Jak je patrné z prvního obr. 13(a), tato kategorie se vyznačuje plynulým nárůstem sebevraždění společně s věkem. Do této skupiny zemí patří mimo Německo, Belgie, Francii, Bulharsko a také Česko. Po mírném a stabilním růstu lze ve věkové kategorii 45–64 let u Česka, Belgie a Makedonie pozorovat stagnaci následovanou opět nárůstem úrovně sebevraždění. U ostatních zemí nastal mírný pokles úrovně sebevraždění ve věku 65–74 let. Ve věkové kategorii 75–84 let a 85+ byl zaznamenán opět nárůst hodnot, avšak byl strmější, než tomu bylo v nižších věkových kategoriích.

Největší zastoupení zemí má kategorie graficky znázorněná na obr. 13(b). Hodnoty sebevraždění v rámci jednotlivých kategorií nevykazovaly žádné výraznější rozdíly a po mírném nárůstu v nejnižších věkových skupinách 0–14 a 15–24 let si po celý věkový interval udržovaly vesměs stejnou úroveň. Nejstarší věkové kategorie 75–84 let a 85+ let opět zaznamenaly nepatrný nárůst.

Země s nejvyšší intenzitou úmrtnosti na sebevraždy jsou zastoupeny v kategorii zobrazené v obr. 13(c). Jedná se zejména o země z východní a jihovýchodní Evropy. Charakteristický pro tyto země je plynulý růst sebevraždění ve všech věkových skupinách. Zatímco v nejnižších věkových kategoriích rostla intenzita sebevraždění poměrně prudce, od věkové kategorie 35–44 se růst zpomalil. Maximální hodnoty sebevraždění lze pozorovat opět ve starších věkových skupinách, rostly zde plynule od věku 65–74 let až do 85+ let. Křivka věkového profilu sebevraždění na obr. 13(c) je podobná vývoji sebevraždění ve věkových skupinách zemí z obr. 13(a), růst sebevraždění zde byl ale mnohem intenzivnější.

Na obr. 14 lze vidět rozdělení žen podle podobnosti věkového profilu sebevraždění do čtyř skupin. První skupina zemí (Obr. 14(a)) zahrnuje státy, kde měly ženy v rámci analyzovaných zemí nejnižší úroveň úmrtnosti na sebevraždy. Křivka znázorňující věkový profil sebevraždění vzrostla mírně v nejnižších věkových kategoriích, s přibývajícím věkem svůj tvar už nezměnila a držela se na podobné úrovni až do věku 85+ let.

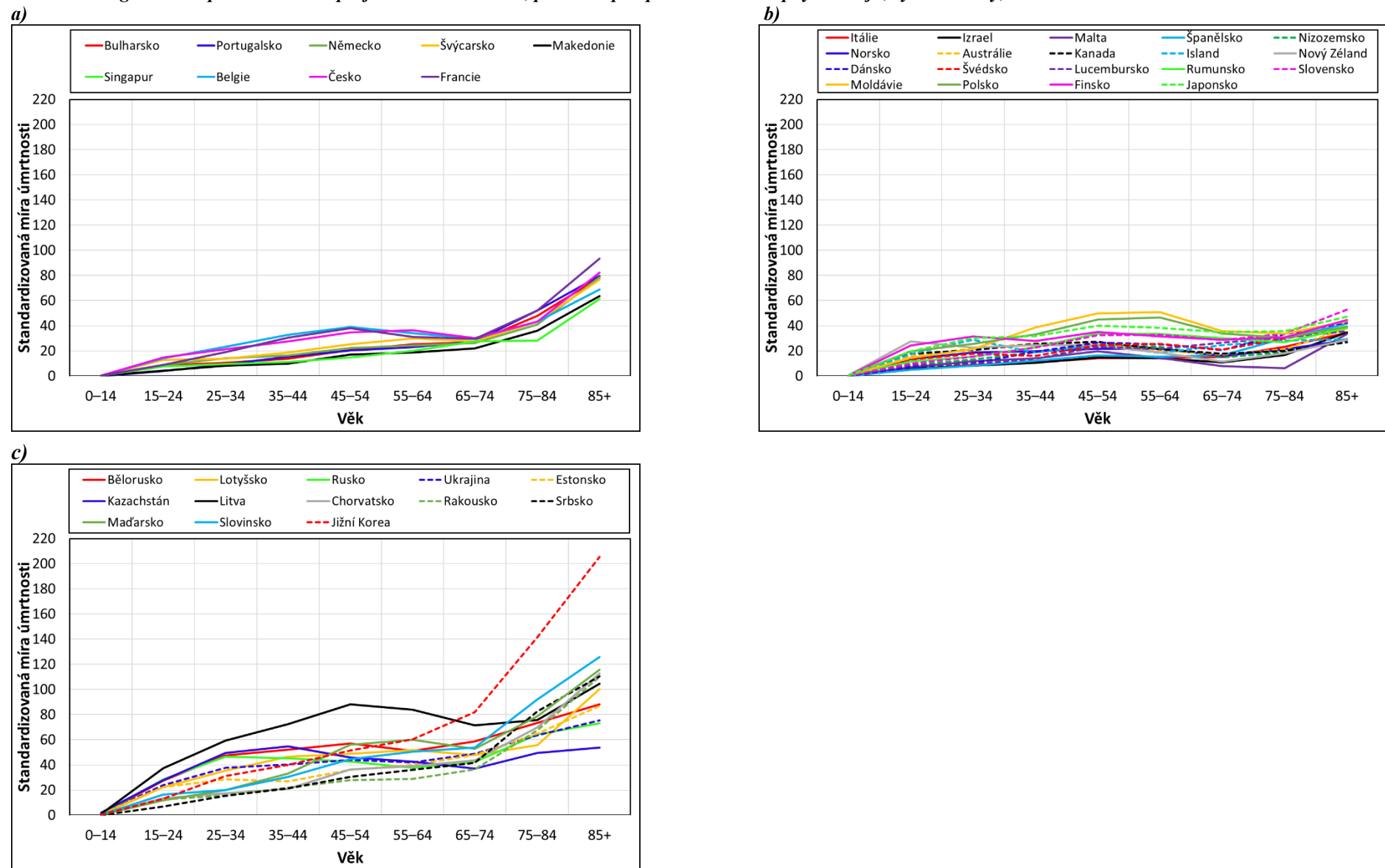
Podobný průběh lze pozorovat i u zemí prezentovaných na obr. 14(b). Zde intenzita sebevraždění u většiny zemí rostla mírně do věku 45–54 let. Ve Slovinsku růst pokračoval do věkové kategorie 65–74 let a v Japonsku se naopak zastavil už ve věkové kategorii 25–29 let a následovala stagnace hodnot sebevraždění až do věkové kategorie 60–64 let. V následujících věkových skupinách se úroveň sebevraždění udržovala na úrovni svého maxima až do konce věkového intervalu. Mírný pokles v poslední věkové skupině zaznamenalo pouze Slovinsko a v Německu úroveň v poslední věkové kategorii naopak lehce vzrostla.

Na obr. 14(c) jsou graficky znázorněny věkové profily sebevraždění zemí, u nichž nelze zpozorovat jednotný trend. Zcela se svým vývojem v této skupině vymyká Belgie. Sebevraždění zde poměrně prudce rostla do věku 45–54 let, kde dosáhla svého maxima a od té doby plynule

klesala. Věkový profil sebevražednosti finských žen zaznamenal růst do věku 15–24 let, poté úroveň sebevražednosti stagnovala, mírně vzrostla ve věkových skupinách 35–44 a 45–54 let, kde dosáhla maxima a do věku 85+ následoval pokles. V ostatních zemích sebevražednost rostla do věku 45–54 let. Ve zbytku intervalu plynule klesala.

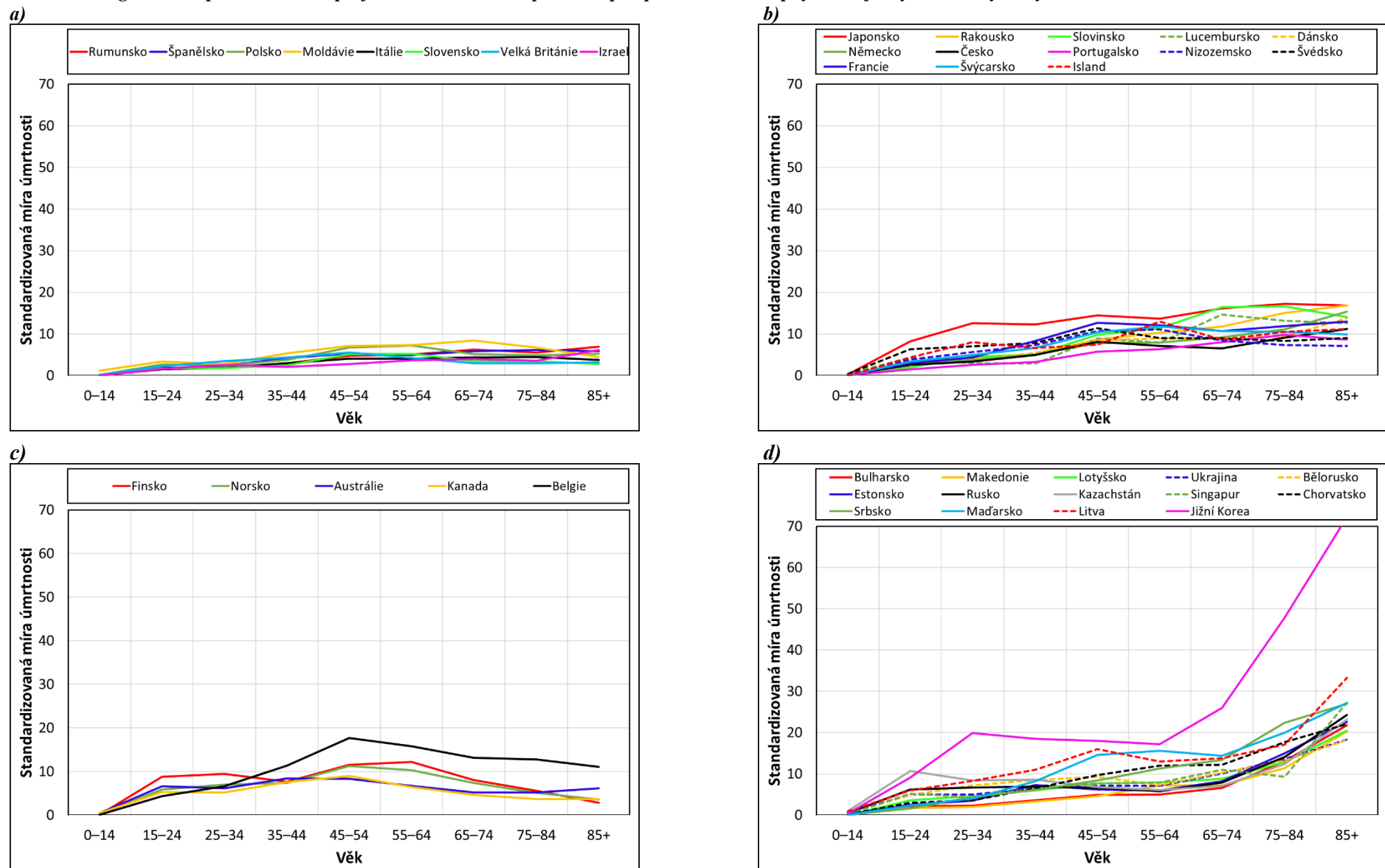
Ve většině zemí na obr. 14(d) míra sebevražednosti plynule rostla do věku 65–74 let, kdy se její růst zrychlil a svého maxima dosáhl v nejvyšší věkové skupině 85+ let. Výjimku tvoří čtyři země. V Maďarsku a Litvě lze pozorovat stagnaci ve věkové skupině 45–54 a 55–64 let. V Jižní Koreji úroveň sebevražednosti stagnovala mezi lety 25–64 let a následoval prudký nárůst od věkové kategorie 55–64 let. Kazachstán svého lokálního maxima dosahoval ve věkové skupině 15–24, následovala stagnace úrovně sebevražednosti a následný růst od věku 65–74 let.

