

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Alexandr Kasal

**Sebevražednost v ČR jako veřejně-politický
problém a možnosti prevence**

Diplomová práce

Praha 2017

Autor práce: **Bc. Alexandr Kasal**

Vedoucí práce: **Mgr. Martin Nekola, Ph.D.**

Rok obhajoby: **2017**

Bibliografický záznam

KASAL, Alexandr. *Sebevražednost v ČR jako veřejně-politický problém a možnosti prevence*. Praha, 2017. 133 s. Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra veřejné politiky. Vedoucí diplomové práce Mgr. Martin Nekola, Ph.D.

Abstrakt

Míra sebevražednosti je s ostatními státy ČR nadprůměrná a současně je zde dlouhodobě opomíjeno možné řešení problému spočívající v prevenci tohoto jevu. Cílem práce bylo navrhnout obsah politiky prevence sebevražednosti pro české prostředí. Pro potřeby této práce byla adaptována optika přístupu *evidence-based policy* (politika založená na důkazech) a v souvislosti s ní metoda *meta-review* (systematická rešerše systematických rešerší; MR) a metoda skupinové diskuze. V rámci MR bylo identifikováno celkem 73 potenciálně efektivních intervencí, 47 (64%) z nich bylo doporučeno ke zhodnocení pro český kontext. Tyto intervence byly v rámci skupinové diskuze kriticky posouzeny sedmi experty a výsledkem je soubor poznámek a dalších relevantních výstupů. Závěry MR a skupinové diskuze byly uvedeny do širšího kontextu a představují tak vhodný základ pro komplexní politiku prevence sebevražednosti v ČR.

Abstract

Suicide rate is above EU average in Czechia. At the same time, no initiative trying to solve this problem exist. Aim of this thesis is suggest content of suicide prevention policy suitable for Czech environment. Author adopts optics of evidence-based policy approach and in line with this, meta-review (systematic review of systematic reviews; MR) and group discussion were conducted. MR identified 73 potentially effective interventions, 47 (64%) of these were recommended for assessment for Czech context. These interventions were critically reviewed by seven experts and discussion resulted in set of comments and other relevant outputs. Results of MR and group discussion were then put together in relation to broader context and in this sense they represent optimal basis for complex suicide prevention policy in Czechia.

Klíčová slova

Sebevražda, prevence, politika založená na důkazech, systematická rešerše, expertní šetření, duševní onemocnění

Keywords

Suicide, prevention, evidence-based policy, systematic review, expert opinion research, mental disorder

Rozsah práce

221 373 znaků

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu.
2. Tato práce je původní a nebyla dříve použita k získání jiného vysokoškolského titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 19. května 2017

Alexandr Kasal

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval své rodině, Míše a mnoha přátelům, kteří mě během studia podporovali a i díky nim jsem zvládl tuto práci dokončit bez vážnější újmy na zdraví fyzickém nebo duševním. Dále bych chtěl poděkovat mému vedoucímu Mgr. Martinovi Nekolovi, Ph.D. za cenné připomínky a trpělivost. V neposlední řadě děkuji kolegům z NUDZ, kteří mi pomohli s řešením nejednoho metodologického karambolu a také Jáchymovi za revizi.

Teze diplomové práce

1) Vymezení výzkumného problému

Diplomová práce (DP) se bude věnovat problematice sebevraždy a její prevenci. Ročně si v ČR vezme život na 1500 osob, což představuje čtyři ztracené životy denně. Nejčastěji se jedná o osoby s duševním onemocněním. Proti běžnému názoru, že aktu sebevraždy je možné předejít pouze dočasně, stojí značný objem vědecké evidence prokazující efektivitu a účinnost preventivních opatření. V ČR podle názoru expertů prevence sebevraždy prakticky neexistuje, je možné identifikovat pouze některé služby, které plní nárazníkovou funkci (např. krizové linky jako je Linka bezpečí). V souladu s doporučeními WHO a cíli formulovanými na národní i nadnárodní úrovni týkajícími se snížení sebevraždy je nezbytné začít jednat a aktivně se zasadit o řešení tohoto nežádoucího společenského jevu.

2) Cíle diplomové práce

Cílem DP je identifikovat efektivní intervence (taková opatření, která podle literatury publikované ve vědeckých časopisech snižují sebevraždy) a v rámci expertního šetření posoudit, zda jsou vhodné k implementaci v českém prostředí. Práce se tedy bude zabývat otázkou, jakou podobu by mohla mít prevence sebevraždy v ČR.

3) Výzkumné otázky

a) Jaké efektivní intervence je možné identifikovat ve vědecké literatuře?

a.1) Jsou některé z efektivních intervencí současně účinné? (účinností se myslí efektivita vzhledem k nákladům)

b) Je možné tyto intervence přenést do českého prostředí?

b.1) Dají se u některých jinde efektivních intervencí předjímat konkrétní implementační překážky s ohledem na český kontext?

b.2) Je možné intervence nějak přizpůsobit českému kontextu?

4) Teoretická východiska

DP bude pracovat s konceptem evidence-based policy. Tento teoretický koncept prosazuje veřejnou politiku založenou na důkazech. Klíčovým problémem je zde transfer vědecké evidence do politické praxe.

5) Metody

Odpověď na první výzkumnou otázku bude poskytnuta prostřednictvím systematické rešerše. Součástí této metody je formulace vyhledávacích strategií a jejich aplikace na různé databáze vědeckých publikací a posléze posuzování všech získaných referencí proti předem stanoveným kritériím. V případě této DP by měl výsledek podat vyčerpávající odpověď na první otázku a její podotázku. V druhém kroku budou efektivní intervence konzultovány s vybranými experty na danou problematiku. Expertní šetření bude provedeno metodou Delphi (pokročilá kvalitativní metoda dosahování konsenzu mezi experty) nebo formou skupinové diskuze.

6) Seznam odborné literatury

Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., . . . Marusic, A. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, 294(16), 2064-2074.

WHO (2013). *Mental health action plan 2013-2020*.

Pawson, R. (2006). *Evidence-based policy: A realist perspective*: Sage publications.

Ruffolo, M. C., & Capobianco, J. (2012). Moving an evidence-based intervention into routine mental health care: a multifaceted case example. *Social work in health care*, 51(1), 77-87.

Wasserman, D. (2016). *Suicide: an unnecessary death*: Oxford University Press.

Weinstein, M., Siegel, J., Gold, M., Kamlet, M., & Russell, L. (1996). *Cost-effectiveness in health and medicine*. New York: Oxford University, 55.

Winkler, P., Mladá, K., Csémy, L., Nechanská, B., & Höschl, C. (2015). Suicides following inpatient psychiatric hospitalization: A nationwide case control study. *Journal of Affective Disorders*, 184, 164-169.

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., . . . Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659. doi:10.1016/S2215-0366(16)30030-X

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., . . . Balazs, J. (2017). Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. *European Neuropsychopharmacology*.

