

Universita Karlova v Praze

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

**Kabinet veřejného zdravotnictví 3.  
lékařské fakulty University Karlovy  
v Praze**

**Petr Nécid**

**Prevence sebepoškození u hospitalizovaných  
pacientů v ČR**

*Self-harm prevention in inpatients*

*Diplomová práce*

Praha, 2010

Autor práce: Petr Necid

Studijní program: Všeobecné lékařství

Vedoucí práce: MUDr. David Marx, PhD.

Pracoviště vedoucího práce:  
Kabinet veřejného zdravotnictví 3. lékařské  
fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Rok obhajoby 2010

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 10. června 2010

Petr Necid

## **Poděkování**

Na tomto místě bych rád poděkoval vedoucímu diplomové práce MUDr. Marxovi, Mgr. Petrovi z ÚVN Praha a všem vrchním sestřám, které vyplnily dotazníky při dotazníkovém šetření.

# Obsah

<b>1. SOUHRN</b> .....	<b>6</b>
<b>2. SUMMARY</b> .....	<b>7</b>
<b>3. ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>4. LITERÁRNÍ REŠERŠE</b> .....	<b>9</b>
4.1. SEBEPOŠKOZENÍ .....	9
4.1.1. Riziko sebepoškození.....	10
4.2. SEBEVRAŽDA.....	10
4.2.1. Riziko spáchání sebevraždy.....	11
4.2.2. Možné příčiny sebevražd hospitalizovaných pacientů .....	12
4.3. NÁSLEDKY SEBEPOŠKOZENÍ A SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ.....	12
4.4. PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ.....	14
4.4.1. Strategie v prevenci sebepoškození .....	14
4.4.3. Odhad rizika .....	15
4.4.4. Rizikové faktory.....	19
4.4.4.1. Redukce rizikových faktorů.....	20
4.4.5. Preventivní opatření na oddělení.....	20
4.4.6. Hospitalizace sebepoškozujících se dětí.....	22
4.4.7. Monitorování rizika v nemocnici.....	23
4.4.8. Programy prevence sebevražd.....	23
4.4.8.1. Vybrané ukázky národních strategií v prevenci sebevražd.....	24
4.4.8.1.1. Finsko.....	24
4.4.8.1.2. Skotsko.....	24
4.4.8.1.3. Estonsko.....	25
4.4.8.1.4. Německo.....	25
4.4.8.1.5. Dánsko.....	26
4.4.8.2. Ukázka soukromé strategie v prevenci sebepoškození.....	26
4.4.8.2.1. Sentinel Event policy.....	26
<b>5. PREVENCE SEBEPOŠKOZENÍ U HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ</b> .....	<b>28</b>
5.1. CÍL PRÁCE.....	28
5.2. MATERIÁL A METODIKA.....	28
5.3. VÝSLEDKY.....	28
5.3.1. Charakteristika souboru.....	28
5.3.2. Vyhodnocení návratnosti dotazníků.....	28
5.3.3. Rozdělení zařízení dle počtu a typu lůžek.....	29
5.3.4. Lékaři, zdravotní sestry .....	29
5.3.5. Proškolení nelékařského personálu v zacházení s rizikovými pacienty.....	29
5.3.6. Proškolení nelékařského personálu v zásadách první pomoci.....	29
5.3.7. Směrnice a hlášení mimořádných událostí.....	30
5.3.8. Technické zabezpečení zkoumaných psychiatrických zařízení.....	30
5.3.9. Sebevraždy.....	30
5.3.10. Sebepoškození.....	31
5.3.11. Výskyt sebevražd vzhledem k počtu lůžek a druhu zařízení.....	31
5.3.12. Výskyt sebepoškozujícího chování (jiného druhu než sebevražda) vzhledem k druhu zařízení a počtu lůžek.....	32
5.3.13. Hodnocení a monitorování pacientů.....	33
<b>6. DISKUSE</b> .....	<b>34</b>
<b>7. ZÁVĚR</b> .....	<b>36</b>
<b>8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	<b>37</b>
<b>9. PŘÍLOHY</b> .....	<b>38</b>
9.1. SEZNAM PŘÍLOH.....	38

## 1. Souhrn

Cílem této diplomové práce je prozkoumání situace prevence sebepoškození u hospitalizovaných pacientů. Práce je založena na anonymním dotazníkovém průzkumu ve vybraných psychiatrických zařízeních.

Pouze 50 % zařízení má vnitřní směrnici zabývající se detekcí rizikových pacientů a další práce s nimi. 88 % zařízení má vnitřní systém hlášení mimořádných událostí. Technické zabezpečení je v mnoha zařízeních na vysoké úrovni, v některých je úroveň nižší, pravděpodobně vlivem finanční náročnosti. Pouze 2 zařízení používají škály k hodnocení přijatých pacientů, pouze 50 % zařízení hodnotí rizika sebepoškození u přijímaných pacientů. Ve 100 % zařízeních došlo ve sledovaném období k sebepoškození. 17 % zařízení nevedlo počet sebevražd v jejich zařízeních a 42 % zařízení nevedlo počet sebepoškození.

Z výsledků je vidět pozitivní trend v posilování role prevence sebepoškození a zvyšování úrovně bezpečnosti na jednotlivých pracovištích. Ze získaných dat také vyplývá, že ne všechna zařízení věnují prevenci dostatečnou pozornost, v některých zařízeních chybí přesná evidence sebepoškození, sebevražd. Je potřeba vytvoření systémového řešení prevence sebepoškození, které v současné době chybí. Vytvoření jednotných pravidel a norem, které by byly závazné pro všechna pracoviště by mohli přispět ke zvýšení bezpečnosti a dát pacientům jistotu rovnocenných podmínek na jakémkoliv pracovišti, kdekoliv v České republice.

## **2. Summary**

The aim of this diploma work is to explore tactics which would help serve as a preventive measure from inpatients inflicting self-harm. This work was conducted in selected psychiatric departments throughout the Czech Republic by using an anonymous questionnaire investigation.

Only fifty percent of the departments have internal guidelines for detection of at risk patients. Eighty-eight percent of departments have an internal system for reporting extraordinary events. Many of these departments have advanced technical equipment, but there are still some departments with technical equipment at lower levels, probably due to the high costs associated. Only two departments are using scales for evaluation of admitting patients. Fifty percent of the departments evaluate risks of self-harm for admitting patients. Self-harm was present in all departments in this study; seventeen percent of departments did not report any number of suicide attempts and forty two percent of the departments did not report any number of the self-harm attempts.

The results are showing a positive trend in the role of prevention, as well as increasing the safety level within individual departments. The data are also showing that not all of departments are taking sufficient measures to ensure prevention. Clear evidence of self-harm and suicide attempts is missing in some departments. Today it is necessary that this issue is resolved by the creation of an efficient self-harm prevention system, which currently does not exist. A set of central rules and "norms" that are required by every department should be created. These rules and norms should act to guarantee for patients that every department is safe anywhere throughout the Czech Republic.

### **3. Úvod**

Každá nemocnice by měla být bezpečným útočištěm pro všechny pacienty a zároveň bezpečným pracovním prostředím.

Cílem této diplomové práce je prozkoumání situace prevence sebepoškození u hospitalizovaných pacientů na vybraných psychiatrických zařízeních v České republice. Měla by sloužit jako přehled současné situace, zmapovat používaná řešení a pomoci k další práci v této oblasti.



## 4. Literární rešerše

### 4.1. Sebepoškození

Při sebepoškození se jedná o „sebe-otrávení nebo sebe-zranění“ bez ohledu na zřejmý účel jednání. <sup>10</sup>

Většina lidí, kteří se sebepoškodí, prohlašuje, že nezažívá bolest a udává důvody jako zlost na sebe nebo ostatní, uvolnění napětí a přání zemřít. U velké většiny z nich je klasifikována osobnostní porucha a jsou signifikantně více introvertní, neurotičtí a agresivní než kontrolní skupina. Užívání alkoholu a jiných látek je časté a většina z nich má zkušenost se spácháním sebevraždy.<sup>5</sup>

Sebepoškozování (automutilace) u některých povahových abnormit nebo u těžších depresí a schizofrenie. K projevům sebepoškozování patří např. přikládání hořící cigarety k vlastní pokožce, autokastrace, vypichování očí, amputace prstů.<sup>1</sup>

Závažnou formou jsou stereotypní automutilační (sebepoškozující) pohyby, jako je tlučení hlavou do zdi, poplácávání obličeje, štouchání do očí, kousání rukou, rtů nebo jiných částí těla. Toto sebepoškozující chování může způsobit vážná, opakovaná zranění. Objevuje se zejména u jedinců s těžšími stupni mentální retardace.<sup>2</sup>

Lidé s poruchou učení: pro ty kteří pracují s lidmi trpícími poruchou učení je termín sebepoškozování roven sebezraňování, které zahrnuje: tlučení hlavou, škrábání nehty. Vyskytuje se u 17 – 24% lidí trpících poruchou učení, častěji u žen a dívek, u těch, které trpí komunikačními problémy, nízkým IQ a určitými genetickými poruchami:

Výskyt sebepoškozujícího chování je relativně nízký v časném dětství, ale výrazně stoupá se začátkem adolescence. Ačkoliv se zdá, že u starých lidí se sebepoškození nevyskytuje tak často, tak následky takového jednání jsou mnohem vážnější.