Obr. 13: Kategorie zemí podle věkového profilu sebevražednosti, průměr z pěti posledních dostupných údajů, vybrané státy, muži



Zdroj: WHO 2020, vlastní výpočty

Obr. 14: Kategorie zemí podle věkového profilu sebevraždění, průměr z pěti posledních dostupných údajů, vybrané státy, ženy



Zdroj: WHO 2020, vlastní výpočty

Kapitola 8

Závěr

Hlavním cílem předložené práce bylo v mezinárodním měřítku popsat vývoj sebevraždnosti mezi roky 2000 a 2015. Specifickým cílem bakalářské práce bylo vymezit země s nejvyšší a nejnižší intenzitou sebevraždnosti a na základě literatury stanovit hlavní příčiny vysokého či nízkého výskytu sebevražd v daných zemích.

Hlavní riziko, se kterým se při zpracování tématu sebevraždnosti lze setkat a je třeba ho vést v patrnosti, je rozdílná kvalita, spolehlivost a dostupnost dat o sebevraždách jednotlivých zemí. Kvalita a spolehlivost dat se odvíjí od způsobu, jakým jsou registrovány počty zemřelých a údaje o příčinách úmrtí v dané zemi (WHO, 2020). První rozdíly mohou plynout z účelného maskování sebevražd ve společnostech, kde je sebevražda stále považována za tabu (Stone et al., 2002). Maskování a podhodnocování sebevraždnosti je patrné i v zemích s vysokou mírou religiozity, kde jsou za tyto činy udělovány sankce v podobě zákazu pohřbívání těl sebevrahů na veřejných pohřebištích apod. (Kelleher et al., 1998). Podhodnocení lze poznat, pokud je počet sebevražd v daném roce několikanásobně menší, než počet nehod nebo počet úmrtí z neznámé příčiny. To jsou příčiny, kterými bývají sebevraždy nejčastěji chybně klasifikovány. Odlišnosti mezi zeměmi, co se týče kvality dat o sebevraždách, plynou i z používání odlišných revizí MKN pro kódování příčin smrti nebo z rozdílů ve formulářích pro zaznamenávání a hlášení úmrtí. V zemích, kde se neprovádí pravidelná evidence obyvatelstva, jsou počty sebevražd modelovány za pomoci statistických metod (Stone et al., 2002). Kvalitní statistiku zemřelých podle příčiny úmrtí lze předpokládat ve vyspělých zemích. Skutečně, WHO, která země podle kvality dat třídí do čtyř skupin, zařadila většinu vyspělých zemí do první kvalitativní kategorie (WHO, 2020). Na základě této klasifikace WHO a dostupnosti dat o pohlavně věkové struktuře pro země z první kvalitativní kategorie, bylo vybráno 47 zemí i pro tuto analýzu.

První kapitoly práce mají teoretický charakter. Přinášejí informace jak o historickém vývoji zkoumání sebevraždnosti, rizikových faktorech, které zvyšují riziko výskytu sebevražd v populaci, tak i o prevenci sebevraždnosti.

V praktické části práce se nachází výsledky analýzy vývoje sebevraždnosti ve 47 zemích světa mezi roky 2000–2015. Z posledních dostupných údajů pro jednotlivé země vyplynulo, že nejvyšší míra mužské sebevraždnosti byla zjištěna v Litvě, kde její hodnota činila 49,8 sebevražd na 100 000 obyvatel. Následovala Jižní Korea a Bělorusko. Nejnižší hodnotu 1,7 sebevraždy na

100 000 obyvatel vykazoval Kuvajt, dále následovalo Řecko a Kypr. Průměrná hodnota standardizovaných měr za muže činila v roce 2015 18,6 sebevražd na 100 000 osob. U žen byla nejvyšší hodnota sebevraždnosti zjištěna v Jižní Koreji, kde dosáhla hodnoty 13,2 sebevražd na 100 000 obyvatel. Druhou nejvyšší hodnotou sebevraždnosti zaznamenala Litva a třetí Japonsko. Nejnižší míra sebevraždnosti byla u žen zjištěna, rovněž jako u mužů, v Kuvajtu, kde dosáhla hodnoty 1,1 sebevraždy. Mezi země s nejnižší sebevraždností žen patří dále Řecko a Izrael. Průměrná hodnota sebevraždnosti žen v roce 2015 byla 5,1 sebevražd na 100 000 obyvatel.

Na základě podobnosti úrovně standardizovaných měr sebevraždnosti v posledním roce, za který byla data jednotlivých zemí dostupná, byly země rozděleny do čtyř skupin. Ve skupině s nejvyšší mírou sebevraždnosti se nacházely především země, které vznikly rozpadem SSSR, dále Maďarsko, Slovinsko a Jižní Korea. Dlouhodobě nejvyšší hodnoty sebevraždnosti vykazovali litevští muži, i když míra jejich sebevraždnosti ve sledovaném období s drobnými výkyvy klesala. Největší pokles standardizovaných měr zaznamenali ruští muži, u nichž sebevraždnost ve sledovaném období klesla o 58 %. Klesající trend celkových standardizovaných měr sebevraždnosti všech zmiňovaných zemí byl způsoben především snižující se úrovní sebevraždnosti mužů. Ta udávala klesající trend všech zmiňovaných zemí, protože úroveň ženské sebevraždnosti se za celé období prakticky nezměnila a udržovala se, oproti mužům, na nízké úrovni. Jediná země, která se v této skupině svým vývojem sebevraždnosti vymykala, byla Jižní Korea, ve které sebevraždnost mužů i žen vzrostla. Křivky úrovně sebevraždnosti korejských mužů a žen se vyvíjely prakticky synchronně, i když na jiné úrovni.

Druhou skupinou, kterou měla tato práce za cíl vymezit, jsou země s nejnižší mírou sebevraždnosti. Do ní bylo zařazeno dvanáct zemí převážně z jižní Evropy (Portugalsko, Španělsko, Řecko, Itálie, Malta a Kypr), dále Kuvajt, Izrael, Makedonie, Velká Británie a Slovensko. Úroveň sebevraždnosti mužů i žen se ve většině těchto zemí udržovala po celé období na stejné, nízké, úrovni. Výraznější nárůst sebevraždnosti na začátku sledovaného období zaznamenalo pouze Portugalsko. Tento nárůst zapříčinila rostoucí míra sebevraždnosti obou pohlaví, přičemž růst sebevraždnosti mužů byl v tomto období výrazně intenzivnější. Mírný nárůst zaznamenali na konci sledovaného období i řečtí muži, na celkovou úroveň sebevraždnosti v Řecku to ale díky téměř neměnnému vývoji počtu sebevražd žen nemělo zásadní vliv. Jedinými zeměmi, kde křivka vývoje sebevraždnosti mužů a žen kolísala, byly Malta a Kypr. Důvodem je nízký počet sebevražd v této zemi spolu s nízkým celkovým počtem obyvatel, což může výsledky značně zkreslovat (Birt et al., 2003). Pro země zahrnuté v této skupině je typická vysoká míra religiozity. Ta je, jak bylo zmíněno, chápána jako jeden z významných protektivních faktorů. Mimo země z jižní Evropy, které se hlásí k některé z katolických církví, se zde nachází také země s islámským vyznáním a země, ve kterých převažuje judaismus. A jak bylo zmíněno již dříve v kapitole 3.2, všechna tato náboženství se staví k sebevraždám negativně. Většina těchto zemí je též známá pro pěstování vřelých rodinných vztahů a soudržnost v rámci rodiny, což výrazným způsobem snižuje riziko výskytu sebevraždného jednání.

V rámci analýzy vykazovaly všechny země vyšší míru sebevraždnosti mužů. Tím byla potvrzena hypotéza o mužské nadúmrtosti na sebevraždu ve vyspělých zemích, která byla vyslovena na začátku práce. Nejvyšší hodnota indexu mužské nadúmrtosti byla zjištěna v roce 2015 v Polsku (7 sebevražd mužů na 1 sebevraždu ženy), dále v Bělorusku, Slovensku

a Rumunsku. Nejnižší hodnotu indexu opět vykazoval Kuvajt, kde se dlouhodobě pohybuje lehce nad hodnotou 1 sebevraždy muže na 1 sebevraždu ženy. Z evropských zemí mělo nejnižší hodnotu indexu mužské nadúmrtnosti v roce 2015 Norsko (2,1 sebevražd muže na 1 sebevraždu ženy). Index mužské nadúmrtnosti mění svou hodnotu též v závislosti na věku. Na základě věkového profilu indexu maskulinity byly země opět rozděleny do čtyř skupin. Zpravidla se tyto skupiny lišily tím, v jaké věkové skupině se mužská nadúmrtnost projevila s největší intenzitou. Věkový profil indexu maskulinity v první skupině zemí, kam patří např. Švédsko, Nizozemsko, Japonsko a Jižní Korea, měl stabilní úroveň do věkové kategorie 75–84 let, kde zaznamenal prudký nárůst. Druhá skupina zemí, ve které se nachází např. Francie, Belgie Norsko a Finsko dosahuje lokálního maxima indexu mužské nadúmrtnosti po mírném a postupném nárůstu ve věkové skupině 25–34 let, následuje pokles a ve věkové skupině 65–74 let prudký nárůst hodnot indexu, který několikanásobně převyší hodnoty lokálního maxima v nižším věku. Třetí skupina zemí čítající zejména země východní Evropy se vyznačuje velice diferencovaným vývojem hodnot indexu mužské nadúmrtnosti. Dalo by se říci, že index mužské nadúmrtnosti v celém věkovém intervalu kolísá, nejvyšších hodnot však dosahuje ve věkové skupině 25–34 let. Od tohoto věku s drobnými výchyly klesá. Poslední skupina zahrnuje většinu zemí, které se vyznačují největší nadúmrtností mužů ve věkové skupině 15–34 let a 75–84 let. V intervalu mezi těmito věky je hodnota indexu stabilní.

Hypotéza o růstu sebevraždění s přibývajícím věkem se u mužského pohlaví potvrdila beze zbytku. U žen tvořily výjimku pouze Finsko, Norsko, Belgie, Kanada a Austrálie, kde míra sebevraždění žen dosahovala vrcholu ve věku 45–54 let a poté začala klesat. Sebevraždění žen se vyznačuje ve většině zemí plynulým nárůstem od nejnižší věkové kategorie až do věku 85+ let, kde nabývá nejvyšších hodnot. U mužů lze pozorovat nárůst standardizovaných měř sebevraždění do věku 55–64 let, poté nastává pokles a míry se opět zvětšují ve věku 75–84 let. Jednotlivé kategorie zemí, které byly na základě věkového profilu sebevraždění vymezeny, se od sebe liší pouze intenzitou nárůstu hodnot sebevraždění.