Obsah

Seznam zkratk.....	12
1 Úvod	14
1.1 Obecně o problematice sebevraždy, globálně i lokálně	15
1.2 Sebevražednost jako (veřejně-politický) problém.....	17
1.3 Výzkumný problém a výzkumné otázky	19
1.3.1 Výzkumný problém.....	19
1.3.2 Výzkumné otázky.....	20
1.4 Metody	21
1.5 Vymezení se vůči jiným způsobům zkoumání fenoménu sebevraždy	22
1.6 Základní východisko práce.....	23
1.7 Cíl práce	23
2 Evidence-based policy	23
3 Kontext problematiky sebevraždy.....	25
3.1 Prevence sebevražd v evropském kontextu	26
3.2 Prevence sebevražd ve veřejně politických dokumentech	27
3.2.1 Shrnutí obsahu dokumentů a jejich společné prvky	29
3.3 Rizikové a protektivní faktory.....	31
3.3.1 Typy intervencí ve vztahu k rizikovým a protektivním faktorům	34
3.4 Epidemiologie sebevraždy.....	38
3.4.1 Česká epidemiologická data	38
4 Meta-review (systematická rešerše systematických rešerší)	43
4.1 Vyhledávací strategie	45
4.2 Kritéria pro zahrnutí a vyloučení z MR	46
4.3 Posouzení kvality zahrnutých článků.....	46
4.4 Překryv studií se stejným zaměřením	47
4.5 Metoda syntézy dat.....	47
4.6 Výsledky.....	48
4.7 Typ intervence	48
4.8 Metodologická kvalita zahrnutých studií	49
4.9 Překryv v zahrnutých studiích	51
4.10 Výsledky.....	51
4.10.1 Specifická populace	52
4.10.2 Specifický typ terapie	56
4.10.3 Omezování přístupu k prostředkům k vykonání sebevraždy (means restriction).....	60

4.10.4	Telefonické a webové intervence.....	65
4.10.5	Média.....	68
4.10.6	Ostatní.....	69
4.11	Syntéza.....	73
4.12	Závěry MR.....	91
4.12.1	Odpovědi na výzkumné otázky.....	91
4.12.2	Výsledky MR a komplexní přístup k prevenci.....	91
5	Skupinová diskuze.....	93
5.1	Komentáře k efektivním intervencím,.....	95
5.1.1	Mediální intervence.....	95
5.1.2	Intervence na železnicích.....	95
5.1.3	Intervence na úrovni armády.....	95
5.1.4	Intervence založené na behaviorální terapii.....	96
5.1.5	Intervence na úrovni primární péče.....	96
5.2	Nově navržené intervence pro český kontext doplňující výsledky MR a jiné návrhy.....	96
5.2.1	Kontrolní seznam (checklist).....	96
5.2.2	Kampaň „Vraťte léky do lékárny“.....	96
5.2.3	Problematika sběru dat.....	97
5.2.4	Projekt SPOLU.....	97
5.3	Identifikované politiky a nové intervence v případě chybějící evidence z MR.....	97
5.3.1	Politiky duševního zdraví.....	97
5.3.2	Politiky snižování škodlivého užívání alkoholu a návykových látek.....	98
5.3.3	Krizové linky.....	98
5.4	Závěr skupinové diskuze.....	98
5.4.1	Odpovědi na výzkumné otázky.....	99
6	Diskuze.....	100
6.1	Diskuze výsledků.....	100
6.1.1	Univerzální intervence.....	100
6.1.2	Selektivní intervence.....	104
6.1.3	Indikované intervence.....	106
6.1.4	Jiné.....	108
6.1.5	Metodologické nedostatky.....	109
6.1.6	Kritika výsledků.....	110
6.1.7	Vhodnost použitých nástrojů a optiky přístupu EBP.....	111
6.1.8	Možnosti dalšího výzkumu.....	111
6.1.9	Možnosti evaluace.....	112

6.1.10	Vymezení se vůči střetu zájmů	113
7	Závěr	113
8	Zdroje.....	115
9	Přílohy.....	I
9.1	Vyhledávací řetězce.....	I
9.2	Výsledky hodnocení metodologické kvality nástrojem AMSTAR	iii
9.3	Kompletní AMSTAR check-list	v
9.4	Analýza VPD dokumentů	vi
9.4.1	Zlepšování duševního zdraví obyvatelstva: Ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii; zelená kniha.....	vi
9.4.2	Zdraví 21	viii
9.4.3	Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a nemoci	ix
9.4.4	Akční plán č. 3: Duševní zdraví; Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí.....	x
9.4.5	Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva v ČR v letech 2003-2012; souhrn hodnotící zprávy.....	x
9.4.6	Preventing suicide: Global imperative	xi
9.4.7	Mental health action plan 2013-2020.....	xi
9.4.8	European pact for mental health and well-being	xii
9.5	Mental Health Atlas 2014: Czech Republic country profile.....	xiii

Seznam zkratek

CBA	controlled before and after (metodologický design studií, závislá proměnná sledována před a po intervenci)
CBT	kognitivně behaviorální terapie
DBT	dialektická behaviorální terapie
DO	duševní onemocnění
EBP	evidence-based policy (politika založená na důkazech)
ECT	elektro konvulzivní terapie
ES	effect size (velikost efektu)
HS	hot-spot (místo s častým výskytem sebevražd)
iCBT	internetová kognitivně behaviorální terapie
IS	interval spolehlivosti
M	skupina mediálních intervencí
MA	meta-analýza
MHA	mental health atlas
MR	meta-review (systematická rešerše systematických rešerší)
MRE	means restriction (přístup k prevenci založený na omezování přístupu k prostředkům sebevraždy)
MZČR	ministerstvo zdravotnictví ČR
OR	odds ratio (poměr šancí)
P	skupina intervencí zaměřených na specifickou populaci
PF	protektivní faktory
PST	problem solving therapy (terapie orientovaná na řešení problémů)
RCT	randomizovaná kontrolovaná studie
RF	rizikové faktory
RR	risk ratio (poměr rizik)
SSRI	selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
SR	systematická rešerše
T	skupina specifické terapie
TAU	treatment as usual (obvyklá léčba)
TWB	telephone and web-based (intervence poskytované prostřednictvím telefonu nebo internetu)

ÚZIS	ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VPD	veřejně-politické dokumenty
WHO	světová zdravotnická organizace

1 Úvod

Člověk je jediným stvořením, které je schopné si záměrně vzít život, což je děsivé a současně fascinující. Autor této diplomové práce se s fenoménem sebevraždy setkal poprvé jako student programu Sociologie a sociální politiky, kdy se dozvěděl, že sebevražda, ač čin dokazující nejvyšší možnou míru svobodného jednání, je do jisté míry společensky ovlivněn, jak píše Durheim ve svém klasickém díle *Le Suicide*. Vliv společnosti na sebevražednost dále rozváděl také český sociolog T. G. Masaryk v díle *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*, kde mimo jiné poukazuje na sezónnost tohoto jevu a další pozoruhodné detaily.

K podrobnějšímu studiu tohoto jevu se autor dostal v zaměstnání jako člen výzkumného programu Sociální psychiatrie pod záštitou Národního ústavu duševního zdraví (NUDZ). Zde dospěl k pro něj překvapujícímu zjištění, že výzkum sebevražednosti od dob Durkheima podstatně pokročil a že současná věda zná také řadu způsobů, jakým sebevraždě cíleně předcházet.

V současnosti jsou v řadě států po celém světě implementovány intervence, jejichž evaluace ukazují na pozitivní dopady v podobě nižší míry sebevražednosti. Zároveň je nešťastné, že Česká republika patří mezi země, kde je prevence sebevražednosti dlouhodobě opomíjená, ačkoliv míra sebevražednosti je zde v porovnání se zbytkem EU nadprůměrná.

Výše zmíněné, v souběhu s možností podílet se v zaměstnání na výzkumném projektu, který se přímo vztahoval k možnostem prevence v České republice, nasměrovalo autora k výběru sebevražednosti jako tématu diplomové práce. Toto téma navíc představuje z hlediska veřejné politiky zajímavý a současně palčivý problém, který si žádá řešení.