Odhaduje se, že každý pátý starší člověk, který se sebepoškodí, jednou spáchá sebevraždu.<sup>10</sup>

#### **4.1.1. Riziko sebepoškození**

Studie ukazují, že 4% všech pacientů v psychiatrických nemocnicích se samo pořezává; poměr ženy - muži je 3 : 1. Incidence sebepoškození u psychiatrických pacientů je odhadem 50 krát vyšší než u běžné populace. Sebepoškození se vyskytuje zhruba u 30 % všech závislých na orálních látkách a 10 % všech uživatelů intravenozních látek přijatých na oddělení léčby těchto závislostí. Tito pacienti jsou obvykle ve věku kolem 20 let a možná svobodní nebo ženatí. Většinou se řežou jemně, nepořežou se vážně, obvykle v soukromí holicí čepelkou, nožem, rozbitým sklem nebo zrcadlem. Nejčastěji na zápěstí, pažích, stehnech a nohách; obličej, prsa a břicho jsou pořezány výjimečně.<sup>5</sup>

#### **4.2. Sebevražda**

Sebevražda je většinou definována jako vědomé a záměrné chování, které je vedeno s cílem ukončit vlastní život. Nejpodstatnějším rysem sebevraždy je dobrovolnost, vědomost.<sup>13</sup>

V současné době se staví do popředí příčin sebevražd představa akutních nebo chronických zátěžových situací, které mohou potkat každého, nebo lehčích depresivních a zkratkových reakcí, kterých je ovšem o mnoho více než psychotických stavů.<sup>3</sup>

Specifické jsou sebevraždy adolescentů. Univerzální charakteristiky pro sebevraždy adolescentů jsou neschopnost sloučit řešení problémů a nedostatky ve zvládnání strategií k vypořádání se s okamžitými stresory. Proto je menší možnost výběru možností, jak se vypořádat s vracejícími se rodinnými

neshodami, odmítnutím, nebo selhání, které přispívají k rozhodnutí spáchat sebevraždu.<sup>6</sup>

#### **4.2.1. Riziko spáchání sebevraždy**

Pacient může spáchat sebevraždu i během hospitalizace v nemocnici. Podle jednoho průzkumu, okolo 1 % všech sebevražd bylo spácháno pacienty, kteří byli léčeni v nemocnici, ale roční úhrn sebevražd v psychiatrickým nemocnicích je pouze 0,003 %.<sup>5</sup>

U psychiatrických pacientů je riziko spáchání sebevraždy 3 – 12 krát vyšší než u zdravé populace. Psychiatrická diagnóza s nejvyšším rizikem sebevražd, o obou pohlaví, je porucha nálad. Malé, ale významné množství psychiatrických pacientů, kteří spáchají sebevraždu, tak učiní v průběhu hospitalizace. Většina z nich se nezabije na psychiatrickém oddělení, ale na pozemcích nemocnice, když jsou na procházce nebo mají víkendovou propustku a nebo se vzdálí bez propustky. Pro obě pohlaví je nejrizikovější první víkend hospitalizace, po 3 – 5 týdnech je riziko stejné jakou nehospitalizované populace. Epidemie sebevražd hospitalizovaných pacientů mají sklon být asociovány s periodami ideových změn na oddělení, dezorganizace a demoralizace personálu. U pacientů propuštěných z nemocnice je období po propuštění nejrizikovější.<sup>4</sup>

U malých dětí je riziko spáchání sebevraždy specifické. Malé dítě je stěží schopno vytvořit a realizovat realistický sebevražedný plán. Zdá se, že kognitivní nezralost hraje protektivní roli v prevenci dětí, které si přejí být mrtvé pomocí spáchání sebevraždy.

Riziko spáchání dokonané sebevraždy u adolescentních chlapců je 5 krát vyšší než u dívek, ačkoliv množství sebevražedných pokusů je alespoň 3 krát častější u adolescentních dívek než chlapců. Sebevražedná idea u

adolescentů není statický fenomén, může se měnit s časem (stoupat a klesat v čase = wax and wane with time). Rozhodnutí k spáchání sebevraždy může být impulsivní bez předběžného uvážení nebo to může být rozhodnutí vzniklé na základě dlouhodobé rozvahy.<sup>6</sup>

#### **4.2.2. Možné příčiny sebevražd hospitalizovaných pacientů**

- 1) prostředí péče: nedostatečné testování nerozbitnosti technického vybavení; nedostatečné zabezpečení, atd.
- 2) metody hodnocení pacientů: nesprávný odhad rizika sebevražedného chování při příjmu, chybějící nebo nekompletní přehodnocení a nekompletní vyšetření pacientů (např. selhání při identifikaci zakázaných věcí)
- 3) faktory týkající se personálu, např.: nekompletní oprávnění k hodnocení nebo posuzování a nedostatečné úrovně zaměstnanců
- 4) neúplná nebo nedostatečná observace pacienta
- 5) faktory vztažené k informovanosti, např.: nedostatečná komunikace mezi poskytovateli péče a informace nepřístupné, když jsou potřeba.
- 6) plán péče, například nesprávné zařazení pacienta na nesprávné oddělení.<sup>12</sup>

### **4.3. Následky sebepoškození a sebevražedného jednání**

Sebevraždy jsou tragickými událostmi způsobujícími nesmírný zármutek příbuzným, vrstevníkům a profesionálním ošetřovatelům. Taková událost sebou nese obzvláště silný emocionální náboj, vzhledem k tomu, že psychiatrické oddělení by mělo být bezpečné útočiště před destruktivními následky duševních chorob. Sebevraždy spáchané v době hospitalizace způsobují dodatečné právní problémy pro poskytovatele

zdravotních služeb; nejčastější soudní žaloby vůči zařízením poskytující psychiatrické služby se týkají selhání v ochraně pacienta před sebepoškozením<sup>8</sup>. Zhruba u poloviny sebevražedných pokusů spáchaných během hospitalizace dojde k soudnímu procesu. Soudy nevyžadují nulový výskyt sebevražd, ale periodické hodnocení pacientů z hlediska sebevražedného rizika, formulace léčebného plánu s vysokou úrovní bezpečnosti a personálem plněný léčebný plán.<sup>5</sup>

Psychologický, sociální a finanční dopad sebevraždy na rodinu a společnost je neměřitelný. Jedna sebevražda ovlivní průměrně přinejmenším šest lidí. Pokud se objeví ve škole nebo na pracovišti tak ovlivní stovky lidí. Kromě přímé ztráty života se objevuje psychické trauma rodiny, přátel a ztráta ekonomické produktivity pro společnost. Přímé náklady odrážejí léčbu a hospitalizaci následující po sebevražedném pokusu a nepřímé náklady reprezentují potenciální ztrátu životního příjmu vzhledem k sebevraždě přidružené nezpůsobilosti a předčasné smrti.<sup>9</sup>

Bez ohledu na záměr, může sebepoškození vést k dlouhotrvajícím zdravotním problémům nebo k handicapu; sebepoškození je spojeno s přímými a nepřímými náklady, je velmi obtížné odhadnout cenu léčby pro sebepoškozující se pacienty, protože je příliš různorodá podstata sebepoškození a protože je málo důkazů o efektivnosti léčby. Nedávné studie způsobů sebevražd naznačují, že lidé, kteří přežijí závažný sebevražedný pokus pomocí léků, mají nižší průměrnou délku života. Např.: v prospektivní studii zahrnující 302 lidí, kteří za sebou mají závažný sebevražedný pokus, 1 z 11 zemřel během následujících let, téměř 60 % úmrtí sebevraždou a vyšší úmrtnost na následky dopravní nehody než se očekávalo.<sup>10</sup>

Je velice málo studií zabývajících se zvládním stresu personálem pracujícím na psychiatrickém oddělení. Na pracovišti, kde již vládne napjatá atmosféra, zvýší pacientova sebevražda úroveň stresu. Spitzer a Burke vyjmenovali mnoho symptomů přítomných u personálu následně po kritickém incidentu, včetně kognitivní poruchy s neschopností rozhodovat se i zlostí, podrážděností, paranoií, lhostejností, pocitem viny a depresí. Personál rovněž popisoval psychické problémy jako kolapsy a bolesti hlavy po smrti pacienta, který byl v jejich péči. Blythe a Pearlmutter namítají, že pacientova bezpečnost během hospitalizace je důležitá, ale je nepřiměřené předpokládat neomezenou zodpovědnost personálu za pacientův život.<sup>8</sup>

#### **4.4. Preventivní opatření**

Při práci v prevenci sebevražd si musíte být vědomi, že není důležité zlepšit pouze racionální znalosti, ale je důležité pracovat i s nevědomými představami a přístupy v prevenci sebevražd. Tento druh práce je velmi důležitý v budování cesty při rozvoji programů prevence sebevražd, ve kterých vědecké, klinické a praktické znalosti týkající se prevence sebevražd mohou být sděleny.<sup>9</sup>

##### **4.4.1. Strategie v prevenci sebepoškození**

Strategie prevence sebepoškození by měla zahrnovat identifikaci a snížení možnosti přístupu k sebevražedným prostředkům (ruční zbraně, toxické substance, atd.); zlepšení zdravotnického servisu a dostupnost podpůrných a rehabilitačních prostředků pro osoby se sebevražedným chováním; zlepšení diagnostických postupů a následné léčby; zvýšení povědomí pracovníků ve zdravotnictví o jejich vlastních stanoviscích a různých tabu vůči prevenci sebevražd a mentálním chorobám; vybídnutí k výzkumu v oblasti prevence sebevražd,

povzbuzení v kolekci dat týkajících se sebevražd a vyhýbání se duplikace statistických dat.<sup>9</sup>

#### **4.4.3. Odhad rizika**

Motivace: sebevražedný záměr je stupeň, který vyjadřuje míru přání jedince zemřít v době jejího spáchání. Tuto míru je obtížné odhadnout, protože mnoho lidí je ambivalentní a protože ohlášený záměr se může zcela a rychle změnit. Nejvíce užívaný standardizovaný nástroj je Škála sebevražedného úmyslu, která odhaduje okolnosti skutku (jako plánování a pokus vyhnout se záchraně) a ohlášený úmysl zemřít. Sebevražedný záměr je pozitivně (ale slabě) asociován s medicínsky závažným činem. Použití hodnocení rizika pro pacienty po sebepoškození má za účel předpovědět pravděpodobnost, že osoba, která se sebepoškodila bude takové jednání opakovat, buď s fatálním nebo bez fatálních následků. Kromě toho, jednou odhadnuté riziko by mělo vést k naplánování opatření redukující toto riziko. Množství charakteristik je užito k předpovědi rizika opakování nebo eventuální sebevraždy po epizodě sebepoškození. Spadají do třech kategorií:

1) charakteristiky sebepoškozujícího činu: například jeho medicínská závažnost, užití násilné metody, důkaz o plánování nebo učinění opatření k zabránění záchraně; záměr a zvolená metoda.