Tato práce přinesla přehled o úrovni sebevraždění ve 47 zemích světa, přičemž se jednalo hlavně o státy evropské. Potvrdilo se, že i přesto, že v analýze byly zahrnuty převážně vyspělé státy, stále mezi nimi najdeme ty, které se s vysokou mírou sebevraždění stále potýkají. Na závěr práce ale můžeme konstatovat, že ve všech zemích, kromě Jižní Koreje, došlo k poklesu standardizovaných měř, což lze považovat za předzvěst příznivého vývoje sebevraždění do budoucna, což si klade i WHO za cíl v rámci programu ochrany duševního zdraví Health 21 (WHO, 2019).

V rámci tématu sebevraždění se nabízí řada témat, která by bylo zajímavé rozpracovat. Stále zde např. figuruje otázka dostupnosti, kvality a srovnatelnosti dat, která znemožňuje relevantně srovnávat úroveň sebevraždění i v rámci mnoha rozvojových zemí. Jak říká Bille-Brahe (1998), dokud nebude možné statistiku sebevražd ve všech zemích považovat za průkaznou, je a bude vytváření jakýchkoliv statistických či socio-demografických teorií o sebevraždění ošemetné.

Seznam použité literatury

- AJDACIC-GROSS, Vladeta et al., 2008. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization* [online]. 86(9), 726–732. Dostupné z: <https://www.who.int/bulletin/volumes/86/9/07-043489/en/>
- ALEŠ, Milan, 1992. *Sebevraždy v ČSFR v letech 1960 až 1990*. Demografie: Revue pro výzkum populačního vývoje. Praha: Panorama, 34. (3), 193-202. ISSN 0011-8265
- ANTOVOVÁ, Michaela, 2013. Porovnání úrovně sebevraždnosti v České republice, Švédsku a Španělsku. Praha. Diplomová práce. Vysoká škola ekonomická v Praze.
- ARLTOVÁ, Markéta a Michaela ANTOVOVÁ, 2016. *Statistická analýza sebevraždnosti v České republice z pohledu časových řad*. Demografie. (58), 29–48.
- BILLE-BRAHE, Unni, 1998. *Suicidal behaviour in Europe. The situation in the 1990's* [online]. Copenhagen, WHO: Regional Office For Europe. Dostupné z: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/239938/E60709.pdf
- BIRT, Christopher et al., 2003. Suicide mortality in the European Union. *European Journal of Public Health* [online]. Volume 13, Issue 2, Pages 108–114. Dostupné z: <https://academic.oup.com/eurpub/article/13/2/108/428380>
- CANETTO, Silvia Sara a Isaac SAKINOFSKY, 1998. The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior* [online]. 28.1: 1-23. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/227649833_The_Gender_Paradox_in_Suicide
- CAVANAGH, Jonathan TO, et al., 2003. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological medicine*, [online]. 33.3: 395-405. Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/506c/b8389b67602f3f2b02d587c5fe61be304139.pdf>
- DAŇKOVÁ, Šárka. *Psychologické, sociální a demografické aspekty sebevraždnosti v mezinárodním srovnání*. Praha, 2003. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze.
- DZÚROVÁ, Dagmar, Eva DRAGOMIRECKÁ, Jitka RYCHTAŘÍKOVÁ a Jaroslav KRAUS. *Sebevraždnost obyvatel České republiky v období transformace společnosti*. Praha: Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta, Katedra sociální geografie a regionálního rozvoje a Psychiatrické centrum Praha, Laboratoř psychiatrické demografie, 2002. ISBN 80- 86561-03-8.

- FORTUNE, Sarah A. a Keith HAWTON, 2018. Culture and Mental Disorders: Suicidal Behaviour. In: Dinesh BHUGRA and Kamaldeep BHUI, eds. *Textbook of Cultural Psychiatry*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press, p. 256–274.
- FRANKEL, Bernard a Rachel KRANZOVÁ, 1998. *O sebevraždách*. Praha 2: Nakladatelství lidové noviny. ISBN 80-7106-234-0.
- GAILIENĚ, Danutė, 2004. Suicide in Lithuania During the Years of 1990 to 2002. *Archives of Suicide Research* [online]. 8:4, 389-395. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Danute_Gailiene/publication/7679482_Suicide_in_Lithuania_During_the_Years_of_1990_to_2002/links/5e886adf92851c2f527c16ad/Suicide-in-Lithuania-During-the-Years-of-1990-to-2002.pdf
- GAILIENĚ, Danutė, 2018. Why are suicides so widespread in Catholic Lithuania?. *Religions* [online]. 9.3: 71. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/2077-1444/9/3/71/htm>
- GRAEFF, Peter a Guido MEHLKOP, 2007. When anomie becomes a reason for suicide: A new macro-sociological approach in the Durkheimian tradition. *European Sociological Review* [online]. 23.4: 521-535. Dostupné z: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.856.9389&rep=rep1&type=pdf>
- HONG, Jin Pyo et al., 2006. Epidemiology of suicide in Korea. *Korea* [online]. 138: 736. Dostupné z: <https://www.psychiatryinvestigation.org/upload/pdf/0502006015.pdf>
- KALBEN, Barbara Blatt, 2000. Why Men Die Younger. *North American Actuarial Journal* [online]. 4(4), 83–111. DOI: 10.1080/10920277.2000.10595939. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10920277.2000.10595939>
- KELLEHER, Michael J., et al., 1998. Religious sanctions and rates of suicide worldwide. *Crisis* [online]. 19.2: 78-86. Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/45ad/8dddc3f72636a5a1f82c889ffb85299557ef.pdf>
- KELLER, Jan, 2007. *Dějiny klasické sociologie*. 2. vydání. Praha: SLON. ISBN 978-80-86429-52-6.
- KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ, 2003. *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-732-9.
- KÖLVES, Kairi, et al., 2006. The role of alcohol in suicide: a case-control psychological autopsy study. *Psychological medicine* [online]. 36.7: 923. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Airi_Vaernik/publication/7131701_The_role_of_alcohol_in_suicide_A_casecontrol_psychological_autopsy_study/links/551d51b60cf29a69c99b287f.pdf
- LUKASOVÁ, Alena a Jana ŠARMANOVÁ, 1985. *Metody shlukové analýzy*. Praha: Státní nakladatelství technické literatury.
- MANN, J. John et al., 2005. Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama* [online]. 294.16: 2064-2074. Dostupné z: <https://health.maryland.gov/suicideprevention/Documents/Suicide%20prevention%20strategies-systematic%20review.pdf>
- MARUSIC, Andrej, 1999. Suicide in Slovenia: lessons for cross-cultural psychiatry. *International review of psychiatry*, 11.2-3: 212-218.

- MASARYK, Tomáš Garrigue, 2002. *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*. 5. české vyd. Praha: Masarykův ústav AV ČR. ISBN 80-864-9513-2.
- MEDVEDEVA, Anna, 2016. *Psychologické aspekty akulturace migrantů v České republice*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce Šárka Alföldy-Zscheile
- MINARČÍKOVÁ, Šárka, 2012. *Fenomén sebevraždy v současném Japonsku*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Ivona Barešová
- MÜHLPACHR, Pavel, 2008. *Sociopatologie*. BRNO: Masarykova univerzita Brno, ISBN 978-80-210-4550-7.
- PATTON, George C., et al., 2009. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *The Lancet* [online]. 374.9693: 881-892.
Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673609607418>
- PAVLÍK, Zdeněk, Jitka RYCHTAŘÍKOVÁ a Alena ŠUBRTOVÁ, 1986. *Základy demografie*. Praha: Academia
- PETRUSEK, Miloslav, 2011. *Dějiny sociologie*. Praha: Grada. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3234-3.
- PRIDEMORE, W. Alex a Andrew L. SPIVAK, 2003. Patterns of suicide mortality in Russia. *Suicide and Life-Threatening Behavior* [online]. 2003, 33.2: 132-150.
Dostupné z: <https://guilfordjournals.com/doi/pdf/10.1521/suli.33.2.132.22771>
- QIN, Ping, 2003. The Relationship of Suicide Risk to Family History of Suicide and Psychiatric Disorders [online]. *Psychiatric Times*. [2019-11-10]. Dostupné z: <https://www.psychiatrictimes.com/view/relationship-suicide-risk-family-history-suicide-and-psychiatric-disorders>
- RADOVÁ, Veronika, 2009. Sebevražednost v České republice, Švédsku a Španělsku. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce Klára Tesárková.
- RAZVODOVSKY, Yury E., 2009 Beverage-specific alcohol sale and suicide in Russia. *Crisis* [online]. 30.4: 186-191. Dostupné z: https://www.academia.edu/31334430/Beverage-Specific_Alcohol_Sale_and_Suicide_in_Russia
- RAZVODOVSKY, Yury E., 2011. Alcohol consumption and suicide in Belarus, 1980–2005. *Suicidology online* [online]. 2.1: 1-7. Dostupné z: https://www.academia.edu/31334521/Alcohol_consumption_and_Suicide_in_Belarus_1980_2005
- RIHMER, Zoltan, et al., 2013. Suicide in Hungary-epidemiological and clinical perspectives. *Annals of general psychiatry* [online]. 12.1: 21. Dostupné z: <http://repo.lib.semmelweis.hu/bitstream/handle/123456789/518/2344464.pdf?sequence=1>
- RITZER, George, 1985. The rise of micro-sociological theory. *Sociological Theory*. 3.1: 88-98.
- RŮŽIČKA, Ladislav, 1986. *Sebevražednost v Československu z hlediska demografického a sociologického*. Praha: Academia - nakladatelství Československé akademie věd.
- ŘEZANKOVÁ, Hana, Dušan HŮSEK a Václav SNÁŠEL, 2007. *Shluková analýza dat*. Praha: Professional Publishing. ISBN 978-80-86946-26-9.
- ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ, 1997. *Dětská klinická psychologie*. Vyd. 3., přeprac. a dopl. Praha: Grada. ISBN 80-7169-512-2.