Suicidalita je jev, jehož příčiny mohou ve své různorodosti nabývat podoby od osobních finančních problémů přes duševní onemocnění, nebo mezi ně může patřit i způsob, jakým mainstreamová média o problematice sebevražednosti informují. Stejně tak různorodé jsou intervence, kterými je možné tento jev žádoucím způsobem ovlivňovat. Z hlediska veřejné politiky je zajímavé, v kolika možných sférách je možné intervenovat a jak široká paleta opatření existuje.

Masaryk už na počátku minulého století psal:

„Jsem sice přesvědčen, že jsem správně vysvětlil vlastní podstatu nemoci našeho století (sebevraždy, pozn. autora), a že jsem poznal její pravý význam pro kulturu, přesto však není úloha docela rozřešena. Naopak, právě tento spis vybízí k pracím podrobným, a mám nejtoužebnější přání, aby vyšlo mnoho monografií o jednotlivých příčinách sebevraždy. Tak na příklad měly by se v podrobnostech

probrat sebevraždy jednotlivých měst, povolání a stavů, obou pohlaví atd. Neméně i historikové by měli věnovat tomuto předmětu svou pozornost, aby byla sebevražda po každé stránce dostatečně prozkoumána a poznána (Masaryk, 1926: 9).“

Masarykem zmiňovaná témata jsou nyní dostatečně prozkoumána a autor doufá, že předkládaná práce dodá do mozaiky vědění další kousek věnovaný prevenci sebevražd specificky v českém prostředí.

Celý text je složen ze třech základních stavebních bloků. Tím prvním jsou kapitoly 1-3, které pojednávají o jevu sebevraždy obecně i specificky s ohledem na české prostředí. První až třetí kapitola také v mnohém naznačují další vývoj práce – jsou v nich uvedeny použité metody a přístupy. Smyslem prvního bloku je zprostředkovat čtenáři dostatečné množství informací, které jsou podstatné v dalších částech. Následuje blok kapitol 4-5, které detailně popisují metodologii, proces provádění i výsledky výzkumných aktivit. Poslední blok sestává z kapitol 6-7. V něm jsou předchozí kapitoly propojeny a diskutovány v širším kontextu

1.1 Obecně o problematice sebevražednosti, globálně i lokálně

Každá sebevražda je tragickou událostí nejen tím, že si někdo předčasně a dobrovolně vezme život, ale i svým dopadem na rodinu, přátele a komunitu. S každou sebevraždou také souvisí značné ekonomické náklady, které například v Irsku dosahují přes milion a půl euro na jediné dobrovolné úmrtí a dohromady představují téměř procento tamního HDP¹ (Kennelly, 2007). Ročně si souhrnně na celém světě vezme život více než 800 000 lidí, jedna osoba každých 40 sekund (WHO, 2014), což představuje 1,4 % všech úmrtí ročně (Zalsman et al., 2016). V ČR je to ročně na 1500 osob, což v průměru představuje čtyři úmrtí denně.² U sebevražedných pokusů, jejichž počet se odhaduje na dvacetinásobek dokončených sebevražd (WHO, 2014), je oprávněné předpokládat podobně negativní dopady na rodinu a okolí a ekonomické náklady jsou taktéž podstatné (Palmer, Halpern, & Hatzianreou, 1995). Mezi mladými ve věku 15 - 29 let je sebevražda globálně druhý nejčastější důvod úmrtí a vůbec nejčastější pro mladé dívky ve věku 15 - 19 let (WHO, 2015). V českém prostředí je pak sebevražda důvodem úmrtí 30% mladých žen ve věkové skupině 20 - 29 let, což z ní dělá jeden z nejčastějších důvodů (Dzůrová, Dragomirecká, 2002). Vůbec nejvyšší míru sebevražednosti globálně je možné identifikovat u osob starších 69 let (Wasserman, 2016).

V České republice (ČR) je míra sebevražednosti 15,6³, což je nad průměrem EU 13,8 i nad celosvětovým průměrem 11,4 (WHO, 2016)⁴. Podle posledních dostupných dat Světové zdravotnické organizace

¹ Pro ČR není žádná podobná analýza dostupná, proto je uveden alespoň příklad z Evropského kontextu.

² [https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_zaj; citováno dne 29.4.2017]

³ Pokud není uvedeno jinak, je míra uváděna na 100 000 obyvatel.

⁴ Tyto míry jsou srovnatelné a jsou založené na datech z r. 2012.

(WHO; World Health Organization) z roku 2012 činí standardizovaná míra sebevraždnosti⁵ v ČR pro muže 26,6 a pro ženy 5,0, což oproti roku 2000 představuje pokles⁶ (WHO, 2014). Absolutní počet sebevražd začal v ČR po roce 2008 opět stoupat poté, co od roku 2000 s jedinou výjimkou v roce 2003 konstantně klesal (Fountoulakis et al., 2014; Artlová, Antonová, 2016).

Přes důraz kladený na prevenci sebevraždnosti ve světě i v Evropě (WHO, 2013, 2014; Gil Zalsman et al., 2017) a přes existenci vědecké evidence dokazující efektivitu některých preventivních intervencí (Mann et al., 2005; Zalsman et al., 2016, 2017)⁷ je prevence tohoto jevu stále opomíjená. WHO dlouhodobě doporučuje komplexní přístup k prevenci sebevraždnosti⁸, který spočívá ve snaze řešit problém ve všech jeho rovinách (WHO, 2014).

Výzkum sebevraždnosti od dob Durkheima a Masaryka dosáhl značného posunu a v současnosti je objem důkazů o rizikových faktorech a možnostech prevence značný a obsahuje ověřené intervence z mnoha oblastí od univerzálních programů cílících na celou společnost, přes opatření pro specifické cílové skupiny, až po intervence na úrovni jednotlivců, takzvané indikované přístupy (WHO, 2014).

Zřejmě nejzásadnějším rizikovým faktorem je duševní onemocnění. Systematická rešerše, která se věnovala analýze jednotlivých případů suicidia metodou tzv. psychologické autopsie⁹, uvádí přítomnost duševního onemocnění až v 90% všech případů spáchání sebevraždy (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003).

Řada vyspělých států podnikla nebo v současnosti podniká kroky za účelem snížení sebevraždnosti, a tyto aktivity se zdají být účinné (Fleischmann et al., 2008; WHO, 2002; Rutz, Knorrning, & Wålinder, 1992). Přestože je ČR ve světovém kontextu řazena mezi vysoko-příjmové země (WHO, 2014), nejen že nemá doposud žádnou národní strategii prevence sebevražd nebo jinou formu komplexního zastřešujícího přístupu k prevenci (Winkler, Mladá, Csémy, Nechanská, & Höschl, 2015), ale prevence

⁵ Standardizováno k populaci definované WHO v roce 2001 v publikaci *Age standardization of rates: a new WHO standart* (Ahmad et al., 2001).

⁶ Pro mužskou populaci pokles o 6,5% a pro ženskou pokles o 24,8% (WHO, 2014).

⁷ Jedná se obsáhlé systematické rešerše literatury se značným dopadem. Pozdější publikace je replikací té z roku 2005 a shrnuje novou literaturu o efektivitě intervencí prevence sebevraždnosti za posledních 10 let.

⁸ Naposledy například 10. září v rámci Světového dne prevence sebevražd, [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>]; citováno: 24. 10. 2016].

⁹ Více k možnostem využití této metody ve výzkumu sebevražd v *Psychologické autopsie: Vývoj a uplatnění metody výzkumu sebevražd* (Grznár, 2015).

v této oblasti zde v podstatě neexistuje¹⁰. To je ve světle nadprůměrné sebevraždnosti a existence důkazů o efektivních preventivních opatření neakceptovatelné. ČR se navíc v řadě veřejně-politických dokumentů hlásí k problému sebevraždnosti jako urgentnímu a proklamuje snižování suicidality jako významný cíl (MZČR 2002, 2014), což zůstává i po letech pouze v rovině přání.