2) charakteristika osobnosti: například duševně chorý; psychologické atributy jako beznaděj; věk; pohlaví; kriminalita.

3) poměry jedince: například sociální třída, fyzické onemocnění; nedávná ztráta blízkého nebo ostatní příčiny sociální izolace.

Standardizované míry rizika: založené na těchto rizikových faktorech se vyskytují ve dvou formátech: kombinace demografických a klinických rizikových faktorů, které jsou identifikovány při rozhovoru a zaznamenány do dotazníku nebo

individuální psychologické charakteristiky (jako je beznaděj nebo deprese), ty jsou identifikovány pomocí dotazníku, který vyplňuje sám subjekt. Nejčastěji užívané a zmiňované v literatuře zabývající se prevencí sebevražd jsou:

- Risk of Repetition Scale (6 položek; Buglass & Horton, 1974)
- Edinburgh Risk of Repetition Scale (11 položek; Kreitman & Foster, 1991)
- Suicide Assessment Checklist (21 položek; Rogers et al., 1994)
- Suicide Assessment Scale (20 položek; Stanley et al., 1986)
- SAD PERSONS (10 položek; Patterson et al., 1983)
- Suicide Intent Score (21 položek ; Beck et al., 1974a)
- Modified Intent Score (12 položek; Pierce, 1977)
- Hopelessness Scale (21 položek; Beck et al., 1974b).

Mohou škály rizika předpovědět sebevraždu? Jeden z důvodů, proč využívat odhad rizika, je možnost zaměřit se na ty jedince, u kterých je vysoké riziko opakování sebevraždy a poskytnout jim specializovanější péči. Škály by měly rozlišit jedince s nízkým a vysokým rizikem. Škály k předpovědi mají velmi nízkou prediktivní schopnost, protože absolutní riziko sebevraždy je velmi nízké. Odhad rizika se proto jeví být užitečný nástroj k identifikaci malé skupiny velmi rizikových lidí – to je lidí, kteří mají neobvykle vysoké relativní riziko budoucího sebepoškození nebo sebevraždy – zatímco je příliš nepřesný pro užití jako vyhledávací metody dovolující zacílit na ty jejichž riziko je nad určitým prahem.

Kdo by měl provádět ohodnocení rizika? Směrnice DHSS z roku 1984 potvrdila, že odhad a plánování následné péče by mělo být prováděno jiným personálem než jsou psychiatři – sociální pracovníci, psychiatrické sestry například – za předpokladu, že mají odpovídající trénink a dozor. Množství studií ukázalo, že obsah a kvalita jejich odhadu jsou porovnatelné s



těmi dělanými mladými a nezkušenými lékaři. To vede k tomu, že mnoho týmů pro odhad sebepoškození, nyní zahrnují do svých týmů sociální pracovníky a zdravotní sestry.

Trénink odhadu rizika by měli podstoupit všichni zdravotničtí profesionálové, včetně mladých psychiatrů, sociálních pracovníků a psychiatrických sester, kteří provádí psychosociální odhad lidí, kteří se sebepoškodili, by měli být řádně trénováni a vedeni, aby prováděli odhad potřeb a rizika speciálně pro lidi, kteří se mohou sebepoškodit.<sup>10</sup>

Pacienti, kteří se zabili, mohou vykazovat sebevražedné úmysly před spácháním sebevraždy. Busch a jeho kolegové si všimli, že 78 % odmítlo sebevražedné myšlenky před spácháním sebevraždy; Deisenhammer a jeho kolegové zjistili, že 40,9 % pacientů nevykazovali žádné sebevražedné myšlenky. Kromě toho, Fawcett a jeho kolegové identifikovali sebevražedné myšlenky více u pacientů, kteří se nezabili v porovnání k těm kteří si vzali život. Nicméně Powell a jeho kolegové identifikovali sebevražedné myšlenky a pokusy sebepoškození jako nejvíce prediktivní rizikový ukazatel v jejich studii zahrnující 112 hospitalizovaných pacientů, kteří spáchali sebevraždu.

Několik výzkumníků se pokoušelo předpovědět sebevraždu hospitalizovaných pacientů za použití identifikovaných rizikových faktorů. Powell a jeho kolegové identifikovali 5 prediktivních faktorů. Nicméně při revizi sebevražedných pokusů ze svých dat zjistili, že pouze 2 z 97 pacientů, kteří spáchali sebevraždu, měli prediktivní riziko sebevraždy větší než 5 %. Sebevraždy u hospitalizovaných pacientů nejsou časté a obecně předpověditelné události. Ačkoliv studie identifikovali rizikové faktory, tak možnosti jejich užití k efektivnímu předpovídání spáchání sebevraždy během hospitalizace jsou omezené. Nicméně některé nálezy zahrnující diagnózy asociované se

sebevraždou během hospitalizace, způsoby spáchání sebevraždy, místa, rizikové periody a incidence jsou stálé a proto můžeme vylepšit vedení hospitalizace psychiatrických pacientů. Sebevražedný potenciál může být přítomen již na začátku hospitalizace, ale naše schopnosti stanovit sebevražedné riziko jsou malé. Faktory spojující se se sebevraždami v běžné populaci se jeví odlišně od těch, které jsou spojené se sebevražedným jednáním u hospitalizovaných pacientů. Ačkoliv schopnost předpovědět, kdo spáchá sebevraždu, je nízká, máme možná opatření k redukci rizika.<sup>8</sup>

Pardoxně důvodem spáchání sebepoškození je snaha o uchování života. Profesionálové mají někdy problém porozumět tomuto konceptu. Proto závěry o důvodu takového jednání by neměly být dělány na základě předchozího způsobu sebepoškození; každé jednání musí být posuzováno odděleně, k určení motivace, která k němu vedla. Selhání v tomto může vyústit v nepochopení důvodů jednání a jeho špatné interpretaci, kterou může pacient shledávat pohrdavou nebo odsuzující. A to může vést k zničení terapeutického vztahu i snížení pravděpodobnosti pomoci, když bude dotyčná osoba ve vysokém nebezpečí spáchání sebevraždy nebo sebepoškození. Lidé, kteří se sebepoškodí, proto aby si ulevili od stresu (např. pořezáním se), mohou být přinuceni to dělat z důvodů zvládnání situace a jako preventivní strategii proti spáchání sebevraždy. Jsou náchylní k opakování sebepoškození dokud neobdrží vhodnou a dostatečnou psychoterapeutickou intervenci a podporu. Hledání motivace a souvisejících rizikových faktorů vychází ze dvou hlavních zdrojů: dotaz pacienta při rozhovoru o jejich motivaci se sebepoškodit (obvykle zaznamenaný do dotazníku). Rozhovor i dotazník mají svoje limity v získávání informací, protože specifický důvod k spáchání sebepoškození je pro každou osobu

velmi individuální a stejná osoba se může sebepoškodit při různých příležitostech z různých příčin.<sup>10</sup>

#### **4.4.4. Rizikové faktory**

Nejčastěji ohlášená rizika pro nefatální opakování sebepoškození: předchozí epizoda sebepoškození; psychiatrická anamnéza, hospitalizace na psychiatrii; současná nezaměstnanost; nižší sociální třída; problémy s alkoholem nebo drogami; antisociální osobnost; beznaděj; závažný sebevražedný záměr. Stojí za to zmínit, že tyto rizikové faktory se odlišují od nejčastěji uváděných rizikových faktorů u dokončených sebevražd, ale je zde samozřejmě přesah. Nejčastěji uváděné faktory pro sebevraždu jsou: vyšší věk; mužské pohlaví; předchozí pokus; psychiatrická anamnéza, hospitalizace na psychiatrii; nezaměstnanost; špatné fyzické zdraví; žijící sám (sama); lékařská závažnost jednání – obzvláště sebepoškození na hranici úmrtí; beznaděj; pokračující závažný sebevražedný záměr. Je důležité si povšimnout chybění historie sexuálního zneužívání, historie fyzického zneužívání a současná nebo minulá zkušenost s domácím násilím, z rizikových faktorů uvedených výše, které jsou odvozené z rizikových faktorů uváděných v současně dostupné literatuře o rizikových faktorech. Nicméně literatura o účinku sexuálního zneužívání dětí a domácího násilí uvádí tyto faktory jako rizikové pro sebepoškození a sebevraždu.<sup>10</sup>