- SAXENA, Shekhar, Etienne G. KRUG a Oleg CHESTNOV, 2014. Preventing suicide: a global imperative [online]. Geneva: World Health Organization. ISBN 978- 924-1564-779.
Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/preventing-suicide-a-global-imperative>
- SLEZÁK, Tomáš, 2015. *Chronické somatické onemocnění v dospívání*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce Tamara Hrachovinová.
- STONE, David H., et al., 2002. Final report of the European review of suicide and violence epidemiology (EUROSAVE) project. Retrieved February [online]. 15: 2009. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Paul_Corcoran/publication/241871946_FINAL_REPORT_OF_THE_EUROPEAN_REVIEW_OF_SUICIDE_AND_VIOLENCE_EPIDEMIOLOGY_EUROSAVE_PROJECT/links/0deec5289f1f22bc0f000000.pdf
- SUOKAS, T. Jaana a Juoko LÖNNQVIST, 1995. Suicide attempts in which alcohol is involved: a special group in general hospital emergency rooms. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [online]. 91.1: 36-40.
Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.16000447.1995.tb09739.x>
- ŠEBÍK, Jan, 2015. Regionální analýza úmrtnosti dle skupin příčin úmrtí v evropských zemích. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce Boris Burcin.
- ŠTĚPÁNEK, David a Jana PETŘÍKOVÁ, 2001. Sebevražda - příznak krize. In: *Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity: P. Řada psychologická*. Brno: Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, s. 55-65. ISBN 80-210-2588-3. ISSN 1211-3522.
- TURECKI, Gustavo a David A. BRENT, 2016. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet* [online]. 387.10024: 1227-1239.
Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673615002342>
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VIEWEGH, Josef, 1996. *Sebevražda a literatura*. Brno: Psychologický ústav AV ČR. ISBN 80- 858-8010-5.
- WASSERMAN, Danuta a Airi VÄRNIK, 1998. Reliability of statistics on violent death and suicide in the former USSR, 1970–1990. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [online]. 98:34-41.
Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/243771792_Reliability_of_statistics_on_violent_death_and_suicide_in_the_former_USSR
- WHO, 2012. *Public health action for the prevention of suicide: a framework* [online]. World Health Organization, Geneva.
Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/publications/prevention_suicide_2012/en/
- WHO, 2018. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů; MKN–10: desátá revize*, Geneva. Přeložil: ÚZIS ČR. Aktualizovaná verze k 1. 1. 2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.

- WHO, 2019. *Suicide in the world: Global Health Estimates* [online]. World Health Organization, Geneva. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world>
- WHO, 2020. Suicide prevention [online]. World Health Organization, Geneva. [Cit. 27. 7. 2020]. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1
- YOSHIMASU, Kouichi, et al., 2008. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental health and preventive medicine* [online]. 13.5: 243-256. Dostupné z: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12199-008-0037-x.pdf>

Seznam příloh

Příloha 1: Seznam způsobů provedení sebevraždy a jejich kódování podle 9. revize MKN	63
Příloha 2: Seznam způsobů provedení sebevraždy a jejich kódování podle 10. revize MKN	63
Příloha 3: Průměrné intenzity sebevraždění v jednotlivých skupinách zemí podle pohlaví v období 2000–2015	64
Příloha 4: Vývoj celkové standardizované míry sebevraždění, země s vysokou úrovní sebevraždění, 2000–2015, obě pohlaví.....	64
Příloha 5: Vývoj celkové standardizované míry sebevraždění, země s nízkou úrovní sebevraždění, 2000–2015, obě pohlaví.....	65
Příloha 6: Vývoj celkové standardizované míry sebevraždění, země se střední vyšší úrovní sebevraždění, 2000–2015, obě pohlaví.....	65
Příloha 7: Vývoj celkové standardizované míry sebevraždění, země se střední nižší úrovní sebevraždění, 2000–2015, obě pohlaví.....	66
Příloha 8: Dendogram rozdělení zemí do skupin podle celkové úrovně sebevraždění v letech 2000–2015.....	67
Příloha 9: Standardizovaná míra sebevraždění v období 2000–2015, vybrané země, obě pohlaví (na 100 tis. obyvatel).....	68
Příloha 10: Standardizovaná míra sebevraždění v období 2000–2015, vybrané země, muži (na 100 tis. obyvatel)	70
Příloha 11: Standardizovaná míra sebevraždění v období 2000–2015, vybrané země, ženy (na 100 tis. obyvatel).....	72
Příloha 12: Vývoj indexu mužské nadúmrtosti na sebevraždy v období 2000–2015, vybrané země	74

Příloha 1: Seznam způsobů provedení sebevraždy a jejich kódování podle 9. revize MKN

Kód	Způsob provedení sebevraždy
E950	Otrava pevnou nebo tekutou látkou
E951	Otrava plynem používaným v domácnosti
E952	Otrava jiným plynem nebo výpary
E953	Oběšení (u)škrcení nebo (u)dušení
E954	(U)topení
E955	Sebevražda nebo sebepoškození střelnou zbraní nebo výbušninou
E956	Sebevražda řezným, sečným nebo bodným nástrojem
E957	Sebevražda skokem z výše
E958	Sebevražda jiným nebo blíže nepopsaným způsobem
E959	Pozdní následky pokusu o sebevraždu nebo sebepoškození

Zdroj: WHO 2018, vlastní zpracování

Příloha 2: Seznam způsobů provedení sebevraždy a jejich kódování podle 10. revize MKN

Kód	Způsob provedení sebevraždy
X60	Úmyslné sebeotrávení neopiátovými analgetiky, antipyretiky a antirevmatiky
X61	Úmyslné sebeotrávení antiepileptiky, sedativy-hypnotiky, antiparkinsoniky, psychotropními léky
X62	Úmyslné sebeotrávení narkotiky a psychodysleptiky (halucinogeny)
X63	Úmyslné sebeotrávení jinými léčivými působícími na autonomní nervovou soustavu
X64	Úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými léky, léčivými, návykovými a biologickými látkami
X65	Úmyslné sebeotrávení alkoholem a expozice jeho působení
X66	Úmyslné sebeotrávení organickými rozpustidly a halogenovanými uhlovodíky a jejich parami
X67	Úmyslné sebeotrávení jinými plyny a parami a expozice jejich působení
X68	Úmyslné sebeotrávení pesticidy a expozice jejich působení
X69	Úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými chemikáliemi a škodlivými látkami
X70	Úmyslné sebepoškození oběšením, [u]škrcením a [za]dušením
X71	Úmyslné sebepoškození (u)topením a potopením
X72	Úmyslné sebepoškození výstřelem z pistole, revolveru
X73	Úmyslné sebepoškození výstřelem z pušky, brokovnice a větší ruční střelné zbraně
X74	Úmyslné sebepoškození výstřelem z jiné a neurčené střelné zbraně
X75	Úmyslné sebepoškození výbušnou látkou
X76	Úmyslné sebepoškození kouřem, dýmem a ohněm
X77	Úmyslné sebepoškození vodní parou, horkými výpary a horkými předměty
X78	Úmyslné sebepoškození ostrým předmětem
X79	Úmyslné sebepoškození tupým předmětem
X80	Úmyslné sebepoškození skokem z výše
X81	Úmyslné sebepoškození skokem nebo lehnutím si před pohybující se předmět
X82	Úmyslné sebepoškození havárií motorového vozidla
X83	Úmyslné sebepoškození jinými určenými prostředky
X84	Úmyslné sebepoškození neurčenými prostředky

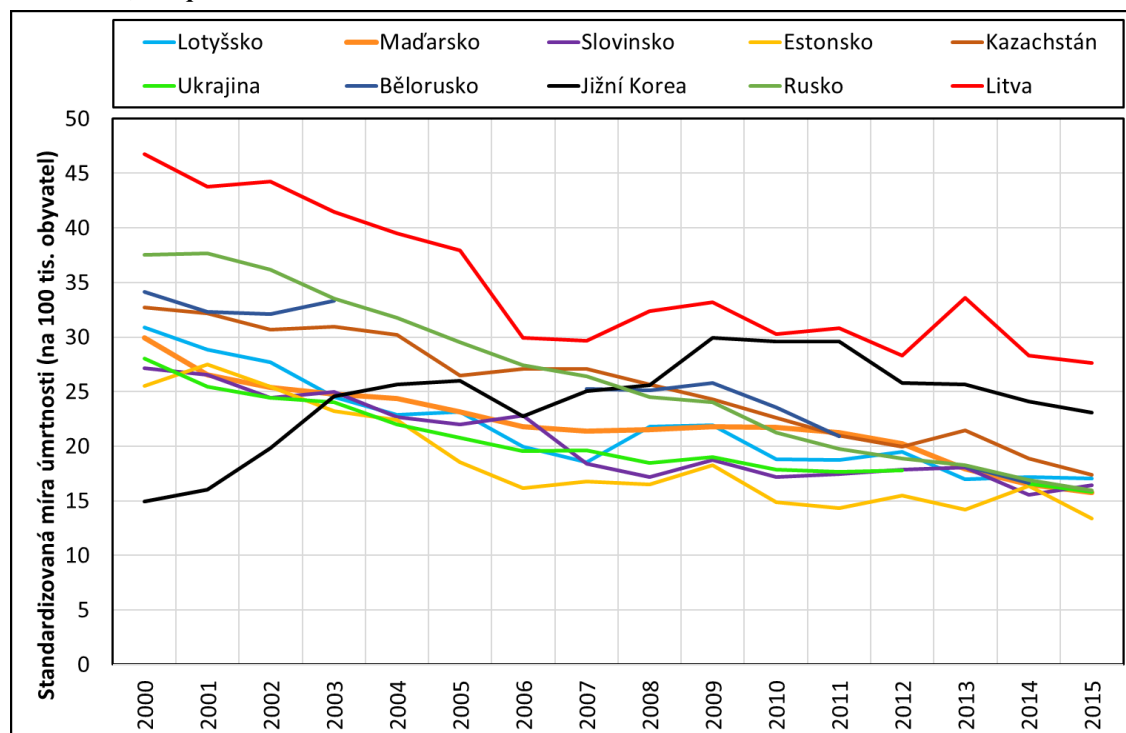
Zdroj: WHO 2018, vlastní zpracování

Příloha 3: Průměrné intenzity sebevraždnosti v jednotlivých skupinách zemí podle pohlaví v období 2000–2015

	země s nejvyšší úrovní sebevraždnosti		země se střední vyšší úrovní sebevraždnosti		země se střední nižší úrovní sebevraždnosti		země s nízkou úrovní sebevraždnosti	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
2000	54,6	10,8	28,1	8,1	19,8	5,9	10,7	3,1
2001	53,2	9,7	27,6	7,7	18,9	6,0	11,3	2,8
2002	51,9	9,7	26,9	7,9	18,7	6,1	11,1	3,2
2003	51,0	9,8	27,1	7,6	16,9	5,2	12,5	3,1
2004	47,0	9,8	26,1	7,4	16,8	5,6	10,4	3,2
2005	44,5	9,1	25,7	7,5	16,3	5,5	10,5	2,8
2006	40,5	8,3	25,0	7,3	16,0	5,7	8,7	2,5
2007	40,2	8,3	23,9	6,8	15,6	5,5	8,2	2,1
2008	39,9	8,6	24,2	7,1	15,1	5,1	9,2	2,3
2009	41,3	8,8	24,9	6,7	15,6	4,8	10,1	2,2
2010	38,4	7,8	24,0	6,6	15,9	4,9	9,9	2,2
2011	37,0	7,8	22,9	6,4	14,8	4,8	8,3	2,1
2012	35,6	7,5	23,1	6,3	15,5	5,3	9,9	2,4
2013	35,7	7,5	22,3	6,3	15,0	5,2	10,1	2,2
2014	32,9	6,6	22,4	6,1	15,5	5,0	9,9	2,6
2015	31,2	6,9	21,8	5,8	14,9	5,4	9,0	2,5