1.2 Sebevraždnost jako (veřejně-politický) problém

Předchozí kapitola čtenáře uvedla do tématu, prezentována byla některá nejdůležitější fakta a bylo poukázáno na palčivost problému globálně, ale i v českém kontextu. Byla uvedena řada argumentů, které dokládají závažnost problematiky. Skutečnost, že v ČR není dostupná v podstatě žádná prevence, těmto argumentům jen přidává na váze. Nyní bude vysvětleno, proč je sebevraždnost (veřejně-politický) problém a tedy proč je relevantní se jím zabývat.

Na obecné úrovni je možné problém chápat jako rozpor mezi aktuálním a požadovaným stavem. Tento rozpor je:

- 1) Náročné překonat,
- 2) je alespoň tak důležitý, aby vybízel k úvahám o jeho řešení a
- 3) současně je řešitelný. (Veselý, 2014 dle Potůček, 2016)

Tyto podmínky existence problému jsou splněny a byly nastíněny v předchozích odstavcích. Ad 1) sebevražda je akt motivovaný hlubokým přesvědčením jedince o zbytečnosti, nebo nesnesitelnosti dalšího bytí. Takový čin je pak náročné zvrátit nebo mu předejít. Řešení, které by bylo jasné a snadné neexistuje¹¹. Ad 2) Minulý rok si v ČR vzalo život 1384 lidí, což je téměř desetkrát více, než kolik bylo daný rok evidováno vražd¹². Každá sebevražda současně představuje svými dopady na rodinu, přátele a komunitu dostatečný důvod k úvahám o jeho řešení. Další argument představují také značné

¹⁰ [https://zpravy.aktualne.cz/zahranici/rozhovor-prevence-sebevrazd-v-cesku-zadna-neexistuje/r~22d8a9360daa11e4a0e7002590604f2e/; citováno 4.4.2014]

¹¹ Existují některé státy, kde je sebevražda ilegální. Mezi ně patří například Libanon, kde je navíc pokus o sebevraždu trestán odnětím svobody [https://en.wikipedia.org/wiki/Suicide_legislation#Laws_in_individual_jurisdictions_.28table.29; citováno 14.5.2017]. I to může být důvodem nízké míry sebevraždnosti, která je jedna z globálně nejmenších (WHO, 2014). Nikoliv však proto, že by byla ilegality a trestání za pokusy účinným opatřením. Důvod tkví spíše v nedostatečném hlášení sebevražd, které jsou stigmatizované a trestně stíhané. Nezákonost sebevraždného jednání může problém vyřešit pouze „papírově“, což může vypadat dobře při mezinárodním srovnání, nikoliv ve skutečnosti. V Evropě není sebevražda ani pokus o ní nijak stíhán, proto není této možnosti „řešení“ dále věnována pozornost. Výjimku z evropských zemí představuje Kypr, kde je sebevražda ilegální.

¹² [http://www.policie.cz/clanek/statisticke-prehledy-kriminality-za-rok-2015.aspx; citováno 12.5.2017]

ekonomické výdaje. Ad 3) Problém je řešitelný, existuje řada ověřených přístupů, jak sebevraždám předcházet (Van Der Feltz-cornelis et al., 2011).

Potůček dále pracuje s pojmem sociálního problému, který chápe jako předstupeň veřejně-politického problému a uvádí jeho dvojí vymezení, která se vzájemně doplňují. Sociální problém nastává v situaci značných rozdílů mezi ideály společnosti a jejími skutečnými výsledky (tradiční sociologické vymezení). Konstruktivistický přístup pak spatřuje sociální problém tam, kde podstatný počet lidí chápe určité podmínky jako problém. (Potůček, 2016)

I v tomto smyslu chápe autor práce sebevraždnost jako uznaný sociální problém z následujících důvodů: skutečnost, že se někdo dostane do takové situace, že se rozhodne si dobrovolně vzít život, je spíše opakem ideálů společnosti. Každá sebevražda, kterých je v ČR na 1500 ročně, dopadá na široké sociální okolí a v tom smyslu se dá předpokládat, že je suicidalita sociální problémem i z konstruktivistického pohledu.

Landry (1995 dle Veselý 2009 v Potůček 2016) stanovil následující čtyři podmínky existence veřejně-politického problému. Současně s nimi jsou uvedena specifika problému sebevraždnosti tak, aby bylo jasné, proč se jedná o veřejně-politický problém:

- 1) Existence sociálního problému
 - a. Viz předchozí odstavce.
- 2) Předběžné posouzení možností řešení sociálního problému
 - a. Přestože doposud nebyla podniknuta konkrétní posouzení pro český kontext, v současné chvíli existuje řada ověřených přístupů k prevenci sebevraždnosti.
- 3) Vyjádření zájmu problém řešit a investovat do tohoto řešení zdroje
 - a. V několika oficiálních dokumentech se ministerstvo zdravotnictví přihlásilo k potřebě sebevraždnost nějakým způsobem adresovat (MZČR 2002, 2014) a tím došlo k explicitnímu vyjádření zájmu na řešení z oficiálních pozic, který s sebou implicitně nese i vyjádření ochoty investic.
- 4) Existence nejistoty ohledně vhodných kroků nebo opatření a jejich realizace za účelem řešení problému
 - a. Přestože, jak už bylo několikrát zmíněno, existují ověřená preventivní opatření, není jasné, které z nich je vhodné pro český kontext (případně zda vůbec nějaké).

Sebevraždnost tak představuje s ohledem na její enormní negativní dopady palčivý (veřejně-politický) problém a je žádoucí se zabývat možnostmi jeho řešení.

1.3 Výzkumný problém a výzkumné otázky

V této podkapitole bude věnována pozornost otázkám vztaženým k výzkumnému problému, který staví na základech předchozí kapitoly a toho, že sebevražednost byla prezentována jako relevantní (veřejně-politický) problém vysoké závažnosti.

1.3.1 Výzkumný problém

Od začátku práce je ústředním pojmem prevence sebevraždy. Pod tímto pojmem se skrývá celá paleta přístupů, jejichž cílem je snižování sebevražednosti. Řešený problém se od jiných, např. problému kouření a závislosti na nikotinu, liší svou fatálností. Zatímco kuřák může holdovat cigaretám řadu let a poté přestat i třeba díky ekonomickému opatření, jakým může být zvýšení daně z tabákových výrobků, se sebevražedností je situace poněkud jiná. Zejména z toho důvodu, že sebevražda je specifická ve své nezvratnosti. A zatímco při řešení problému vysoké spotřeby a závislosti na tabáku je možné hovořit kromě prevence i o variantních intervencích, jako jsou třeba zmíněná ekonomická opatření, v případě řešení sebevražednosti je ústředním a současně i jediným přístupem její prevence.

V souvislosti s výše uvedeným se tato diplomová práce bude zabývat tím, jakou podobu by mohla mít prevence sebevražednosti v ČR.

S takto formulovaným výzkumným problémem vyvstaly dvě hlavní výzkumné otázky, které se 1) věnují tomu, jaké intervence¹³ prevence sebevražednosti existují a které jsou efektivní a 2) zda je možné takové intervence nějakým způsobem implementovat v českém prostředí. V další části textu jsou uvedeny konkrétní formulace výzkumných otázek a podotázek s vysvětlením.