Sebevražedné riziko u hospitalizovaných pacientů je specifické. Mnoho faktorů asociovaných se sebevraždou v běžné populaci, jako látková závislost, svobodný stav, nezaměstnanost, nebo žít osamotě nejsou důsledně asociovány se sebevraždou hospitalizovaných pacientů. Nicméně ostatní faktory asociované se sebevraždou v běžné populaci se jeví asociované také se sebevraždami hospitalizovaných pacientů. Chronické mentální

onemocnění zahrnující poruchy nálady a psychotické poruchy jsou nejvíce prediktivními rizikovými faktory pro sebevraždu hospitalizovaných pacientů. Mezi další signifikantní faktory patří předchozí epizody sebepoškozujícího chování, předchozí sebevražedné pokusy jsou také významnými prediktory.<sup>8</sup>

#### **4.4.4.1.Redukce rizikových faktorů**

Organizace se zkušeností se sebevražedným chováním doporučují následující redukční strategie:

- 1) revizi hodnocení sebevražedného chování/přezkoumání postupů (např.: používání standardizovaných postupů)
- 2) aktualizace modelu personálního zajištění
- 3) rozšíření pracovního zaměření/vzdělání vztažené k sebevražedným rizikovým faktorům
- 4) aktualizace metod a postupů observace pacienta
- 5) monitorace důslednosti realizace metod a postupů observace pacienta
- 6) revize postupů prohlídky přinesených věcí a zahrnutí rodiny a přátel do tohoto procesu
- 7) nalezení, odstranění nebo náhrada rozbitného technického vybavení
- 8) revize hmotnosti rozbitých částí technického vybavení
- 9) přeprojektování, dodatečná montáž nebo uvedení bezpečnostních opatření (např. zamykací mechanismy, monitory, alarmy)
- 10) revize způsobů předávání informací
- 11) zavedení edukace pro rodiny/přátele týkající se sebevražedných rizikových faktorů.<sup>12</sup>

#### **4.4.5. Preventivní opatření na oddělení**

Podle Shneidmana mají klinici několik praktických preventivních opatření pro vypořádání se se sebevražednou

osobou: redukce psychologické bolesti modifikací pacientova stresujícího prostředí, získat podporu manželky, zaměstnavatele, přátel; vytvořit reálnou podporu na základě zjištění legitimacy pacientovy stížnosti; nabídnout alternativní řešení místo sebevraždy. Konstantní obseravace speciálními sestrami, izolace nebo omezení nemohou zabránit sebevraždě pokud se pacient již pevně rozhodl. Sebevražedný pacient by měl být léčen na uzavřeném oddělení, kde jsou nerozbitná okna a pacientův pokoj je vedle stanice sester pro lepší možnost intenzivního sledování. Léčebný tým musí stanovit do jaké míry budou opatření vůči pacientovi restriktivní, zdali bude pacient sledován neustále přímým dohledem nebo budou kontroly pouze pravidelné. Měla by být zahájena rázná léčba antidepresivy.<sup>5</sup>

John Oldham, M.D., ředitel Státního psychiatrického institutu New York v New York City zdůrazňuje, že dobrá péče o pacienty je první krok v prevenci sebevražd. Organizace by také měly zhodnotit prostředí, kde poskytují péči, aby se ujistily, že pacienti nemají přístup k předmětům, které by je mohly zranit. Oldham doporučuje, aby zařízení podnikly následující kroky:

- 1) ujistěte se, že předměty, které by mohly pacienty v zařízení zranit, jsou řádně označeny (např.: instalování vhodných sprchovacích hlavic, madel ve sprchách a na záchodech, která nepůsobí tak, že by mohla být použita takovému účelu; nenechávejte nezajištěné dveře, tak aby je šlo zavřít; nedávejte pacientům přístup k ostrým nástrojům ani jiným věcem, které by mohly pacienty případně poškodit, jako čisticí prostředky, atd.)
- 2) vytvořte profesionální praktické pokyny, které budou nápomocné při medikaci, dávkování a vhodné kombinaci léků v léčbě stavů, které vedou k riziku sebevražd

3) věnujte obzvláštní pozornost pacientům, kteří mají více diagnóz, které v kombinaci mohou zvyšovat riziko sebevraždy (např.: kombinace deprese a zneužívání návykových látek)

4) ustanovte pravidla o povoleních a privilegiích pro pacienty, kteří jsou v riziku spáchání sebevraždy (např.: speciální pozornost, když má pacient svou první samostatnou vycházku na aktivity v zařízení nebo výlet mimo zařízení).

William Trucker, M.D., ředitel Ústředí psychiatrických služeb pro mentálně postižené, vládní kancelář New York v New York City, říká, že organizace by měly odhadovat stupeň rizika sebevraždy při příjmu s cílem umístit pacienty s vysokým rizikem pod stálý dozor. Zaměstnanci, kteří se starají o servis na jakékoli úrovni observace pacienta by měli alespoň jednou během směny dotázat na úmysl spáchat sebevraždu a častěji pokud je pozitivní odezva na dotaz nebo je vysoké podezření. „Vyhnutí se tzv. dohodě s pacientem o tom, že nespáchá sebevraždu.“ „Také udržujte vysokou úroveň podezření pokud je přítomen neklid pacienta nebo se symptomy paradoxně zlepší.“<sup>12</sup>

#### **4.4.6. Hospitalizace sebepoškozujících se dětí**

Názory na hospitalizaci sebepoškozujících se dětských pacientů jsou odlišné. Někteří autoři se hospitalizaci vyhýbají a argumentují tím, že hospitalizace oslabuje odpovědnost pacienta za vlastní sebepoškozující se chování. Hospitalizace je indikována tehdy, když se u pacienta vedle sebepoškozování projevuje další psychopatologie (např. poruchy příjmu potravy, závislost na návykových látkách, deprese) a když jsou přítomny zároveň projevy sebepoškozujícího a suicidálního chování. Hospitalizace vyžaduje práci se zkušeným týmem, neboť sebepoškozující se pacienti mají často „manipulativní“ projevy a někdy bývá pro odborný tým nesnadné tyto projevy zvládat. Uvádí se, že sebepoškozující se pacient se typicky spojuje s mladším nebo

osamoceným členem týmu, uvádí různé informace a údaje různým terapeutům, vzbuzuje v terapeutech obavy, pocity viny a zlost. Proto je třeba, aby personál uměl zacházet s protipřenosem.<sup>7</sup>

#### **4.4.7. Monitorování rizika v nemocnici**

Mnoho studií zhodnotilo asociaci monitorování pacienta se sebevraždou v průběhu hospitalizace. To zahrnovalo konstantní dozor prováděný personálem nebo kontroly personálem prováděné v krátkých intervalech. Busch a kolegové uvádí 9 pacientů ze 45, kteří spáchali sebevraždu, byli monitorováni každých 30 minut nebo byli viděni personálem během 30 min. , 9 bylo kontrolováno každých 15 minut nebo pozorováno přinejmenším 15 minut před spácháním sebevraždy a 4 byli pozorováni nepřetržitě. Powell a kolegové našli 25 pacientů (26 %), kteří spáchali sebevraždu, byli na formálním monitorování sestrami a 2 byli nepřetržitě monitorováni v době smrti. Pro pacienty, které považujeme za vysoce rizikové, se doporučuje přímý a individuální dozor během hospitalizace. Sebevraždy na uzavřeném oddělení nejsou časté v porovnání s pacienty, kteří jsou mimo oddělení. Významné množství pacientů bylo v době spáchání sebevraždy mimo oddělení, protože z oddělení utekli. Těmto sebevraždám lze zabránit omezením možnosti pacientů opouštět svévolně oddělení.<sup>8</sup>

#### **4.4.8. Programy prevence sebevražd**

Jako odpověď na tento vážný veřejný zdravotní problém, bylo vynaloženo značné úsilí v mnoha zemích v oblasti prevence sebevražd. WHO vytvořila a obnovuje soupis národních strategií prevence sebevražd v evropských členských státech WHO. Prevence sebevražd a pokusů o sebevraždu vyžaduje přístup veřejného zdravotnictví. Náklady na sebevraždy jsou tak velké,

že to vyžaduje převzetí zodpovědnosti vládou respektive ministerstvem zdravotnictví. Programy k prevenci sebevražd by měly zahrnovat specifické intervence pro rozdílné rizikové skupiny, včetně úkolů pro různé sektory (školství, pracovní trh, sociální záležitosti, atd) a měli by být řádně vyhodnoceny. Pracovníci ve zdravotnictví, speciálně na akutních příjmech, by měli být speciálně vyškoleni v identifikaci sebevražedného rizika a měly by aktivně spolupracovat s psychiatrickými zařízeními. Výchova zdravotnických profesionálů i veřejnosti by měla začít co nejdříve a měla by se zaměřit na rizika i protektivní faktory. Jsou potřeba metodicky orientované výzkumy a vyhodnocení v oblasti prevence sebevražd.<sup>9</sup>

#### **4.4.8.1. Vybrané ukázky národních strategií v prevenci sebevražd**

##### *4.4.8.1.1. Finsko*

Národní strategie prevence sebevražd ve Finsku (1986-1996) byla zrealizována v celé zemi s opatřeními pro lokální, regionální a národní provedení. Strategie zahrnuje vzdělávání veřejnosti, zlepšení přístupu do psychiatrických zařízení, krizové intervence, redukce přístupu k sebevražedným prostředkům, trénink zdravotnických profesionálů, trénink v uvědomění si komorbiditních faktorů, monitorace sebevražedných pokusů a registrace jedinců, kteří vyžadují preventivní zásah. Program zahrnuje jednání profesionálů, sociálních služeb a statutárních orgánů, ale ne specificky pozůstalých.

##### *4.4.8.1.2. Skotsko*

„Zvol život“ je národní strategie a plán prevence sebevražd ve Skotsku (2002). Má za cíl redukovat počet sebevražd o 20% do roku 2013. Národní síť byla vytvořena z lokálních obecních úřadů, policie, ambulancí, pohotovostních služeb, vězeňských



zařízení a klíčových nevládních organizací. Program se zaměřuje na tři klíčové cíle.