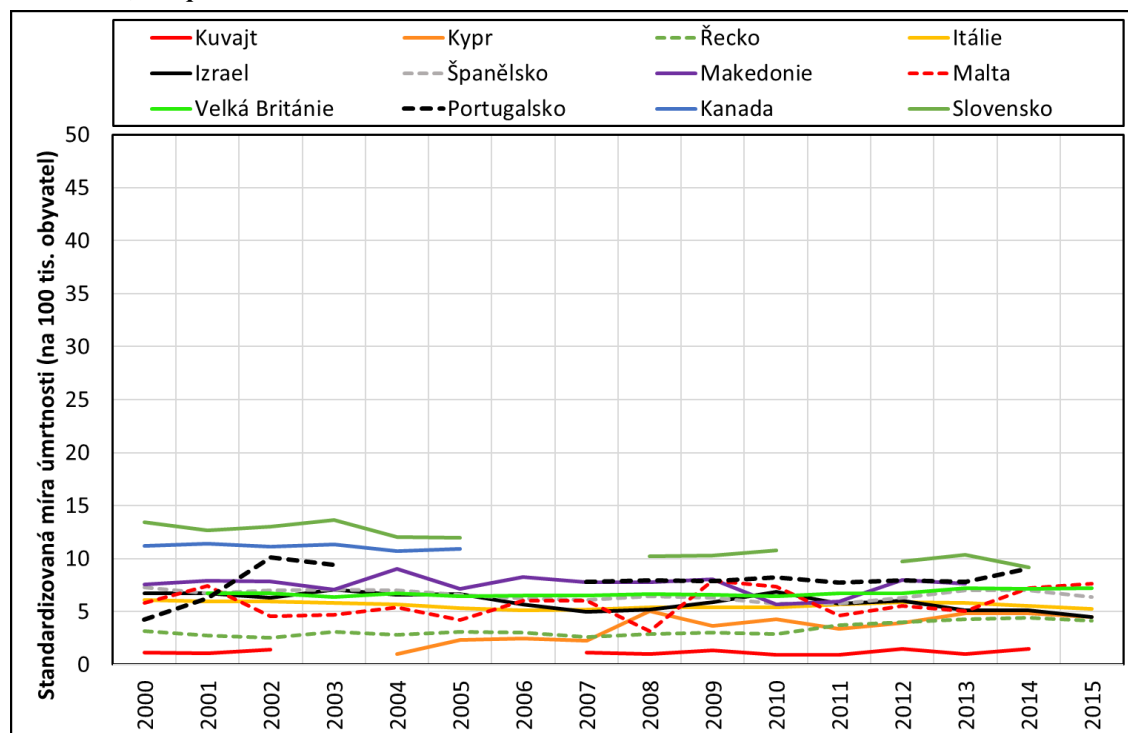
Zdroj: WHO 2020, vlastní výpočty

Příloha 4: Vývoj celkové standardizované míry sebevraždnosti, země s vysokou úrovní sebevraždnosti, 2000–2015, obě pohlaví



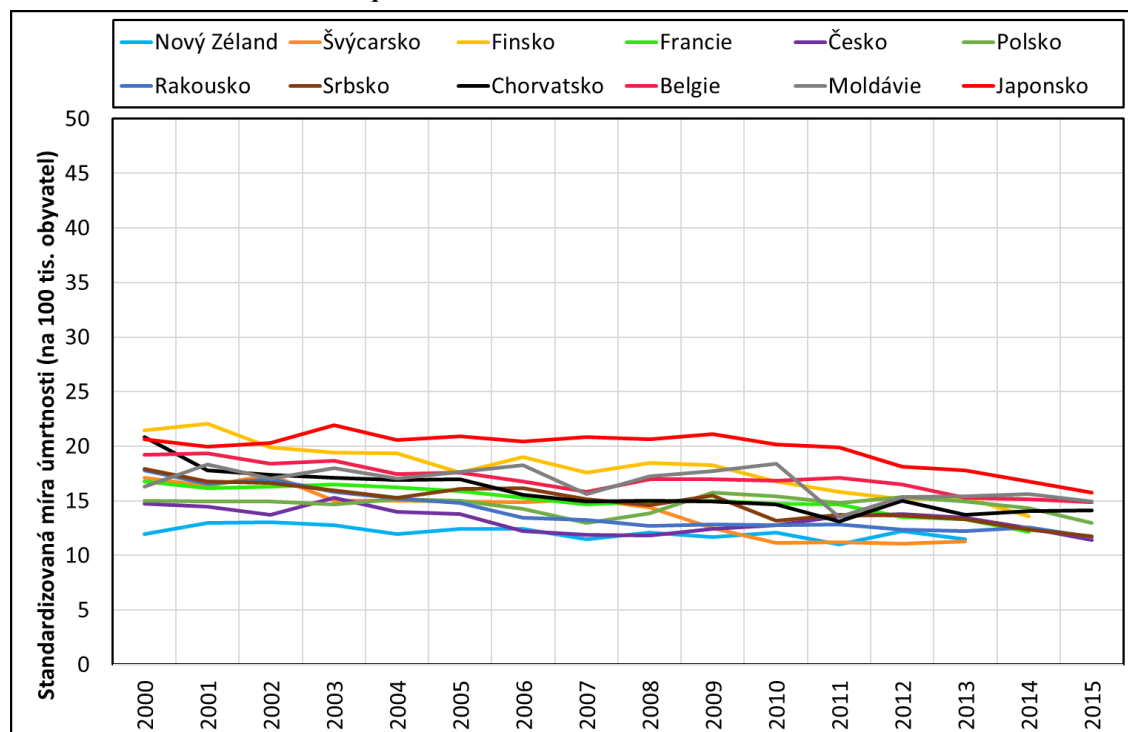
Zdroj: WHO 2020, vlastní výpočty

Příloha 5: Vývoj celkové standardizované míry sebevraždění, země s nízkou úrovní sebevraždění, 2000–2015, obě pohlaví



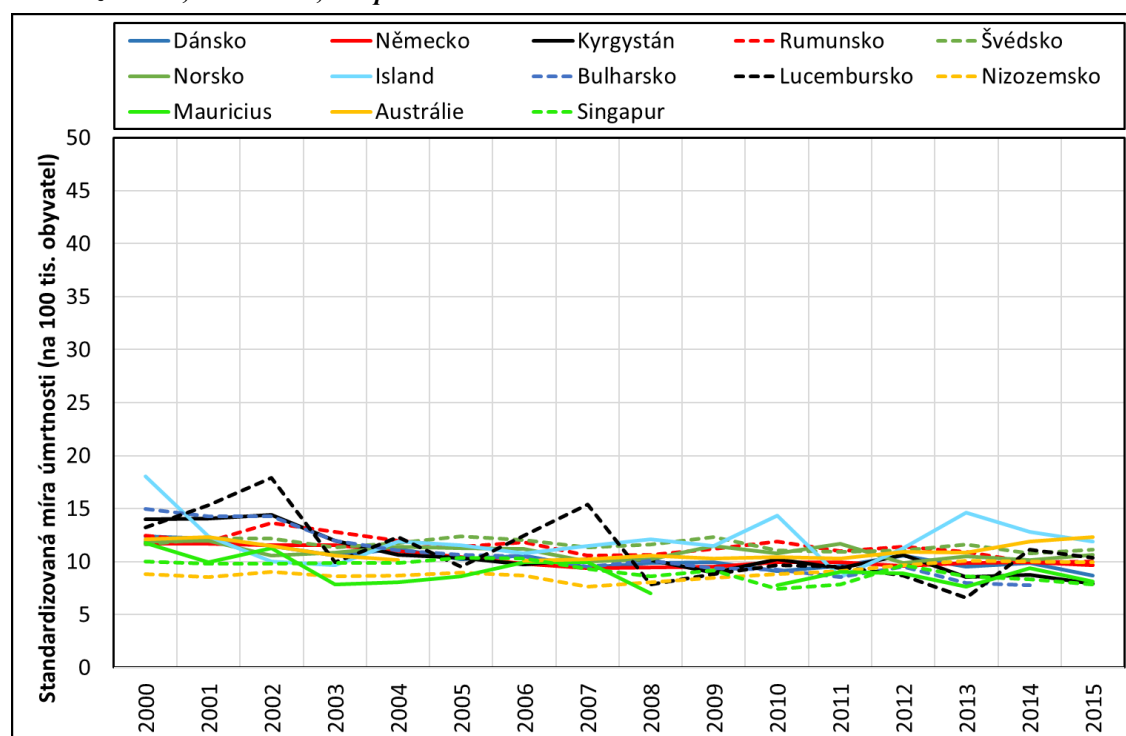
Zdroj: WHO 2020, vlastní výpočty

Příloha 6: Vývoj celkové standardizované míry sebevraždění, země se střední vyšší úrovní sebevraždění, 2000–2015, obě pohlaví



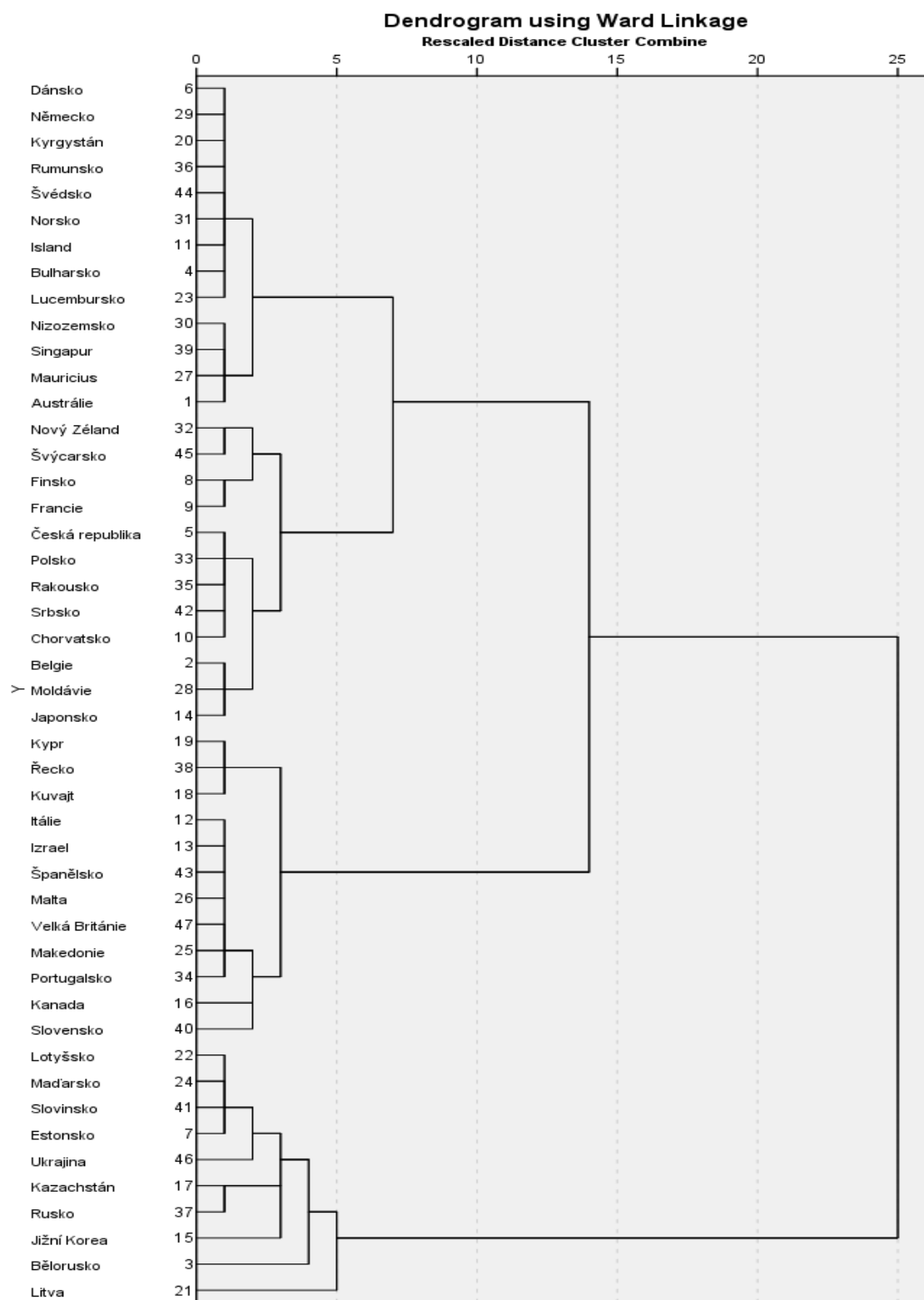
Zdroj: WHO 2020, vlastní výpočty

Příloha 7: Vývoj celkové standardizované míry sebevraždy, země se střední nižší úrovní sebevraždy, 2000–2015, obě pohlaví