Předtím je však žádoucí vyjasnit pojem efektivity, který může nabývat několika významů. V angličtině se v této souvislosti setkáváme se třemi pojmy: *efficacy*, *effectiveness*, *cost-effectiveness*¹⁴. První z nich, *efficacy* se nejčastěji vztahuje k výsledkům klinického výzkumu (např. léčiv), dal by se přeložit jako *klinická efektivita* a pro tuto práci není relevantní. Pojem *effectiveness* se pak vztahuje k dopadu intervencí v „reálném světě“, pro potřeby této práce bude pro tento pojem používán výraz *efektivita*. Efektivní jsou v tom smyslu takové intervence, které prokáží žádoucí vliv na sebevražednost (snížení). (Singal, Higgins, & Waljee, 2014) Poslední pojem *cost-effectiveness* je možné přeložit jako *účinnost*, vztahuje se také k intervencím v podmínkách „reálného světa“ a jejich efektivitě vzhledem k nákladům.

V oblasti zdravotnictví a veřejného zdraví, kam tematicky tato práce spadá, jsou výsledky analýzy účinnosti nejčastěji uváděny v podobě podílu, kde čitatel představuje zdravotní benefit dané

¹³ Intervence (prevence sebevražednosti) je pro potřeby této práce chápána jako jakékoliv opatření, kterým je možné předcházet zmíněnému jevu.

¹⁴ Někdy také *efficiency*.

intervence (získané roky života, počet odvrácených předčasných porodů) a jmenovatel reflektuje finanční náklady na intervenci (Weinstein, Siegel, Gold, Kamlet, & Russell, 1996). Účinná intervence je tedy taková, která v porovnání s jinou poskytuje více benefitů (v tomto případě více odvrácených sebevražd) za stejné finanční náklady. Za účinnou je možné považovat také intervenci, která převádí na finanční náklady i dosažené zdravotní benefity¹⁵, které v takovém musí přesahovat prostředky vynaložené na intervenci a současně je i efektivní. Přehledné srovnání efektivity a účinnosti poskytuje tabulka č. 1.

1.3.2 Výzkumné otázky

1) Jaké efektivní intervence prevence sebevraždnosti je možné identifikovat ve vědecké literatuře?

V pozadí formulace této otázky stojí přístup *evidence-based policy* (EBP), který při tvorbě hlavního obsahu veřejných politik akceptuje zejména výsledky vědeckého bádání. Daná politika tak ideálně staví na ověřených informacích a prověřených postupech. EBP je jedním z přístupů, který se snaží učinit politiku a proces její tvorby „(...) racionálnější, věcnější a transparentnější (Veselý, Nekola, 2007: 68)“. Intervence by pak měly být v ideálním případě stejně efektivní, jako bylo popsáno v původní studii/studiích. Přístup EBP bude včetně jeho limitací rozveden ve zvláštní kapitole.

1.1) Jsou některé z efektivních intervencí prevence sebevraždnosti současně účinné?

Tato doplňující otázka se věnuje dimenzi intervencí, která má při tvorbě veřejně politických opatření značnou váhu. Efektivita intervence vzhledem k nákladům na její zavedení je v podstatě finanční vyhodnocení vkladů a výstupů a liší se od prosté efektivity intervencí (Edejer, 2003), která je předmětem otázky 1). Rozdíl mezi nimi je prezentován v tabulce č. 1.

Efektivní intervence	Účinnost
Měřené dopady konkrétní intervence ji favorizují před nulovou variantou (tedy nezavedení žádné intervence) nebo před jinou intervencí se stejným zaměřením.	Měřené dopady konkrétní intervence ji favorizují před nulovou variantou (tedy nezavedení žádné intervence) nebo před jinou intervencí se stejným zaměřením a současně a) suma dopadů převedených na finanční jednotky převyšuje sumu nákladů nebo b) získaný

¹⁵ Ačkoliv je tento přístup v oblasti zdravotnictví považován spíše za nevhodný (Weinstein et al., 1996)

	benefit je za vynaložené náklady v porovnání s jinou intervencí vyšší
--	---

Tabulka č. 1: Rozdíl mezi efektivitou a účinností

2) Je možné tyto intervence přenést do českého prostředí?

Samotné nalezení efektivních intervencí není pro záměr jejich přenesení do jiného kontextu dostačující. V případě prostého zavádění jinde efektivních intervencí bez ohledu na lokální podmínky by velice pravděpodobně vedlo ke značně odlišným výsledkům. Problém přenosu některých intervencí z kontrolovaného výzkumného prostředí do praxe vede v oblasti péče o duševní onemocnění v mnoha případech k neúspěchu (Ruffolo & Capobianco, 2012). Z toho důvodu byly formulovány dvě doplňující podotázky:

2.1) Dají se u některých jinde efektivních intervencí předjímat konkrétní implementační překážky s ohledem na český kontext?

2.2) Je možné intervence nějak přizpůsobit českému kontextu?

Tyto podotázky přímo souvisí s konkrétními intervencemi a tím, zda je možné je nějakým způsobem přizpůsobit místnímu prostředí a zda je v souvislosti s jejich případnou implementací možné očekávat překážky. Ty je nutné identifikovat a navrhnout jejich řešení.

1.4 Metody

Předchozí kapitola se věnovala definování výzkumného problému a byly formulovány dvě hlavní a tři dílčí výzkumné otázky. K jejich zodpovězení byly použity metody, které jsou předmětem této kapitoly.

První otázka a její podotázky (identifikace efektivních/účinných intervencí) byla zodpovězena metodou systematického přehledu literatury. Jedná se o metodu, kdy je podle předem stanovené metodologie vyhledávána literatura relevantní k danému tématu. V případě vhodně definovaných kritérií a správného provedení je výsledkem přehled veškeré dostupné evidence pro dané téma, v tomto případě přehled všech efektivních intervencí prevence sebevraždy. Metoda je podrobně popsána v metodologické sekci práce.

Odpovědi na druhý set otázek (problematika místního prostředí) byly získány na základě skupinové diskuze relevantních aktérů. V rámci této diskuze byly zevrubně diskutovány všechny efektivní intervence identifikované v rámci systematické rešerše s ohledem na české prostředí. Z diskuze vplynuly komentáře k jednotlivým intervencím, návrhy na nová opatření vhodná k implementaci v ČR a také byly identifikovány některé aktuální politiky související s problematikou sebevraždy.

1.5 Vymezení se vůči jiným způsobům zkoumání fenoménu sebevraždy

Autor práce považuje za vhodné zmínit i další relevantní přístupy ke zkoumání fenoménu sebevraždy. Těch je celá řada, nicméně zaměření této práce je především veřejně-politické a ostatním přístupům je tak věnována pouze tato krátká podkapitola.

Sebevraždností se hojně zabývala sociologie a za klasický je považován rozbor sebevraždy francouzského sociologa Émila Durkheima, který sebevražedné činy rozdělil do čtyř kategorií podle příčiny: sebevražda egoistická, altruistická, anomická a fatalistická (Durkheim, 1897). Přestože jsou Durkheimovy závěry již v mnohém překonané, zůstává *Le Suicide* zásadním průlomovým dílem, které položilo základy zkoumání tohoto jevu¹⁶.