1. dosáhnout koordinované akce zaměřené na prevenci sebevražd ve zdravotnických zařízeních, sociálních službách, edukačních, ubytovacích, policejních, sociálních a zaměstnaneckých službách.
2. rozvinutí multi-profesionální tréninkové programy k vytvoření kapacity pro podporu prevence sebevražd
3. poskytování finanční podpory pro místní komunity a sousedskou intervenci

#### *4.4.8.1.3. Estonsko*

Plán prevence sebevražedného chování v Estonsku je zaměřen na detailní rozvržení různých strategií pro specifické cílové skupiny a specifické cíle, programy, načasování, kategorie zodpovědných lidí, očekávané výsledky, rizika, atd. Plán předpokládá vytvoření národního centra s oficiálním mandátem a fondy na koordinování a rozvoj prevence sebevražd v zemi. Monitorování sebevražedných pokusů a zaznamenávání jedinců se zvýšeným rizikem sebevražedného chování, kteří vyžadují preventivní intervenci jsou začleněny jako klíčové elementy plánu.

#### *4.4.8.1.4. Německo*

Německý národní program prevence sebevražd (2003) je pozoruhodný svou šíří pracovních skupin, administrativních agentur a federálních zastřešujících institucí. Program zahrnuje: edukaci veřejnosti, krizovou intervenci, prevenci sebevražedného chování u dětí a mladistvých, prevenci sebevražd na pracovištích, omezení přístupu k sebevražedným nástrojům, vyhledávání a léčba deprese a souvisejících stavů a práce se specifickými psychiatrickými onemocněními, trénink zdravotnických profesionálů a školení v komorbiditních faktorech. Speciální

pracovní skupiny jsou vyhrazeny pro závislé na návykových látkách a rizikových populací, také pro přeživší a pozůstalé. Práce s médii je rovněž náplní programu.

#### *4.4.8.1.5. Dánsko*

Prevence sebevražd mezi adolescenty, Dánsko vytvořilo vzdělávací program, který má prvotní pilotní projekty ve školách a ostatních vzdělávacích institucích. Učitelé, mladí zaměstnanci, duchovenstvo, lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, atd jsou do tohoto projektu zahrnuti.<sup>9</sup>

### **4.4.8.2. Ukázka soukromé strategie v prevenci sebepoškození**

#### *4.4.8.2.1. Sentinel Event policy*

Sentinel Event je definována Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) jako jakákoliv neočekávaná událost ve zdravotnickém systému vyústující ve smrt, psychologické zranění pacienta nebo pacientů, a která není ve vztahu k přirozenému průběhu pacientovy nemoci. Kromě těchto událostí zahrnuje ještě specifické události, např. sebevraždu v době hospitalizace nebo během 72 hodin po propuštění z hospitalizace. Sentinel Events pomáhají JCAHO v kořenové analýze příčin a pomáhají v rozvoji preventivních nástrojů. JCAHO vede databázi těchto událostí, aby se ujistila, že jsou správně analyzovány a nevhodné trendy nebo poklesy ve výkonech jsou včas zachyceny a zmírněny. Kromě toho JCAHO požaduje po každé akreditované organizaci, aby definovala svoje specifické Sentinel Events (mimořádné události), monitorovala je a s výsledky zpracovala pro kořenovou analýzu. Příčinné faktory jsou analyzovány se zaměřením na systém a jeho procesy, ne na individuální projevy. Je vytvořen akční plán, který obsahuje

návrhy na zlepšení s cílem snížit pravděpodobnost opětovného opakování. <sup>11</sup>

Od doby, kdy před dvěma lety Joint Commission zavedla svou Sentinel Event Policy, obdržela akreditační komise Joint Commission 65 případů týkajících se sebevražd hospitalizovaných pacientů. Byla provedena kořenová analýza pro každý případ zvlášť. Nejvíce sebevražd se objevilo v psychiatrických odděleních (34), následovaly všeobecné nemocnice (27) a zařízení domácí péče (4). Z případů ve všeobecných nemocnicích se 14 stalo na psychiatrických odděleních těchto nemocnic, 12 na chirurgických odděleních a pohotovosti. V 75 % těchto případů byla metodou sebevraždy oběšení v koupelně, ložnici nebo na záchodě. 20 % sebevražd bylo spácháno skokem z okna nebo střechy.

## **5. Prevence sebepoškození u hospitalizovaných pacientů**

### **5.1. CÍL PRÁCE**

Cílem této práce je zjištění a zmapování současného stavu preventivních opatření v rámci prevence sebepoškození, sebevražd na vybraných psychiatrických pracovištích.

### **5.2. MATERIÁL A METODIKA**

Práce je založena na anonymním dotazníkovém průzkumu ve vybraných psychiatrických zařízeních. Okruhy otázek v dotazníku jsou zaměřeny na orientační popis daného zařízení jako je např. velikost, personálnímu zajištění, technické vybavení oddělení, povinnosti zaměstnanců a specifické procesy a postupy. Další dotazy jsou věnovány vyhodnocení incidence jevů spojených s prevencí a výskyt sebepoškození a sebevražd na daných odděleních za posledních 5 let a vybraných preventivních opatření. Vzor dotazníku je uveden v příloze.

### **5.3. Výsledky**

#### **5.3.1. Charakteristika souboru**

Dotazníky byly odeslány do většiny psychiatrických zařízení v České republice. Dotazníky byly adresovány do rukou vrchních sester daného oddělení. Vyplnění dotazníků bylo dobrovolné.

#### **5.3.2. Vyhodnocení návratnosti dotazníků**

Celkem bylo odesláno 58 dotazníků. S odpovědí se vrátilo 28 (48%) dotazníků. K vyhodnocení bylo vhodných 25 (43 %) dotazníků. 3 dotazníky nebyly vyhodnoceny, protože byly vyplněny jen částečně. Celkově neodpovědělo 52 % oslovených subjektů (30 dotazníků); (viz. tab. 1 v příloze).

### **5.3.3. Rozdělení zařízení dle počtu a typu lůžek**

Z celkového počtu 25 hodnocených zařízení bylo 18 zařízení pouze pro dospělé, 3 pouze pro děti a 3 smíšené a 1 pouze s ambulantní částí. Z 18 zařízení pouze pro dospělé byly 4 (16 %) zařízení s počtem lůžek větším než 70, 6 (24 %) zařízení s počtem lůžek 50 – 70 a 8 (32 %) zařízení s počtem lůžek do 50-ti. 1 ambulantní zařízení bez možnosti hospitalizace; (viz. tab. 2 v příloze).

### **5.3.4. Lékaři, zdravotní sestry**

Rozdělení zařízení dle personálního obsazení: z hodnoceného počtu 24 zařízení bylo 15 (63 %) zařízení s dostatečným počtem lékařů a 9 (38 %) zařízení s nedostatečným počtem lékařů. Z 22 hodnocených zařízení bylo 16 (67 %) zařízení s dostatečným počtem zdravotních sester a 6 (25 %) zařízení s nedostatečným počtem zdravotních sester; (viz. tab. 3 v příloze).

### **5.3.5. Proškolení nelékařského personálu v zacházení s rizikovými pacienty**

Z celkového počtu 24 hodnocených zařízení bylo 24 (100 %) zařízení s proškoleným personálem. Z toho bylo ve 22 (92 %) zařízeních prováděno školení teoretické a kromě toho 13 (54 %) zařízení provádělo i školení praktické. 100 % zařízení ověřuje stav znalostí. Z toho 6 (25 %) zařízení ověřuje znalosti testově, 11 (46 %) prakticky; (viz. tab. 4 v příloze).

### **5.3.6. Proškolení nelékařského personálu v zásadách první pomoci.**

23 (96 %) zařízení provádí proškolení v první pomoci, 2 (8%) pouze při nástupu, 16 (67 %) 1 x ročně a 5 (21 %) zařízení 1 x za dva roky; (viz. tab. 4 v příloze).

### **5.3.7. Směrnice a hlášení mimořádných událostí**

Z celkového počtu 24 hodnocených zařízení má 12 (50 %) zařízení vnitřní směrnici, která se zabývá detekcí rizikových pacientů a další práce s nimi. 21 (88 %) zařízení používá systém hlášení mimořádných událostí (v rámci lokálního informačního systému); (viz. tab. 5 v příloze).

### **5.3.8. Technické zabezpečení zkoumaných psychiatrických zařízení**

Z celkového počtu 24 zařízení má 15 (63 %) zařízení oddělení technicky zabezpečené proti sebepoškození. 6 (25 %) zařízení má nerozbitná zrcadla, 14 (58 %) zařízení má nerozbitná skla v oknech na oddělení, 17 (70 %) zařízení má možnost odblokování dveří na WC, 14 (58 %) zařízení má zabezpečené elektrické zásuvky, 7 (29 %) zařízení má možnost volného otevírání oken na pokojích, v 15-ti (62 %) zařízeních otvírá okna na pokojích pouze personál, 6 (25 %) zařízení má možnost volného otevírání oken na oddělení, v 16-ti (67 %) zařízeních otvírá okna na pokojích pouze personál. 10 (42 %) zařízení má kamerový systém na oddělení; (viz. tab. 6 v příloze).