Zdroj: WHO 2020, vlastní výpočty

Příloha 8: Dendrogram rozdělení zemí do skupin podle celkové úrovně sebevražednosti v letech 2000–2015



Příloha 9: Standardizovaná míra sebevraždnosti v období 2000–2015, vybrané země, obě pohlaví (na 100 tis. obyvatel)

1/2

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Austrálie	12,1	12,3	11,5	10,5	10,1	–	10,1	10,2	10,6	10,3	10,4	10,3	10,9	10,9	11,9	12,3
Belgie	19,2	19,3	18,4	18,6	17,5	17,6	16,8	15,8	17,0	17,0	16,9	17,1	16,5	15,3	15,1	14,9
Bělorusko	34,1	32,3	32,1	33,3	0,0	0,0	0,0	25,3	25,1	25,8	23,6	20,9	–	18,2	16,6	.
Bulharsko	15,0	14,3	14,3	11,9	11,0	10,7	10,5	9,5	10,1	9,4	9,3	8,5	9,5	7,9	7,8	.
Česko	14,8	14,4	13,7	15,3	14,0	13,8	12,2	11,9	11,8	12,4	12,8	13,6	13,8	13,4	12,5	11,4
Dánsko	12,3	12,2	11,5	10,6	11,2	10,2	10,6	9,4	9,9	9,9	9,1	9,6	10,5	9,5	9,9	8,7
Estonsko	25,5	27,5	25,4	23,2	22,4	18,5	16,1	16,8	16,5	18,3	14,9	14,4	15,5	14,2	16,3	13,4
Finsko	21,5	22,0	19,9	19,4	19,3	17,6	19,0	17,6	18,4	18,3	16,8	15,8	15,2	15,3	13,5	.
Francie	16,8	16,1	16,3	16,5	16,3	15,9	15,3	14,7	14,9	15,0	14,8	14,7	13,5	13,3	12,1	.
Chorvatsko	20,8	17,8	17,4	17,1	16,9	17,0	15,5	14,9	15,0	15,0	14,7	13,1	15,0	13,7	14,0	14,1
Island	18,0	12,4	10,0	9,7	11,9	11,6	10,8	11,5	12,1	11,5	14,3	8,6	11,3	14,6	12,8	11,9
Itálie	6,1	5,9	6,0	5,9	5,7	5,4	5,2	5,2	5,4	5,4	5,4	5,7	5,9	5,8	5,5	5,3
Izrael	6,8	6,7	6,3	7,1	6,6	6,7	5,7	5,0	5,2	5,9	6,9	5,8	6,0	5,1	5,1	4,5
Japonsko	20,7	20,0	20,3	22,0	20,6	20,9	20,4	20,9	20,7	21,1	20,2	19,9	18,1	17,8	16,8	15,8
Jižní Korea	14,9	16,0	19,8	24,6	25,7	26,0	22,8	25,0	25,6	29,9	29,6	29,6	25,8	25,6	24,1	23,1
Kanada	11,2	11,4	11,1	11,3	10,7	10,9	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Kazachstán	32,7	32,1	30,7	30,9	30,2	26,5	27,1	27,1	25,7	24,3	22,6	21,0	19,9	21,4	18,9	17,4
Kuvajt	1,1	1,0	1,4	–	–	–	–	1,2	1,0	1,4	0,9	0,9	1,5	1,0	1,5	.
Kypr	–	–	–	–	1,0	2,3	2,5	2,3	5,1	3,7	4,2	3,4	3,9	4,9	4,8	4,5
Kyrgyzstán	14,0	14,1	14,4	12,0	10,6	10,4	9,8	10,2	10,1	8,9	10,2	9,4	10,7	8,6	8,7	7,9
Litva	46,7	43,8	44,2	41,4	39,5	37,9	29,9	29,7	32,4	33,2	30,3	30,8	28,3	33,6	28,3	27,6
Lotyšsko	30,9	28,8	27,7	24,5	22,9	23,2	19,9	18,5	21,8	21,9	18,8	18,7	19,5	17,0	17,2	17,0
Lucembursko	13,2	15,3	17,9	10,0	12,3	9,6	12,5	15,4	7,8	8,8	9,7	9,5	8,7	6,6	11,1	10,4

Příloha 9: Standardizovaná míra sebevraždnosti v období 2000–2015, vybrané země, obě pohlaví (na 100 tis. obyvatel)

2/2

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maďarsko	29,9	26,6	25,4	24,8	24,3	23,2	21,8	21,4	21,5	21,8	21,7	21,2	20,2	17,9	16,5	15,8
Severní Makedonie	7,6	7,9	7,8	7,1	9,1	7,1	8,3	7,8	7,8	8,0	5,7	6,0	8,0	7,6	.	.
Malta	5,8	7,4	4,6	4,7	5,4	4,2	6,0	6,1	3,1	7,9	7,3	4,6	5,5	5,0	7,2	7,6
Mauricius	11,7	9,9	11,2	7,8	8,1	8,6	10,0	9,9	7,0	–	7,7	9,1	8,9	7,7	9,4	8,2
Moldávie	16,3	18,3	17,1	18,0	17,0	17,6	18,2	15,6	17,2	17,7	18,4	13,5	15,4	15,4	15,6	14,9
Německo	11,7	11,7	11,6	11,5	11,0	10,4	9,8	9,4	9,4	9,5	9,9	9,9	9,6	9,9	9,9	9,6
Nizozemsko	8,8	8,6	9,1	8,6	8,7	9,0	8,7	7,7	8,1	8,5	8,8	9,1	9,6	10,1	10,0	10,0
Norsko	11,9	12,0	10,6	10,8	11,4	11,3	11,2	10,0	10,2	11,5	10,8	11,7	9,8	10,5	10,2	10,7
Nový Zéland	11,9	13,0	13,0	12,8	11,9	12,4	12,4	11,5	12,1	11,7	12,1	11,0	12,2	11,4	0,0	0,0
Polsko	15,0	14,9	14,9	14,7	15,1	15,0	14,3	12,9	13,9	15,8	15,4	14,8	15,3	15,0	14,3	13,0
Portugalsko	4,3	6,3	10,1	9,4	–	–	–	7,8	7,9	7,9	8,2	7,7	7,9	7,8	9,1	.
Rakousko	17,8	16,5	17,0	15,8	15,2	14,8	13,4	13,3	12,7	12,8	12,8	12,8	12,4	12,2	12,5	11,7
Rumunsko	12,4	11,9	13,7	12,8	12,0	11,4	11,9	10,5	10,6	11,2	11,9	11,0	11,4	10,9	9,9	10,0
Rusko	37,6	37,6	36,2	33,5	31,7	29,5	27,4	26,4	24,5	24,0	21,3	19,8	18,8	18,3	16,9	16,0
Řecko	3,2	2,7	2,6	3,1	2,8	3,1	3,1	2,6	2,8	3,0	2,9	3,7	4,0	4,3	4,4	4,2
Singapur	10,0	9,8	9,8	9,8	9,9	10,3	10,3	9,3	8,6	9,2	7,5	7,9	9,6	8,6	8,3	7,8
Slovensko	13,4	12,7	13,0	13,7	12,0	12,0	–	–	10,2	10,3	10,8	–	9,7	10,3	9,1	.
Slovinsko	27,2	26,5	24,5	25,0	22,7	22,0	22,8	18,4	17,2	18,7	17,2	17,5	17,8	18,0	15,6	16,5
Srbsko	17,9	16,8	16,6	15,9	15,3	16,1	16,2	15,1	14,6	15,5	13,1	13,7	13,7	13,3	12,4	11,8
Španělsko	7,3	6,7	7,0	7,1	7,0	6,6	6,2	6,1	6,5	6,3	5,8	5,7	6,3	7,0	7,0	6,4
Švédsko	11,6	12,2	12,2	11,4	11,8	12,4	12,0	11,4	11,6	12,3	11,1	10,9	11,1	11,6	10,8	11,1
Švýcarsko	17,1	16,4	17,4	15,0	15,0	15,0	14,9	15,1	14,4	12,5	11,1	11,2	11,1	11,2	.	.
Ukrajina	28,0	25,5	24,5	24,1	22,0	20,8	19,5	19,6	18,5	19,0	17,9	17,7	17,8	–	16,6	15,8
Velká Británie	–	6,7	6,7	6,4	6,7	6,4	6,5	6,5	6,7	6,6	6,4	6,7	6,7	7,2	7,1	7,2

Zdroj: WHO 2020, vlastní výpočty

Příloha 10: Standardizovaná míra sebevraždnosti v období 2000–2015, vybrané země, muži (na 100 tis. obyvatel)