Sebevražda je dále tématem řady filozofických děl. Reakce na ní jsou různé od její obhajoby nebo akceptace například ve smyslu svobody volby nakládat se svým životem dle vlastního uvážení, přes neutrální nebo situační postoj, který je představován například japonskou rituální sebevraždou (*seppuku*), kdy je sebevražda chápána jako úctyhodný způsob přijetí porážky, až k radikálnímu odmítání v některých dílech křesťanské filozofie.¹⁷

Výsledky filozofického a teoretického sociologického bádání přes svou relevanci k tématu však málokdy stojí v základu evidence-based politik. Obzvláště ve sféře zdravotnictví je v posledních dekádách patrný příklon k opatřením založených na výsledcích vědeckého výzkumu. Nejen farmaka, ale i rozličné terapie jsou předmětem randomizovaných kontrolních studií (RCT, randomized control trial), které jsou chápány jako ideální zdroj informací o efektivitě opatření¹⁸. Takové studie z jasně patrných důvodů není možné provádět v oblasti teoretické sociologie nebo filozofie.

Předkládaná práce se zaměřuje především na vědění o efektivitě různých opatření, kdy je tato efektivita (případně ne-efektivita) jasnou informací, kterou je možné zprostředkovat pro potřeby formulace opatření prevence sebevražd. Efektivní intervence mohou stát v základu EBP, nicméně toto má jisté limity, které jsou zmíněny v jedné z následujících částí textu.

¹⁶ Na Durkheima v mnohém navazuje i český sociolog Tomáš Garrigue Masaryk v díle *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*.

¹⁷ [https://en.wikipedia.org/wiki/Philosophy_of_suicide; citováno dne 2.5.2017]

¹⁸ RCT mají striktní metodologické požadavky, které zaručují sílu jejich závěrů. V hierarchii evidence jsou RCT podle *Oxford Centre for Evidence-based Medicine* na druhém místě hned po systematickém review několika RCT. [<http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>; citováno

21.3.2017]

1.6 Základní východisko práce

Autor vychází z předpokladu, že značnému počtu sebevražd je možné předejít, jelikož jsou důsledkem těžké životní situace nebo (nejčastěji duševního) onemocnění. Stavů ve kterých dochází k aktu dobrovolného vzetí si života, chápe autor jako přechodné kritické momenty, jež je možné v mnoha případech překonat. Jak už bylo naznačeno, existuje celá škála přístupů k prevenci tohoto jevu, které je možné aplikovat a předcházet tak zbytečným ztrátám životů.

1.7 Cíl práce

Diplomová práce si klade za cíl navrhnout na základě několika výše zmíněných výzkumných aktivit možný intervenční obsah komplexního přístupu k prevenci sebevražd v ČR.

V prvním kroku budou identifikovány efektivní intervence (prostřednictvím systematické rešerše). Soubor intervencí pak bude prostřednictvím skupinové diskuze přizpůsoben místním podmínkám, ve snaze zajistit jejich efektivitu (případně účinnost) i v případě implementace v ČR.

Fenomén sebevraždy bude v předkládané práci zkoumán optikou veřejné politiky, konkrétně bude využit přístup *evidence-based policy*, jenž je podrobně prezentován v následující kapitole.

2 Evidence-based policy

V této kapitole bude podrobněji představen přístup *evidence-based policy* (EBP), ze kterého tato práce v mnohém vychází. Základní premisy tohoto přístupu k tvorbě politik byly zmíněny už v úvodní části. Česky je označován jako „*politika založená na dostupných poznatcích* (Veselý, Nekola, 2007: 68)“, v rámci této práce bude používána zkratka anglického výrazu.

Přestože neexistuje žádná široce přijímaná definice EBP (Stanhope & Dunn, 2011), základní předpoklad tohoto přístupu je „(...) že *sociální problémy jsou vědecky uchopitelné a že aplikace výzkumu na tyto problémy může poskytnout funkční řešení* (Plewis, Pantazis, & Gordon, 2000: 96 podle Stanhope & Dunn, 2011)“. Základní otázkou, na kterou se hledá odpověď, když akceptujeme optiku EBP zní: „Co funguje?“ V této práci je EBP myšlen přístup k tvorbě politik na základě rigorózní vědecké evidence, tedy výsledků výzkumu. V tom smyslu jsou formulovány i výzkumné otázky, které se táží na to, jaké (efektivní/účinné) intervence existují a jak je přizpůsobit pro české prostředí.

EBP rozebírá vztah evidence a politiky, které spolu v tomto přístupu úzce souvisí. Head zmiňuje čtyři následující typy evidence (vědění), které jsou pro EBP relevantní:

- 1) Politické vědění - např. strategie, taktiky a agenda setting politických vůdců;
- 2) rigorózní vědecká evidence – její výstupy jako podklady pro programy;

- 3) vědění profesionálů – koordinátoři programů, profesionálové ve vedoucích pozicích v poskytování služeb a jejich praktické zkušenosti z praxe;
- 4) a vědění uživatelů služeb – jejich zkušenosti a názory na službu jsou zdrojem specifických informací, často odlišných od perspektiv poskytovatelů nebo tvůrců programů. (B. Head, 2010)

V tabulce č. 2 je znázorněn vztah různých druhů vědění v širším kontextu médií a politické kultury.

Politické vědění	Rigorózní vědecká evidence	Vědění profesionálů	Vědění uživatelů služeb
Média a politická kultura			

Tabulka č. 2: Druhy vědění relevantní pro EBP a jejich vztah k médiím a politické kultuře (B. Head, 2010)

Tato diplomová práce svým záběrem do jisté míry opomíjí politické vědění a jeho možný vliv na stav prevence sebevraždy v ČR a také vědění uživatelů služeb. Dva zbylé typy vědění však nějakým způsobem bere v potaz. Rigorózní vědění v systematické rešerši a vědění profesionálů ve skupinové diskuzi. Uživatelé služeb byli sice k diskuzi přizváni, bohužel se však nakonec nemohli zúčastnit, viz samotná kapitola, která se skupinové diskuzi věnuje.

Systematická rešerše je jako vhodná vědecké evidence doporučována napříč různými zdroji pojednávajícími o přístupu EBP (Anderson et al., 2005; B. Head, 2010; Pawson, 2006).

Primárním předpokladem EBP je, že „(...) politiky mohou být vylepšovány na základě vysoce-kvalitní evidence (B. Head, 2010).“ Další otázkou, kterou je nutné zodpovědět je, na jakém místě vstupuje tato evidence do procesu formování politiky. Head zmiňuje, že evidence může v tvorbě politiky vstupovat na mnoha místech formativního procesu (B. Head, 2010). Naopak Pawson uvádí, že evidence v podobě systematických rešerší by měla stát na počátku procesu formování politiky spíše než kdekoli jinde. Systematické rešerše vidí v rámci EBP jako vhodný první krok při snaze o transfer evidence do praxe. (Pawson, 2006) V kontextu této práce je aplikováno Pawsonovo chápání systematických rešerší jako ideální evidence pro tvorbu politik založených na důkazech.

Evidence, která stojí v základech EBP, bývá založena na výsledcích kvantitativního ale i kvalitativního výzkumu. (B. Head, 2010) V souladu s tím se tato práce nebude omezovat jen na výstupy jedné z větví výzkumu.

EBP není bez vady. Správně provedená EBP je závislá na typech evidence, které mají stát v jejích základech. Jak bylo zmíněno dříve, Head identifikuje čtyři relevantní oblasti vědění. Ve své dřívějším textu upozorňuje, že přestože je rigorózní vědecká evidence pro EBP naprosto relevantní, musí být zasazena do širšího kontextu. V souvislosti s tím je nutné neomezovat se pouze na jeden typ evidence, ale myslet i na kontext. (B. W. Head, 2008) V případě opominutí této dimenze kvalitního EBP se může

snaha minout účinkem, přestože se může zdát, že daná oblast vystačí s tímto typem technicistního chápání EBP.