### **5.3.9. Sebevraždy**

Z celkového počtu 24 hodnocených zařízení za období 2005 – 2009 bylo 7 (29 %) zařízení bez spáchané sebevraždy, ve 4 (17 %) zařízeních byla spáchána 1 sebevražda, 2-3 sebevraždy v 7 (29 %) zařízeních, 4 a více sebevražd ve 3 (13 %) zařízeních. Nejčastější způsoby: oběšení v 9 (36 %) zařízeních a skokem z výšky také v 9 (36 %) zařízeních. V jednom zařízení došlo k otravě léky. Ve třech zařízeních došlo k otravě jinou látkou. Tři zařízení nesledují sebevraždu jako samostatný ukazatel; (viz. tab. 7 v příloze).

### 5.3.10. Sebepoškození

Z celkového počtu 24 zařízení nebylo ani jedno zařízení, kde by nedošlo k sebepoškození v období 2005 - 2009. Ve 2 (8 %) zařízeních zaznamenaly za sledovaný časový úsek pouze 1 případ sebepoškození. V 9 (36 %) zařízeních došlo k 2 - 5 případům sebepoškození, ve 4 zařízeních došlo k 10 a více případům sebepoškození. 10 zařízení neuvedlo počet případů sebepoškození za sledované období. V 18-ti zařízeních došlo k pořezání, v 5-ti k popálení, ve 3 k skoku z výšky a ve dvou k otravě návykovými látkami; (viz. tab. 8 v příloze).

### 5.3.11. Výskyt sebevražd vzhledem k počtu lůžek a druhu zařízení

Z celkového počtu 3 zařízení v kategorii **zařízení s lůžky pro děti i dospělé** byla hodnocena 2 zařízení, ve kterých spáchalo **20 pacientů** sebevraždu ve sledovaném období (2005 - 2009).

Z celkového počtu 3 zařízení v kategorii **zařízení s lůžky pouze pro děti** byla hodnocena 3 zařízení a pouze v jednom došlo ke spáchání sebevraždy, sebevraždu ve sledovaném období spáchali **3 pacienti**.

Z celkového počtu 18 zařízení v kategorii **zařízení s lůžky pouze pro dospělé** bylo hodnoceno 15 zařízení a v 11 zařízeních došlo ke spáchání sebevraždy, kterou ve sledovaném období spáchalo **33 pacientů**.

Z celkového počtu 8 zařízení v kategorii **zařízení pouze pro dospělé s méně než 50-ti lůžky** bylo hodnoceno 7 zařízení a v 6 došlo ke spáchání sebevraždy, sebevraždu ve sledovaném období spáchalo **23 pacientů**.

Z celkového počtu 6 zařízení v kategorii **zařízení pouze pro dospělé s 50 - 70-ti lůžky** bylo hodnoceno 6 zařízení a ve

3 došlo ke spáchání sebevraždy, sebevraždu ve sledovaném období spáchalo **5 pacientů**.

Z celkového počtu 4 zařízení v kategorii **zařízení pouze pro dospělé s více než 70-ti lůžky** byla hodnocena 4 zařízení a ve 2 došlo ke spáchání sebevraždy, sebevraždu ve sledovaném období spáchalo **5 pacientů**.

Celkem bylo v zařízeních pouze pro dospělé evidováno 33 sebevražd v období 2005 – 2009.

#### **5.3.12. Výskyt sebepoškozujícího chování (jiného druhu než sebevražda) vzhledem k druhu zařízení a počtu lůžek**

Z celkového počtu 3 zařízení v kategorii **zařízení s lůžky pro děti i dospělé nebylo možné hodnotit žádné zařízení**.

Z celkového počtu 3 zařízení v kategorii **zařízení s lůžky pouze pro děti** byla hodnocena 2 zařízení a ve 2 došlo k sebepoškození, sebepoškození spáchalo ve sledovaném období (2005 – 2009) **16 pacientů**.

Z celkového počtu 18 zařízení v kategorii **zařízení s lůžky pouze pro dospělé** bylo hodnoceno 11 zařízení a v 11 zařízeních došlo k sebepoškození, které ve sledovaném období (2005 – 2009) spáchalo **80 pacientů**.

Z celkového počtu 8 zařízení v kategorii **zařízení pouze pro dospělé s méně než 50-ti lůžky** bylo hodnoceno 5 zařízení a v 5 došlo ke spáchání sebepoškození u **52 pacientů**.

Z celkového počtu 6 zařízení v kategorii **zařízení pouze pro dospělé s 50 - 70-ti lůžky** byla hodnocena 4 zařízení a ve 4 došlo ke spáchání sebepoškození u **12 pacientů**.

Z celkového počtu 4 zařízení v kategorii **zařízení pouze pro dospělé s více než 70-ti lůžky** byla hodnocena 3 zařízení a ve 3 došlo ke spáchání sebepoškození u **7 pacientů**.



Celkem bylo v zařízeních pouze pro dospělé evidováno 80 případů sebepoškození v období 2005 – 2009.

#### **5.3.13. Hodnocení a monitorování pacientů**

Z celkového počtu 24 zařízení má 19 (79 %) speciální místnost na příjem pacientů, 12 (50 %) provádí hodnocení rizika sebepoškození u přijímaných pacientů, 2 (13 %) používají pro hodnocení škály a 7 (29 %) zařízení používá jiný způsob hodnocení. 21 (86 %) zařízení kontroluje oblečení a věci přinesené pacienty do nemocnice, 20 (83 %) zařízení má seznam zakázaných věcí, 21 (88 %) zařízení provádějí kontrolu věcí donesených návštěvami. 15 (63 %) zařízení monitoruje pacienty na WC, 15 (63 %) zařízení monitoruje pacienty ve sprchách, 20 (83 %) zařízení monitoruje pacienty na pokoji a 13 (54 %) zařízení monitoruje pacienty i jinde; (viz. tab. 9 v příloze).

## 6. Diskuse

1)Návratnost dotazníků: Potěšující je fakt, kolik vrchních sester se rozhodlo do tohoto projektu zapojit. To by mohlo svědčit o zájmu o danou problematiku a snahu o zlepšování nebo i nepřímé pomoci jiným zařízením, která nemusejí mít tak dobrý přístup k nejnovějším trendům a postupům. Předávání informací mezi jednotlivými pracovišti rovněž přispívá k zvyšování kvality pracovního prostředí a potažmo i bezpečnosti.

2)Personální zajištění: pouze 63 % zařízení uvádí, že má dostatek lékařů a pouze 67 % zařízení má dostatek zdravotních sester. To je v souladu se špatnou situací v celém zdravotnictví v České republice. Nedostatek personálu zvyšuje pracovní zátěž, míru stresu, snižuje možnost odpočinku personálu v důsledku častých přesčasů, atd. Ve výsledku může vést k chybám v pracovních postupech a zvyšovat pravděpodobnost vzniku mimořádné situace. Řešení je v kompetenci ministerstva zdravotnictví.

3)Proškolení nelékařského personálu v zacházení s rizikovými pacienty a v postupech první pomoci dosahuje 100 % hodnot.

4)Pouze 50 % zařízení má vnitřní směrnici zabývající se detekcí rizikových pacientů a další práce s nimi. 88 % zařízení má vnitřní systém hlášení mimořádných událostí. Bylo by vhodné, kdyby na hlášení o mimořádné situaci navazoval specifický postup vedoucí k jejímu řešení a prevenci opakování a kdyby byly tyto mimořádné události vhodně vyhodnoceny, popsány, včetně řešení a následků, a vytvořily tak vhodný zdroj informací pro prevenci nově vzniklých situací.

5)technické zabezpečení je v mnoha zařízeních na vysoké úrovni (42 % zařízení má kamerový systém, řada zařízení používá nerozbitná okna, zrcadla, atd). Pravděpodobným limitním faktorem, který brání masovému rozšíření, je finanční náročnost

některých technologií. Některé prvky by se měly stát standardním vybavením všech zařízení pracujících s rizikovými pacienty, např. nerozbitná skla, zrcadla, kamerový systém.

6) monitorace a kontrola pacienta: pouze 2 zařízení používají škály, pouze 50 % zařízení hodnotí rizika sebepoškození u přijímaných pacientů (hodnocení vychází z anamnézy, pokud nepoužívají škály) . Dle doporučení řady expertů jsou to základní opatření při práci s rizikovými pacienty a nejen pro vlastní práci, ale i pro případné soudní řešení vzniklých situací.

7) Počty udaných případů sebevražd a sebepoškození potvrzují, že ačkoliv jde o jevy nepříliš časté, tak je potřeba s nimi počítat a ačkoliv jim nelze úplně zabránit je potřeba se snažit jejich výskyt minimalizovat. 29 % zařízení dokonce udává ve sledovaném období nulový výskyt sebevražd. Ve 100 % zařízeních došlo ve sledovaném období k sebepoškození. Nejčastější způsob sebepoškození bylo pořezání, shodně s údaji v literatuře. Nejčastější udávaný způsob sebevraždy bylo oběšení a skok z výšky. 17 % zařízení neuvedlo počet sebevražd v jejích zařízeních a 42 % zařízení neuvedlo počet sebepoškození. Není udáno, zda tak učinili proto, že tyto informace nemají nebo je nechtěli/nemohli zveřejnit. K přesnějšímu vyhodnocení by bylo potřeba detailní vyhodnocení získaných informací. Sledování a zaznamenávání sebepoškození, sebevražd by mělo patřit mezi základní sledované prvky.

Získané informace z dotazníků nebyly ověřovány a proto nelze učinit přesné závěry o celkové situaci v prevenci pouze na základě těchto dat.