1/2

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Austrálie	19,4	19,7	18,2	16,7	16,3	–	15,7	15,8	16,7	15,8	16,3	15,7	16,5	16,4	18,1	18,8
Belgie	28,5	29,4	27,5	28,4	26,4	26,5	25,0	23,3	25,4	25,2	24,9	25,0	24,9	22,5	21,9	21,5
Bělorusko	64,4	60,5	59,4	62,2	–	–	–	46,6	46,0	46,9	43,8	38,4	–	33,7	31,4	.
Bulharsko	23,6	22,5	23,2	19,1	17,7	17,0	17,7	15,3	16,3	15,6	15,3	14,6	15,9	13,5	13,0	.
Česko	24,9	24,8	23,3	26,2	24,3	23,8	21,1	20,8	20,2	21,8	22,1	23,6	23,9	22,8	20,9	19,2
Dánsko	19,0	17,9	17,7	16,7	16,4	15,5	16,0	13,6	14,2	15,8	13,4	14,6	16,2	14,4	15,1	12,3
Estonsko	44,3	48,0	45,6	42,0	40,6	33,5	28,3	31,3	28,7	33,4	26,9	26,3	28,4	25,7	29,1	24,3
Finsko	32,9	35,0	30,9	30,3	30,2	26,3	29,4	27,1	29,0	27,3	25,7	25,0	23,1	23,1	20,8	.
Francie	26,3	25,1	25,1	25,8	25,0	24,5	23,6	22,8	23,2	23,5	22,9	23,1	21,4	21,1	19,2	.
Chorvatsko	35,2	29,4	28,7	29,5	28,0	27,7	24,5	24,6	25,6	26,0	24,2	21,3	25,3	23,3	22,5	22,7
Island	29,7	18,9	13,7	14,4	17,4	16,3	14,2	18,3	16,4	18,2	22,1	13,9	15,8	21,0	19,3	17,6
Itálie	9,7	9,6	9,8	9,4	9,2	8,5	8,3	8,4	8,7	8,8	8,9	9,5	9,7	9,4	8,9	8,5
Izrael	10,9	11,4	10,0	12,1	10,6	9,9	9,0	8,3	9,0	9,3	11,7	9,5	10,2	8,3	8,2	7,4
Japonsko	31,0	30,0	30,8	33,4	31,2	31,6	30,3	30,9	30,5	31,5	29,7	28,2	26,3	25,7	24,1	22,9
Jižní Korea	22,5	24,5	29,9	37,6	38,7	38,6	34,1	35,6	36,0	41,7	42,6	43,4	37,5	38,0	35,6	34,5
Kanada	17,6	17,9	17,6	17,7	16,4	16,8	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Kazachstán	59,2	59,2	56,3	55,9	54,7	47,5	48,5	48,4	44,9	42,5	40,3	37,1	35,3	37,4	33,2	30,5
Kuvajt	1,2	1,3	1,6	–	–	–	–	1,4	1,1	1,4	1,0	1,0	1,5	1,2	1,7	.
Kypr	–	–	–	–	1,4	3,3	3,3	3,7	7,9	5,9	7,0	6,0	7,7	8,8	7,2	7,2
Kyrgyzstán	24,2	25,6	24,5	21,1	18,7	17,9	16,0	16,3	16,7	14,8	17,2	15,6	17,2	14,2	14,2	13,0
Litva	83,4	79,4	82,1	75,4	70,9	68,9	54,3	54,6	58,9	61,6	54,5	55,1	51,2	60,4	52,3	49,8
Lotyšsko	57,2	52,6	48,8	44,9	42,5	41,4	38,0	34,0	40,2	40,0	36,5	35,7	36,7	31,8	31,4	30,7
Lucembursko	21,0	22,3	27,5	17,2	19,2	16,4	18,5	21,6	13,2	13,4	15,8	13,1	13,4	8,2	17,4	14,6

Příloha 10: Standardizovaná míra sebevraždnosti v období 2000–2015, vybrané země, muži (na 100 tis. obyvatel)

2/2

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maďarsko	50,4	45,5	43,7	42,8	41,4	40,0	36,5	36,8	37,1	37,1	37,4	35,8	34,5	30,0	27,9	26,2
Severní Makedonie	10,7	12,3	10,8	10,5	12,6	10,6	13,2	11,6	12,0	12,6	8,3	9,3	11,8	12,3	.	.
Malta	8,9	11,7	5,4	8,3	6,5	7,9	10,0	11,8	5,4	14,3	14,0	9,1	8,5	9,5	12,2	11,7
Mauricius	19,1	13,9	18,3	11,8	13,1	13,6	15,6	15,8	12,3	–	12,5	15,1	14,2	13,2	14,9	12,5
Moldávie	31,0	33,9	30,4	34,0	31,2	32,2	34,1	28,9	30,8	32,5	33,8	24,7	26,9	28,0	29,0	26,8
Německo	18,6	18,6	18,2	18,2	17,4	16,4	15,5	14,9	14,9	15,1	15,6	15,7	14,8	15,4	15,5	14,7
Nizozemsko	12,2	12,1	12,6	12,0	12,0	12,6	12,2	10,9	11,4	12,0	12,7	12,7	13,3	14,4	13,8	13,8
Norsko	18,2	18,0	15,6	16,2	15,6	15,3	16,4	14,0	14,1	16,5	15,1	16,8	14,0	14,1	14,7	14,4
Nový Zéland	20,1	20,5	19,5	19,1	19,1	19,1	19,0	18,1	18,3	18,5	18,0	17,2	18,3	16,8	.	.
Polsko	26,4	26,7	26,1	26,0	26,9	26,7	25,5	23,0	24,9	28,3	27,9	27,0	27,8	27,0	25,7	23,4
Portugalsko	7,5	10,6	17,1	15,8	–	–	–	12,5	13,3	13,5	13,6	13,0	14,0	13,1	14,9	.
Rakousko	28,4	26,2	28,4	25,4	25,3	24,0	22,4	21,6	20,7	20,9	20,8	20,6	20,4	19,4	20,1	18,8
Rumunsko	21,4	20,8	23,7	22,1	21,0	19,8	20,6	18,1	18,4	19,9	20,8	19,5	20,3	19,2	17,7	17,7
Rusko	69,2	69,4	66,3	62,3	58,7	54,9	50,6	48,1	44,7	44,0	39,0	36,0	34,1	33,5	31,1	29,0
Řecko	5,1	4,8	4,2	5,1	4,6	5,1	5,1	4,3	4,8	5,2	5,2	6,2	6,7	7,1	7,3	6,9
Singapur	13,7	12,7	12,0	13,0	12,7	14,8	13,1	11,7	11,8	12,9	10,4	10,4	12,5	12,5	12,3	10,7
Slovensko	23,3	22,7	23,9	24,9	21,1	21,9	–	–	18,5	19,7	19,4	–	17,8	18,9	16,6	.
Slovinsko	43,6	45,1	41,6	41,9	34,3	36,6	38,2	30,1	28,8	30,6	29,3	29,7	30,5	30,6	27,1	27,3
Srbsko	27,2	26,1	26,3	25,2	24,3	24,7	24,9	23,4	22,2	24,3	21,4	21,6	22,2	21,5	20,2	18,9
Španělsko	11,7	10,8	11,2	11,3	11,1	10,5	10,0	9,6	10,4	10,3	9,4	9,1	10,0	10,8	10,8	9,8
Švédsko	16,8	17,4	18,1	16,1	17,3	17,1	16,4	16,3	17,1	17,7	16,4	15,5	15,7	16,4	14,7	16,0
Švýcarsko	25,8	24,6	25,1	21,5	21,4	22,1	20,9	21,9	20,1	19,3	16,5	17,0	16,6	16,9	.	.
Ukrajina	51,6	47,8	45,6	44,9	41,4	39,2	36,5	36,7	34,3	35,2	33,1	32,3	32,4	–	30,0	29,0
Velká Británie	–	10,8	10,6	10,1	10,4	9,9	10,3	10,2	10,5	10,5	10,1	10,7	10,9	11,7	11,3	11,2

Zdroj: WHO 2020, vlastní výpočty

Příloha 11: Standardizovaná míra sebevraždy v období 2000–2015, vybrané země, ženy (na 100 tis. obyvatel)

1/2

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Austrálie	5,1	5,1	5,0	4,6	4,2	–	4,6	4,9	4,6	4,8	4,7	5,0	5,5	5,5	5,8	6,0
Belgie	10,8	10,0	10,0	9,6	9,1	9,3	9,1	8,8	9,1	9,2	9,2	9,7	8,6	8,4	8,7	8,5
Bělorusko	8,6	8,3	8,9	9,1	–	–		7,6	8,0	8,4	6,7	6,4	–	5,5	4,7	·
Bulharsko	7,4	7,0	6,5	5,8	5,2	5,1	4,3	4,7	4,6	3,9	4,0	3,1	3,9	3,0	3,2	·
Česko	5,8	5,4	5,3	5,8	4,7	4,8	4,2	3,6	4,2	3,7	4,1	4,1	4,3	4,6	4,6	4,2
Dánsko	6,2	6,9	5,7	5,0	6,4	5,4	5,7	5,6	5,9	4,3	5,0	4,7	5,1	4,9	4,7	5,2
Estonsko	10,0	9,4	8,5	7,5	7,0	5,8	5,7	4,8	6,3	5,3	4,5	4,6	4,5	4,7	5,5	4,1
Finsko	10,5	9,5	9,6	9,1	9,0	9,6	8,9	8,5	8,3	9,5	8,1	7,0	7,5	7,6	6,6	·
Francie	8,5	8,2	8,6	8,2	8,6	8,2	8,0	7,5	7,5	7,5	7,4	7,1	6,4	6,3	5,8	·
Chorvatsko	9,2	7,9	8,0	6,7	8,1	7,9	7,7	6,7	6,2	5,5	6,5	6,2	6,1	5,2	6,7	6,7
Island	6,2	5,9	6,2	4,8	6,5	6,6	7,1	4,5	7,5	4,6	6,5	3,2	6,9	8,2	6,5	5,9
Itálie	2,9	2,7	2,6	2,7	2,6	2,5	2,3	2,3	2,4	2,3	2,2	2,3	2,5	2,5	2,5	2,3
Izrael	3,0	2,4	2,9	2,4	2,8	3,7	2,6	1,9	1,6	2,6	2,4	2,3	2,2	2,1	2,2	1,8
Japonsko	10,7	10,4	10,3	10,9	10,4	10,6	10,8	11,2	11,1	11,0	10,8	11,7	10,2	10,0	9,6	8,8
Jižní Korea	8,5	9,0	11,5	14,2	14,9	15,9	13,5	16,9	17,1	20,2	18,9	17,9	15,7	14,9	13,8	13,2
Kanada	5,0	5,1	4,9	5,1	5,2	5,1	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·
Kazachstán	10,2	9,1	9,0	9,4	9,0	8,1	8,5	8,8	9,2	8,6	7,5	7,1	6,6	7,8	6,5	6,1
Kuvajt	1,1	0,5	1,1	–	–	–	–	0,8	0,9	1,3	0,6	0,7	1,4	0,6	1,1	·
Kypr	–	–	–	–	0,5	1,3	1,8	1,0	2,5	1,5	1,8	1,0	0,4	1,1	2,6	2,0
Kyrgyzstán	4,8	3,8	5,2	3,7	3,3	3,6	4,0	4,5	4,0	3,4	4,0	3,8	4,7	3,4	3,7	3,2
Litva	15,6	13,8	11,5	12,6	12,8	11,6	9,6	8,5	9,5	9,2	9,5	10,1	8,7	10,6	7,8	8,8
Lotyšsko	9,9	9,1	10,2	8,4	7,0	7,7	5,2	6,3	6,7	7,0	4,2	5,1	5,0	4,6	5,3	5,7
Lucembursko	6,6	8,6	9,3	3,6	6,1	3,9	7,4	9,7	2,9	4,2	4,0	5,9	4,0	5,0	4,8	6,2

Příloha 11: Standardizovaná míra sebevraždnosti v období 2000–2015, vybrané země, ženy (na 100 tis. obyvatel)