Proces tvorby EBP může být v některých oblastech silně ovlivněn „měkkými“ aspekty, které technicistní přístup nemá možnost ani neumí zohlednit. Na příkladu reformních snah v oblasti trestního soudnictví kritizuje technicistní chápání EBP dvojice autorů Freiberg a Carson, kteří poukazují na roli emocí, symbolů, víry, přesvědčení v procesu formování politiky založené na důkazech. Tvrdí, že v oblasti politiky, kde změna budí velké ohlasy veřejnosti, je nutné s těmito pracovat a brát je na zřetel, konzultovat a vyjednávat. To zvyšuje šanci na hladkou implementaci politiky, její společenské přijetí a především vyšší pravděpodobnost dosažení proklamovaných cílů politiky. (Freiberg & Carson, 2010)

V souladu s Freibergem a Carsonem identifikují hlavní těžiště kritiky EBP v jeho pozitivistickém, technicistním pojetí i jiní autoři (Biesta, 2007; Stanhope & Dunn, 2011).

Několik autorů dále upozorňuje na pochybný přístup k tvorbě politiky halené do hávu EBP, kdy dochází k účelovému upřednostňování specifické evidence tzv. *cherry picking*. V praxi to může znamenat, že není brána v potaz kritika určité intervence, nebo i studie o její neefektivnosti. Tím pádem se do užšího výběru mohou dostat pouze politiky preferované určitými aktéry. (Davoudi, 2006; Pawson, 2006; Shaxson, 2005)

Výše byla zmíněná zásadní otázka, kterou EBP pokládá a to: „Co funguje?“. Ian Sanderson, přestože ji chápe jako důležitou, apeluje na rozšíření záběru a formuluje jinou fundamentální otázku, která by měla stát v základu přístupů k tvorbě politiky a to: „Co je vhodné?“. Argumentuje tím, že odpověď na otázku „Co funguje?“ nemusí být při řešení komplexních a nejasných společenských problémů dostatečná, protože do jisté míry pomíjí etické a morální rozměry. (Sanderson, 2003)

V souladu se zmíněnou kritikou EBP a identifikací problémových oblastí nebudou výsledky systematické rešerše chápány jako *a priori* vhodné pro doporučení, ale budou kriticky zhodnoceny a bude vynaložena snaha upravit je v souvislosti s místním kontextem, čemuž by měla posloužit zejména skupinová diskuze.

3 Kontext problematiky sebevražednosti

V předchozí kapitole byl představen přístup EBP, který do jisté míry určuje výzkumné nástroje a stanovuje teoretický rámec práce. V nadcházejících kapitole bude rozebrána problematika prevence sebevražednosti a její kontext. Ten je pro potřeby této práce chápán jako informační rámec, jehož znalost je pro další postup v práci nezbytná. Jednotlivé kontextuální položky byly vybrány v souladu s předpokladem, že není možné řešit problém, aniž by byl nahlédnut v celé své šíři.

Jedním z důvodů pro vypracování této kapitoly je předpoklad, že není možné formulovat návrh politiky (nebo jako zde její části), bez podrobné znalosti témat, které s ním bezprostředně souvisí.

Cílem kapitoly je zprostředkovat čtenáři dostatečné informace o epidemiologii tohoto fenoménu, o rizikových a protektivních faktorech a podobě prevence sebevraždnosti ve veřejně-politických dokumentech. Tyto tři oblasti mají bezprostřední vztah k předmětu práce.

Bude kladen důraz na co možná nejaktuálnější informace a zdroje relevantní pro české prostředí. Smyslem následujících kapitol je přiblížit čtenáři diskutovanou problematiku tak, aby pro něj hlavní část práce byla dostatečně srozumitelná. To je nezbytné, protože na výsledcích MR je vystavena závěrečná část (diskuze intervencí s experty) i finální doporučení pro oblast prevence sebevraždnosti v ČR.

3.1 Prevence sebevražd v evropském kontextu

Jak bylo naznačeno v úplném úvodu, Česká republika je jedním z několika evropských států, které jsou řazené do skupiny vysoko-příjmových zemí a současně nemají žádnou zastřešující aktivitu, která by komplexně a na národní úrovni předcházela sebevraždám. Podle dat z šetření Mental Health Atlas (dále MHA) 2011/2014 bylo v rámci EU 10 států, které uvedly, že mají strategii prevence sebevraždnosti (mezi nimi paradoxně i ČR). Devět uvedlo, že žádnou strategii nemá a pro pět z nich nebyla zjištěna žádná informace (viz tabulka č. 3). Na tomto místě je používán pojem „strategie“ v souladu s terminologií MHA¹⁹. V metodologické části publikace MHA 2014 je otázka týkající se prevence sebevraždnosti formulována následovně „*Vyvinula vaše země národní strategii prevenci sebevraždnosti? (tj. komplexní strategii nebo akční plán přijatý vládou)* (WHO, 2015: 21).“. Strategie je v tomto smyslu chápána jako zástupný indikátor pro zastřešující přístup k prevenci sebevraždnosti na národní úrovni.

Západoevropské členské státy	Existence strategie prevence sebevraždnosti	Středo a východoevropské členské státy	Existence strategie prevence sebevraždnosti
Rakouskou	Ano	Bělorusko	Ano
Finsko	Ano	Česká republika	Ano
Francie	Ano	Maďarsko	Ne
Německo	Ano	Moldávie	Ne
Lucembursko	Ano	Polsko	Ne
Portugalsko	Ano	Rumunsko	Ne

¹⁹ Profil ČR je možné nahlédnout v příloze nebo na webu:

[http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/cze.pdf?ua=1; citováno 20.4.2017]

Švédsko	Ano	Rusko	Ne
Velká Británie	Ano	Bulharsko*	NR
Belgie	Ne	Slovensko*	NR
Dánsko	Ne		
Řecko	Ne		
Španělsko	Ne		
Irsko*	NR		
Itálie*	NR		
Nizozemí	NR		

Tabulka č. 3: Existence strategie prevence sebevraždy pro země EU (zvláště pro západoevropské členské státy a středo a východoevropské členské státy) podle Mental Health Atlas 2014. Položky označené * značí nedostupnost dat za rok 2014, v takovém případě bylo využito šetření Mental Health Atlas 2011. NR = not released, neposkytnuté informace. Zdroj: vlastní na základě online profilů jednotlivých zemí²⁰.

Ačkoliv bylo v nedávném šetření proklamováno²¹, že ČR patří mezi země s komplexním přístupem k prevenci sebevraždy na národní úrovni, ve skutečnosti je možné identifikovat pouze dílčí aktivity, jako jsou například krizové linky nebo na některých místech bariéry zabraňující skoku z výšky.

V následující podkapitole bude věnována pozornost veřejně politickým dokumentům, které se zabývají prevencí sebevraždy na mezinárodní i národní úrovni.

3.2 Prevence sebevražd ve veřejně politických dokumentech

O problematice prevence sebevražd se zmiňuje řada veřejně politických dokumentů (VPD). Jedná se o dokumenty na národní i nadnárodní úrovni. V této kapitole bude představen souhrn VPD a bude uveden do vztahu k předmětu diplomové práce.