## **7. Závěr**

Z výsledků je vidět pozitivní trend v posilování role prevence sebepoškození a zvyšování úrovně bezpečnosti na jednotlivých pracovištích (kamerové systémy, systémy hlášení mimořádných událostí, školení nižšího zdravotnického personálu, používání nerozbitných oken, zrcadel, režimy dozoru nad pacienty, atd). Ze získaných dat také vyplývá, že ne všechna zařízení věnují prevenci dostatečnou pozornost, chybí přesná evidence sebepoškození, sebevražd. V některých zařízeních neevidují sebevraždy ani sebepoškození a vyskytl se i případ, kdy na daném pracovišti považovali sebepoškození a sebevraždu za nevyhnutelný následek duševních onemocnění (to byla naštěstí jenom výjimka). Ale i ta ukazuje na potřebu vytvoření systémového řešení, které v současné době chybí. Vytvoření centrálně daných pravidel a norem, které by byly závazné pro všechna pracoviště a dávaly by pacientům jistotu bezpečnosti na jakémkoliv pracovišti, kdekoliv v České republice.

## 8. Seznam použitých zdrojů:

1., 2., 3. Jiří Raboch, Petr Zvolský et al.: Psychiatrie, Galén, první vydání, 2001, ISBN 80-7262-140-8, str. 103(1), 328 (2), 529 (3)

4., 5., 6. Kaplan H., I.; Sadock B., J.; Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry; 8. edice, USA, Williams and Wilkins, 1998, ISBN 0683-30330-9; str. 864 (4), 869 - 872 (5), 1250-1252 (6)

7. Kocourková J., Koutek J.; Sebevražedné chování; 1. vydání, Praha, Portál, 2003, ISBN 80-7178-732-9, str. 77

8. Heidi Combs, Sharon Romm; Psychiatric Inpatient Suicide: A Literature Review; Primary psychiatry.2007;14 (12); 67-74

9. Suicide prevention; WHO European Ministerial Conference of Mental Health; Helsinki, Finland; 12 - 15 January 2005; 15.12.2009 dostupné z: <http://www.euro.who.int/document/MNH/ebrief07.pdf>

10. Self-harm: The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care; Clinical guideline; July 2004; Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health<sup>16</sup>; ISBN: 1-84257-692-5; 15.12.2009; dostupné z: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG016NICEguideline.pdf>

11. Sentinel Event from Wikipedia, the free encyclopedia, červen 2010 - dostupné z: [http://en.wikipedia.org/wiki/Sentinel\\_event](http://en.wikipedia.org/wiki/Sentinel_event)

12. The Joint Commission; Sentinel Event Alert, November 03, 1998; Inpatient Suicides: Recommendations for Prevention, červen 2010; dostupné z: [http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea\\_7.htm](http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_7.htm)

13. PhDr. Michaela Peterková; Sebevražda; červen 2010, dostupné z: <http://www.sebevrazda.psychoweb.cz/>

## **9. Přílohy**

### **9.1. Seznam příloh**

- 1) Dotazník
- 2) Tabulky k výsledkům
- 3) Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)
- 4) Sad persons scale (Quick and Easy Assessment)
- 5) Suicidal assessment
- 6) Beck Suicide Intent Scale



8. Je oddělení technicky zabezpečené proti možnosti spáchání sebepoškození? ano  ne

9. Jsou na oddělení nerozbitná zrcadla? ano  ne

10. Jsou na oddělení nerozbitná skla v oknech? ano  ne

11. V případě uzamčení pacienta na WC, v koupelně, má personál vybavení na bezprostřední odblokování dveří? ano  ne

12. Máte zabezpečené elektrické zásuvky? ano  ne   
a) pokud ano: 1) používáte záslepky ano  ne   
2) máte možnost vypnout specifické zásuvky ano  ne   
3) jiný způsob: .....

13. Lze otevřít okna na pokojích pacientů?  
a) volně ano  ne   
b) okna může otevřít jen personál ano  ne

14. Lze otevřít okna jinde na oddělení?  
a) volně ano  ne   
b) okna může otevřít jen personál ano  ne

15. Máte na oddělení kamerový systém? ano  ne

16. Monitoruje kamerový systém pokoje pacientů? ano  ne

17. Celkový počet pokusů o sebevraždu na Vašem oddělení za posledních 5 let: .....

18. Způsoby spáchaných sebevražd, pokud jsou známe:  
a) oběšení ano  ne   
b) otrava léky ano  ne   
c) otrava jinou látkou ano  ne   
d) skok z výšky: ano  ne   
e) jiné způsoby: .....

19. Jak dlouho byl pacient hospitalizován v době spáchání sebevraždy (stačí odhadem), případně vykazoval pacient známky rizikového chování: .....



20. Celkový počet případů sebepoškození jiného druhu než sebevražda: .....

21. Způsoby provedení sebepoškození

- a) otrava léky ano  ne   
b) pořezání ano  ne   
c) skok z výšky ano  ne   
d) popálení ano  ne   
e) otrava návykovými látkami ano  ne   
f) jiné: .....

22. Máte speciální místnost na přijímání pacientů? ano  ne

23. Provádíte u pacientů hodnocení rizika sebepoškození?

- ano  ne   
a) pokud ano, jakým způsobem pacienty hodnotíte:  
a1) používáte škály? ano  ne   
-pokud ano, jaké? .....  
a2) jiný způsob:.....

24. Provádíte kontrolu oblečení a věcí, které si pacient přinese do nemocnice? ano  ne

25. Máte seznam věcí, které pacient nesmí mít s sebou na oddělení? ano  ne   
(např.: sklo, el. nabíječka, nůž, léky, pásek, tkaničky, elektronika, alkohol, ostré předměty, atd. )

26. Provádíte kontrolu věcí, které jsou pacientovy doneseny návštěvou? ano  ne

27. Monitorujete rizikové pacienty na WC? ano  ne   
a) pokud ano jak:.....

28. Monitorujete rizikové pacienty v koupelně? ano  ne   
a) pokud ano jak:.....

29. Monitorujete rizikové pacienty na pokojí? ano  ne   
a) pokud ano jak:.....

30. Monitorujete rizikové pacienty jinde? <span style="float: right;">ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/></span> a) pokud ano jak:.....
---

Pokud máte zájem o výsledky tohoto šetření uveďte níže kontaktní emailovou adresu k zaslání výsledků:

.....

Vyplněný dotazník prosím vložte do prázdné obálky (viz. původní obálka) a zašlete na výše uvedenou adresu.

**Děkujeme za čas, který jste strávili vyplněním a odesláním dotazníku.**

## Tabulky

Tab. 1 Vyhodnocení návratnosti dotazníků:

Kategorie	Počet dotazníků	Procentický podíl (%)
Celkem odesláno	58	100
Celkem se vrátilo	28	48
Celkem k vyhodnocení	25	43
Celkem neodpovědělo	30	52

Tab. 2 Rozdělení zařízení dle počtu a typu lůžek:

	Počet zařízení	Procentický podíl (%)
Celkový počet hodnocených zařízení	25	100
Celkový počet zařízení pro děti	6	24
Počet zařízení s lůžky pro děti a dospělé	3	12
Počet zařízení pouze pro děti	3	12
Celkový počet zařízení pro dospělé	21	84
Počet zařízení s lůžky pouze pro dospělé	18	72
Počet zařízení pouze pro dospělé s méně než 50-ti lůžky	8	32
Počet zařízení pouze pro dospělé s počtem lůžek 50 - 70	6	24
Počet zařízení pouze pro dospělé s více než 70-ti lůžky	4	16
Ambulantní zařízení bez hospitalizace	1	4

Tab. 3 Lékaři, zdravotní sestry :

	Počet zařízení	Procentický podíl (%)
Celkový počet hodnocených zařízení	24	100
Zařízení s dostatečným počtem lékařů	15	63
Zařízení s nedostatečným počtem lékařů	9	38
Zařízení s dostatečným počtem zdravotních sester	16	67
Zařízení s nedostatečným počtem zdravotních sester	6	25

Tab. 4 Proškolení nelékařského personálu v první pomoci:

	Počet zařízení	Procentický podíl (%)
Celkový počet hodnocených zařízení	24	100
Zařízení s proškoleným personálem	24	100
Proškolení teoretické	22	92
Proškolení praktické	13	54
Zařízení, která ověřují znalosti	24	100
Testové ověření znalostí	6	25
Praktické ověření znalostí	11	46
Proškolení v první pomoci	23	96
- pouze při nástupu	2	8
- 1 x ročně	16	67
- 1 x za 2 roky	5	21

Tab. 5 Směrnice a hlášení mimořádných událostí:

	Počet zařízení	Procentický podíl (%)
Celkový počet hodnocených zařízení	24	100
Zařízení mající vnitřní směrnici zabývající se detekcí rizikových pacientů a další práce s nimi	12	50
Zařízení používající systém hlášení mimořádných událostí (v rámci lokálního informačního systému)	21	88

Tab. 6 technické zabezpečení

	Počet zařízení	Procentický podíl (%)
Celkový počet hodnocených zařízení	24	100
Počet oddělení technicky zabezpečených proti sebepoškození	15	63
Zařízení s nerozbitnými zrcadly na oddělení	6	25
Zařízení s nerozbitnými skly v oknech na oddělení	14	58
Možnost odblokování dveří na WC	17	70
Zařízení, která mají zabezpečené elektrické zásuvky	14	58
Zařízení používající záslepky do elektrických zásuvek	9	38
Zařízení s možností vypnutí specifické zásuvky	7	29
Zařízení s možností volného otevírání oken na pokojích	7	29
Zařízení , kde okna otvírá pouze personál na pokojích	15	62
Zařízení s možností volného otevírání oken na oddělení	6	25
Zařízení , kde na oddělení otvírá okna pouze personál	16	67
Zařízení s kamerovým systémem na oddělení	10	42
Zařízení monitorující kamerovým systémem specifické pokoje pacientů	6	25

Tab. 7 Celkový počet udaných pokusů o sebevraždu v období 2005-2009:

	Počet zařízení	Procentický podíl (%)
Celkový počet hodnocených zařízení	24	100
Zařízení bez spáchaných sebevražd	7	29
1 spáchaná sebevražda	4	17
2 až 3	7	29
4 a více	3	13
Počet neuveden	4	17
Oběšeném	9	36
Otravou léky	1	4
Otravou jinou látkou	3	13
Skokem z výšky	9	36

**Tab. 8 Celkový počet udaných pokusů sebepoškození v období 2005-2009:**

	Počet zařízení	Procentický podíl (%)
Celkový počet hodnocených zařízení	24	100
0 případů sebepoškození	0	0
1 případ sebepoškození	2	8
2 -5 případů sebepoškození	9	36
10 a více	4	17
Počet neuveden	10	42
Otrava léky	1	4
Požezání	18	75
Otrava návykovými látkami	2	8
Skokem z výšky	3	13
Popálením	5	21

**tab. 9 Monitorace a kontrola pacienta**

	Počet zařízení	Procentický podíl (%)
Celkový počet hodnocených zařízení	24	100
Zařízení se speciální příjmací místností	19	79
Hodnocení rizika sebepoškození u přijímaných pacientů	12	50
Používání škál	2	13
Jiný způsob hodnocení	7	29
Zařízení, která kontrolují oblečení a věci přinesené do nemocnice pacientem	21	86
Zařízení se seznamem zakázaných věcí	20	83
Zařízení provádějící kontrolu věcí donesených návštěvami	21	88
Zařízení monitorující pacienty na WC	15	63
Zařízení monitorující pacienty ve sprchách	15	63
Zařízení monitorující pacienty na pokoji	20	83
Zařízení monitorující pacienty jinde	13	54

Tab. 10 Výskyt sebevražd vzhledem k počtu lůžek a druhu zařízení, vo období 2005 - 2009

	Zařízení s lůžky pro děti a dospělé	Zařízení pouze pro děti	Zařízení pouze pro dospělé	Zařízení pouze pro dospělé s více než 50ti lůžky
Celkový počet zařízení v dané kategorii	3	3	18	8
Počet hodnotitelných zařízení	2	3	15	7
Počet zařízení, kde byla spáchána sebevražda	2	1	11	6
Procento zařízení (z hodnotitelných), kde byla spáchána sebevražda (%)	100	33	73	86
Celkový počet jedinců, kteří spáchali sebevraždu	20	3	33	23

Tab. 11 Výskyt sebepoškození vzhledem k druhu zařízení a počtu lůžek, 2005 - 2009

	Celkový počet zařízení	Počet hodnotitelných zařízení	Počet zařízení s výskytem sebepoškození	%	Celkový počet sebepoškození
Pro děti a dospělé	3	0	-	-	-
Pro děti	3	2	2	100	16
Pro dospělé	18	11	11	100	80
Pro dospělé ( pod 50 lůžek)	8	5	5	100	52
Pro dospělé (50 - 70 lůžek)	6	4	4	100	21
Pro dospělé ( nad 70 lůžek)	4	3	3	100	7

### Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)

Presence of terminal illness	1
Presence/influence of hopelessness	3
Recent stressful life event, for example, job loss, financial worries, pending court action	1
Evidence of persecutory voices/beliefs	1
Evidence of depression/loss of interest or loss of pleasure	3
Evidence of withdrawal	1
Warning of suicidal intent	1
Evidence of a plan to commit suicide	3
Family history of serious psychiatric problems or suicide	1
Recent bereavement or relationship breakdown	3
History of psychosis	1
Widow/widower	1
Prior suicide attempt	3
History of socio-economic deprivation	1
History of alcohol and/or alcohol misuse	1
Total	

### **The Nurses' Global Assessment of Suicide risk (NGASR): Levels of Risk and Corresponding Suggested Levels of Engagement**

Score of 5 or less = low level of risk estimated.

Suggested level of Engagement = Level four

Score between 6 and 8 = intermediate level of risk.

Suggested level of Engagement = Level three

Score between 9 and 11 = high level of risk.

Suggested level of Engagement - Level two

Score 12 or more = very high level of risk.

Suggested level of Engagement = Level one

Cutcliffe, J., & Barker, P. (2004). The nurses' global assessment of suicide risk (NGASR): Developing a tool for clinical practice.

*Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11*, 393-400.



## SAD PERSONS SCALE (Quick and Easy Assessment)

**S**ex 1 if patient is male, 0 if female

**A**ge 1 if patient is (25-34; 35-44; 65+)

**D**epression 1 if present

**P**revious attempt 1 if present

**E**thanol abuse 1 if present

**R**ational thinking loss 1 if patient is psychotic for any reason (schizophrenia, affective illness, organic brain syndrome)

**S**ocial support lacking 1 If these are lacking, especially with recent loss of a significant other

**O**rganized Plan 1 if plan made and method lethal

**N**o spouse 1 if divorced, widowed, separated, or single (for males)

**S**ickness 1 especially if chronic, debilitating, severe (e.g.; non-localized cancer, epilepsy, MS, gastrointestinal disorders)

The scoring for this is as follows

- 0-2 equals little risk,
- 3-4 equals following patient closely,
- 5-6 equals strongly considering hospitalization,
- 7-10 equals a very high risk, hospitalize or commit.

## **SUICIDAL ASSESSMENT**

### **(1) PAST ATTEMPTS, CURRENT PLANS, AND VIEW OF DEATH**

*Does the individual have frequent suicidal thoughts? Y N*

*Have there been suicide attempts by the student or significant others in his or her life? Y N*

*Does the student have a detailed, feasible plan? Y N*

*Has s/he made special arrangements as giving away prized possessions? Y N*

*Does the student fantasize about suicide as a way to make others feel guilty or as*

*a way to get to a happier afterlife? Y N*

### **(2) REACTIONS TO PRECIPITATING EVENTS**

*Is the student experiencing severe psychological distress? Y N*

*Have there been major changes in recent behavior along with negative feelings and thoughts? Y N*

### **(3) PSYCHOSOCIAL SUPPORT**

*Is there a lack of a significant other to help the student survive?*

*Y N*

*Does the student feel alienated? Y N*

### **(4) HISTORY OF RISK-TAKING BEHAVIOR**

*Does the student take life-threatening risks or display poor impulse control? Y N*

## **Beck Suicide Intent Scale**

### Objective Circumstances Related to Suicide Attempt

1. Isolation
  1. Somebody present
  2. Somebody nearby, or in visual or vocal contact
  3. No one nearby or in visual or vocal contact
2. Timing
  1. Intervention is probable
  2. Intervention is not likely
  3. Intervention is highly unlikely
3. Precautions against discovery/intervention
  1. No precautions
  2. Passive precautions (as avoiding other but doing nothing to prevent their intervention; alone in room with unlocked door)
  3. Active precautions (as locked door)
4. Acting to get help during/after attempt
  1. Notified potential helper regarding attempt
  2. Contacted but did not specifically notify potential helper regarding attempt
  3. Did not contact or notify potential helper
5. Final acts in anticipation of death (will, gifts, insurance)
  1. None
  2. Thought about or made some arrangements
  3. Made definite plans or completed arrangements
6. Active preparation for attempt
  1. None
  2. Minimal to moderate
  3. Extensive
7. Suicide Note
  1. Absence of note
  2. Note written, but torn up; note thought about
  3. Presence of note
8. Overt communication of intent before the attempt
  1. None
  2. Equivocal communication
  3. Unequivocal communication

### Self Report

9. Alleged purpose of attempt
  1. To manipulate environment, get attention, get revenge
  2. Components of above and below
  3. To escape, surcease, solve problems

10. Expectations of fatality
  1. Thought that death was unlikely
  2. Thought that death was possible but not probable
  3. Thought that death was probable or certain
11. Conception of method's lethality
  1. Did less to self than s/he thought would be lethal
  2. Wasn't sure if what s/he did would be lethal
  3. Equaled or exceeded what s/he thought would be lethal
12. Seriousness of attempt
  1. Did no seriously attempt to end life
  2. Uncertain about seriousness to end life
  3. Seriously attempted to end life
13. Attitude toward living/dying
  1. Did not want to die
  2. Components of above and below
  3. Wanted to die
14. Conception of medical rescuability
  1. Thought that death would be unlikely if he received medical attention
  2. Was uncertain whether death could be averted by medical attention
  3. Was certain of death even if he received medical attention
15. Degree of premeditation
  1. None; impulsive
  2. Suicide contemplated for three hours or less prior to attempt
  3. Suicide contemplated for more than three hours prior to attempt

Other Aspects (Not included in total score)

16. Reaction to attempt
  1. Sorry it was made; feels foolish; ashamed
  2. Accepts both attempt and failure
  3. Regrets failure of attempt
17. Visualization of death
  1. Life after death, reunion with descendants
  2. Never-ending sleep, darkness, end of things
  3. No conceptions of or thoughts about death
18. Number of previous attempts
  1. None
  2. One or two
  3. Three or more

19. Relationship between alcohol intake and attempt

1. Some alcohol intake prior to but not related to attempt; reportedly not enough to impair judgment, reality testing
2. Enough alcohol intake to impair judgment; reality testing and diminish responsibility
3. Intentional intake of alcohol in order to facilitate implementation of attempt

20. Relationship between drug intake and attempt

1. Some drug intake prior to but not related to attempt; reportedly not enough to impair judgment, reality testing
2. Enough drug intake to impair judgment; reality testing and diminish responsibility
3. Intentional intake of drug in order to facilitate implementation of attempt

15-19 Low Intent

20-28 Medium Intent

29+ High Intent

There is also a greater risk of repeated attempts the higher the intent rating.