2/2

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maďarsko	12,6	10,8	10,1	9,7	10,1	9,2	9,4	8,6	8,6	8,8	8,5	8,7	8,2	7,7	6,9	7,0
Severní Makedonie	4,6	3,9	5,0	3,9	5,6	3,9	3,9	4,2	4,2	3,9	3,1	2,9	4,6	3,0	.	.
Malta	3,2	3,4	3,6	1,5	4,4	0,9	2,2	0,3	1,0	1,5	0,7		2,7	0,5	2,7	3,4
Mauricius	4,8	6,2	4,7	4,1	3,6	3,9	4,7	4,7	1,9	–	3,4	3,4	3,9	2,3	3,8	4,1
Moldávie	4,4	5,5	5,6	4,7	5,1	5,2	5,1	4,1	5,4	4,9	5,0	3,7	5,4	4,6	4,2	4,7
Německo	5,6	5,6	5,7	5,6	5,1	5,0	4,7	4,4	4,4	4,4	4,7	4,6	4,8	4,8	4,8	5,0
Nizozemsko	5,8	5,3	5,7	5,4	5,5	5,6	5,4	4,5	4,9	5,0	5,2	5,6	6,1	5,8	6,3	6,2
Norsko	5,7	6,1	5,7	5,5	7,3	7,3	6,0	6,1	6,4	6,5	6,5	6,6	5,6	6,9	5,6	6,9
Nový Zéland	4,2	5,9	6,9	6,8	5,3	6,1	6,3	5,3	6,2	5,2	6,6	5,1	6,3	6,5	.	.
Polsko	4,7	4,1	4,7	4,2	4,3	4,3	3,9	3,7	3,7	4,3	3,8	3,4	3,6	3,8	3,7	3,3
Portugalsko	1,6	2,7	4,2	4,1	–	–	–	3,9	3,4	3,1	3,8	3,3	2,9	3,3	4,2	.
Rakousko	8,9	8,1	7,3	7,8	6,8	6,8	5,5	5,9	5,8	5,7	5,6	6,0	5,1	6,0	5,8	5,2
Rumunsko	4,2	3,6	4,4	4,2	3,6	3,7	3,8	3,6	3,5	3,2	3,7	3,1	3,0	3,1	2,6	2,7
Rusko	10,6	10,5	10,4	9,6	9,3	8,5	8,1	8,3	7,9	7,4	6,6	6,3	6,1	5,6	5,2	5,1
Řecko	1,3	0,8	1,0	1,1	1,0	1,3	1,1	0,9	1,0	0,9	0,6	1,3	1,4	1,7	1,8	1,7
Singapur	6,6	7,2	7,8	7,1	7,4	6,7	7,5	7,3	5,9	5,9	4,9	5,6	7,0	5,2	4,7	5,2
Slovensko	4,7	3,9	3,4	3,6	3,8	3,2	–	–	2,7	1,9	3,0	–	2,3	2,7	2,6	.
Slovinsko	13,4	10,3	9,1	10,0	11,9	8,9	9,2	7,9	6,6	7,3	6,1	6,6	6,3	6,3	4,6	6,6
Srbsko	10,0	8,8	8,2	7,8	7,6	8,7	8,5	7,8	8,0	7,8	5,9	6,8	6,1	6,1	5,5	5,5
Španělsko	3,3	3,0	3,3	3,3	3,3	3,1	2,8	3,0	2,8	2,7	2,5	2,6	2,9	3,4	3,5	3,3
Švédsko	6,7	7,2	6,4	6,8	6,4	7,8	7,8	6,6	6,3	7,1	5,9	6,3	6,5	6,9	6,9	6,4
Švýcarsko	9,3	9,0	10,4	9,1	9,3	8,7	9,4	9,1	9,3	6,2	6,2	5,8	6,0	6,0	.	.
Ukrajina	8,6	7,2	7,2	7,1	6,1	5,8	5,7	5,4	5,6	5,8	5,3	5,6	5,7	–	5,6	5,3
Velká Británie	–	2,9	3,0	2,9	3,1	3,1	2,9	2,9	2,9	2,8	2,9	2,9	2,7	2,9	3,1	3,4

Zdroj: WHO 2020, vlastní výpočty

Příloha 12: Vývoj indexu mužské nadúmrtnosti na sebevraždy v období 2000–2015, vybrané země

1/2

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Austrálie	3,8	3,8	3,7	3,6	3,9	–	3,4	3,2	3,6	3,3	3,4	3,2	3,0	3,0	3,1	3,1
Belgie	2,7	3,0	2,7	2,9	2,9	2,9	2,8	2,7	2,8	2,7	2,7	2,6	2,9	2,7	2,5	2,5
Bělorusko	7,5	7,2	6,7	6,9	–	–	–	6,1	5,7	5,5	6,5	6,0	–	6,1	6,7	·
Bulharsko	3,2	3,2	3,6	3,3	3,4	3,3	4,1	3,3	3,5	4,0	3,8	4,7	4,0	4,5	4,1	·
Česko	4,3	4,6	4,4	4,5	5,1	4,9	5,0	5,8	4,9	5,9	5,3	5,8	5,5	4,9	4,6	4,6
Dánsko	3,1	2,6	3,1	3,4	2,6	2,9	2,8	2,5	2,4	3,7	2,7	3,1	3,2	2,9	3,2	2,4
Estonsko	4,4	5,1	5,4	5,6	5,8	5,8	5,0	6,5	4,6	6,3	6,0	5,8	6,3	5,5	5,3	5,9
Finsko	3,1	3,7	3,2	3,3	3,3	2,7	3,3	3,2	3,5	2,9	3,2	3,6	3,1	3,0	3,2	·
Francie	3,1	3,0	2,9	3,1	2,9	3,0	3,0	3,0	3,1	3,1	3,1	3,3	3,3	3,4	3,3	·
Chorvatsko	3,8	3,7	3,6	4,4	3,5	3,5	3,2	3,7	4,1	4,7	3,7	3,4	4,2	4,5	3,3	3,4
Island	4,8	3,2	2,2	3,0	2,7	2,5	2,0	4,1	2,2	3,9	3,4	4,4	2,3	2,6	2,9	3,0
Itálie	3,3	3,5	3,8	3,5	3,6	3,4	3,6	3,7	3,6	3,8	4,0	4,2	3,9	3,7	3,6	3,7
Izrael	3,7	4,7	3,5	5,0	3,7	2,7	3,4	4,4	5,5	3,5	4,8	4,1	4,7	3,9	3,7	4,0
Japonsko	2,9	2,9	3,0	3,0	3,0	3,0	2,8	2,8	2,7	2,9	2,8	2,4	2,6	2,6	2,5	2,6
Jižní Korea	2,6	2,7	2,6	2,7	2,6	2,4	2,5	2,1	2,1	2,1	2,3	2,4	2,4	2,5	2,6	2,6
Kanada	3,5	3,5	3,6	3,4	3,2	3,3	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·
Kazachstán	5,8	6,5	6,2	5,9	6,1	5,8	5,7	5,5	4,9	5,0	5,3	5,2	5,3	4,8	5,1	5,0
Kuvajt	1,1	2,8	1,5	–	–	–	–	1,6	1,2	1,0	1,7	1,4	1,0	2,2	1,5	·
Kypr	–	–	–	–	2,9	2,4	1,8	3,6	3,2	3,8	3,8	6,0	19,2	8,0	2,7	3,7
Kyrgyzstán	5,0	6,8	4,7	5,7	5,7	5,0	4,0	3,6	4,2	4,3	4,3	4,1	3,7	4,2	3,8	4,1
Litva	5,3	5,7	7,1	6,0	5,5	5,9	5,7	6,4	6,2	6,7	5,8	5,4	5,9	5,7	6,7	5,6
Lotyšsko	5,8	5,8	4,8	5,4	6,0	5,4	7,3	5,4	6,0	5,7	8,7	7,1	7,3	6,9	5,9	5,4
Lucembursko	3,2	2,6	3,0	4,8	3,2	4,2	2,5	2,2	4,5	3,2	4,0	2,2	3,3	1,6	3,6	2,3

Příloha 12: Vývoj indexu mužské nadúmrtnosti na sebevraždy v období 2000–2015, vybrané země

2/2

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maďarsko	4,0	4,2	4,3	4,4	4,1	4,3	3,9	4,3	4,3	4,2	4,4	4,1	4,2	3,9	4,0	3,7
Severní Makedonie	2,3	3,2	2,2	2,7	2,3	2,7	3,4	2,8	2,9	3,2	2,6	3,2	2,5	4,1	.	.
Malta	2,8	3,5	1,5	5,4	1,5	8,6	4,5	40,4	5,2	9,8	20,0	–	3,1	19,9	4,5	3,4
Mauricius	4,0	2,2	3,9	2,9	3,6	3,5	3,3	3,4	6,3	–	3,7	4,5	3,7	5,7	4,0	3,1
Moldávie	7,1	6,1	5,4	7,2	6,1	6,2	6,7	7,0	5,7	6,7	6,7	6,7	5,0	6,1	6,9	5,7
Německo	3,3	3,3	3,2	3,3	3,4	3,3	3,3	3,4	3,4	3,4	3,3	3,4	3,1	3,2	3,2	3,0
Nizozemsko	2,1	2,3	2,2	2,2	2,2	2,2	2,3	2,4	2,3	2,4	2,5	2,3	2,2	2,5	2,2	2,2
Norsko	3,2	2,9	2,7	2,9	2,1	2,1	2,7	2,3	2,2	2,6	2,3	2,5	2,5	2,0	2,6	2,1
Nový Zéland	4,8	3,4	2,8	2,8	3,6	3,1	3,0	3,4	2,9	3,5	2,7	3,4	2,9	2,6	.	.
Polsko	5,6	6,5	5,5	6,2	6,3	6,2	6,5	6,2	6,7	6,5	7,4	7,8	7,7	7,1	7,0	7,0
Portugalsko	4,7	3,9	4,1	3,9	–	–	–	3,2	3,9	4,3	3,6	4,0	4,9	3,9	3,5	.
Rakousko	3,2	3,2	3,9	3,3	3,7	3,5	4,1	3,7	3,6	3,7	3,7	3,4	4,0	3,2	3,5	3,6
Rumunsko	5,1	5,8	5,4	5,2	5,9	5,4	5,4	5,0	5,2	6,3	5,6	6,3	6,8	6,2	6,9	6,5
Rusko	6,5	6,6	6,4	6,5	6,3	6,5	6,2	5,8	5,7	5,9	6,0	5,7	5,6	6,0	6,0	5,7
Řecko	3,8	6,2	4,2	4,6	4,5	4,0	4,6	4,7	4,8	6,1	8,3	4,7	4,7	4,1	4,2	4,1
Singapur	2,1	1,8	1,5	1,8	1,7	2,2	1,7	1,6	2,0	2,2	2,1	1,9	1,8	2,4	2,6	2,1
Slovensko	4,9	5,8	6,9	7,0	5,5	7,0	–	–	6,8	10,5	6,4	–	7,6	6,9	6,5	.
Slovinsko	3,3	4,4	4,6	4,2	2,9	4,1	4,2	3,8	4,3	4,2	4,8	4,5	4,8	4,9	5,9	4,1
Srbsko	2,7	3,0	3,2	3,2	3,2	2,8	2,9	3,0	2,8	3,1	3,6	3,2	3,6	3,5	3,7	3,5
Španělsko	3,5	3,6	3,4	3,4	3,4	3,4	3,6	3,2	3,7	3,8	3,8	3,5	3,5	3,2	3,1	3,0
Švédsko	2,5	2,4	2,8	2,4	2,7	2,2	2,1	2,5	2,7	2,5	2,8	2,5	2,4	2,4	2,1	2,5
Švýcarsko	2,8	2,7	2,4	2,4	2,3	2,5	2,2	2,4	2,2	3,1	2,7	2,9	2,8	2,8	.	.
Ukrajina	6,0	6,6	6,3	6,3	6,7	6,7	6,5	6,8	6,1	6,1	6,2	5,7	5,7	–	5,4	5,5
Velká Británie	–	3,7	3,6	3,5	3,3	3,2	3,6	3,6	3,6	3,8	3,5	3,7	4,0	4,1	3,6	3,3

Zdroj: WHO 2020, vlastní výpočty