Na tomto místě je žádoucí vyjasnit, k čemu má přehled VPD sloužit ve vztahu k cíli práce. Přehled by měl čtenáři zprostředkovat představu o tematickém rámci, ve kterém je prevence sebevraždy diskutována. Přehled současně přináší některé informace o cílech na mezi/národní úrovni ve vztahu k problematice. To je z pohledu autora práce důležité zejména z toho důvodu, že je před samotnou systematickou rešerší a dalšími kroky vhodné si vyjasnit, zda a jaký způsob prevence je doporučován a zda existují a jaké jsou případné cíle v této oblasti veřejného zdraví. Tyto informace jsou zásadní pro

²⁰ Mental Health Atlas 2011: [http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/en/; citováno dne 24.3.2017], Mental Health Atlas 2014: [http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/en/; citováno dne 24.3.2017]

²¹ Za účelem sebrání dat do publikace MHA byly vždy kontaktovány relevantní instituce v daném státu.

formulaci doporučení tak, aby tato byla v souladu s již započatými aktivitami, případně pomáhala naplňovat definované cíle.

Je nutné zmínit, že se nejedná o kompletní přehled všech VPD, které se tématem zabývají. Kapitola si klade za cíl přiblížit to, jak je prevence sebevraždy tématizována v jednotlivých VPD a v souvislosti s jakými tématy se objevuje. Snahou bylo nalézt relevantní VPD důležitých nadnárodních organizací, které se věnují problematice veřejného zdraví (např. WHO). Byla podniknuta snaha identifikovat i VPD z českého prostředí, které by se tématu věnovaly a které by ho akcentovaly na národní úrovni nejlépe z oficiálních pozic např. MZČR.

Jak už bylo naznačeno, není podán systematický výčet VPD. Tomu odpovídá i mírně vágní metodologické podložení identifikace dokumentů, kterého si je autor vědom, současně ho ale pro zmíněné potřeby považuje za dostatečné. VPD byly vybírány na základě kombinace znalosti problematiky, relevantních publikací, institucí a prostého internetového vyhledávání. Cíl tedy nebyl definován jako systematický přehled všech VPD ani jako analýza předem určeného počtu VPD. Snahou bylo analyzovat předem neurčenou sumu dokumentů, která čtenáři zprostředkuje představu o tematickém rámci prevence sebevraždy, deklarovaných cílech VPD a případně i preferovaných nástrojích.

VPD je možné chápat jako „(...) *explicitní formulaci politiky* (...) (Veselý, Nekola 2007: 49-50)“ ze strany publikující organizace/osoby v daný moment. V této kapitole se jedná o charakterem *a)* strategické, případně *b)* deklarační VPD na *a)* národní a *b)* globální a mezinárodní dimenze politiky. Dimenze v tomto smyslu odkazuje na rozsah deklarovaného politického záměru, tedy dopad myšlené politiky. Záměr je odvislý od charakteru dokumentu:

- Mezi **strategické VPD** jsou řazeny strategie, koncepce, dlouhodobé záměry, plány, akční plány, plány rozvoje, strategické plány, národní politiky. Jedná se o do jisté míry otevřené dokumenty, které jsou v průběhu času reformulovány, doplňovány a jinak upravovány. Zpravidla komunikují cíle ve vztahu k určité oblasti a možné cesty k jejich dosažení a v tom smyslu mohou sloužit i jako podklady při tvorbě a implementaci legislativních VPD²².
- Jako **deklarativní a advokační VPD** jsou chápány například programová prohlášení vlády nebo dokumenty politických stran. „*Dokumenty tohoto typu většinou vymezují určité priority, závazky, nebo pravidla.* (Veselý, Nekola 2007: 56)“ Autoři v nich deklarují jistou vizi, kterou se chystají uskutečnit, případně se ji dokumentem snaží nabídnout k diskusi široké veřejnosti.

²² Ty jsou právně závazné, řadíme mezi ně ústavní zákony, zákony, vyhlášky, mezinárodní dohody. (Veselý, Nekola, 2007)

Tato skupina VPD může představovat zajímavý materiál k další analýze především z důvodu projekce politických nebo ideologických hodnot autorů. (Veselý, Nekola, 2007)

Asi nejdůležitější vlastností obou typů dokumentů je, že se nejedná o bezprostředně právně závazné VPD. Strategické VPD mohou být navíc reformulovány. V tom smyslu je pak důležité následující výčet VPD nechávat jako něco, co by definitivně vymezovalo způsob uvažování o prevence sebevraždy, ale jako rámec, ve kterém je o fenoménu sebevraždy a její prevence na nad/národní úrovni smýšleno.

3.2.1 Shrnutí obsahu dokumentů a jejich společné prvky

Celkem bylo nalezeno a pro téma prevence sebevraždy prohledáno osm dokumentů. Z nich byla polovina publikována pod hlavičkou českých a polovina pod hlavičkou mezinárodních institucí, jejich přehled je podán v tabulce č. 4.

Všechny dokumenty mají společný jeden prvek, který je pro téma předcházení suicidii společný a to, že toto téma zmiňují vždy v souvislosti s problematikou duševního onemocnění. To s ohledem na prokázanou souvislost dává smysl (Cavanagh et al., 2003). Přestože tyto klíčové publikace v oblasti veřejného zdraví mnohdy explicitně nezmiňují konkrétní opatření, dobrou praxi, doporučené přístupy nebo specifické cíle prevence sebevraždy, je téma prevence sebevraždy implicitně přítomné a řešené.

Analyzované VPD jako celek ilustrují fakt, že prevence sebevraždy je dlouhodobě věnována pozornost a především nadnárodní organizace akcentují potřebu koordinovaných aktivit. S ohledem na doporučení WHO ohledně preferovaného postupu (viz dokument *Preventing suicide: Global imperative*) by v českém kontextu měly být podniknuty aktivity, jejichž vyústěním by byl komplexní přístup k problematice sebevraždy (WHO, 2014). Z dalších dokumentů vyplývá, že zdravotnický sektor není jediný relevantní a zapojena by měla být široká paleta aktérů tak, aby bylo možné dostat deklarovaným cílům:

- a) Do roku 2020 dosáhnout poklesu sebevraždy o jednu třetinu (MZČR, 2002).
- b) Snížit míru sebevraždy ve všech státech do roku 2020 o 10% (WHO, 2013).

S ohledem na současnou situaci se zdá být reálnější dosažení druhého cíle. Otázkou zůstává markantní rozdíl v cílech deklarovaných MZČR a WHO. Ačkoliv její zodpovězení rozhodně není mezi cíli této práce, v poznámce pod čarou je k nalezení autorovo vysvětlení této diskrepance²³.

²³ Jedná se pouze o spekulaci, nicméně příčina tohoto značného rozdílu může spočívat v dlouhodobém vývoji míry sebevraždy v letech publikování obou z textů. To bude ilustrováno na počtech sebevražd v ČR. Zatímco

Výše popsané je možné shrnout do tří bodů, které je žádoucí mít na paměti při čtení dalších částí textu i z toho důvodu, že vytváří jakýsi rámec pro další, výše nastíněné, části práce.

- 1) Sebevražednost a duševní onemocnění jsou spojené nádoby, nelze řešit jedno, aniž bychom opomenuli druhé a současně adresováním jednoho problému přispíváme k řešení toho druhého.
- 2) Komplexní přístup k prevenci sebevražd je preferovaný jako nejlepší z alternativ i s ohledem na to, že
- 3) cílem je snížit míru sebevražednosti alespoň o 10% do roku 2020 (WHO, 2013).

V tabulce č. 4 je stručné shrnutí dokumentů po obsahové stránce. V příloze je k nahlédnutí detailnější analýza jednotlivých VPD.

v roce 2002 byl trend dlouhodobě sestupný (za deset let poklesla míra sebevražednosti české populace z 19,3 na 15,0), po roce 2008 však počet sebevražd začal opět růst, což mohlo autory pozdější publikace vést k formulaci méně ambiciózních cílů.

Obsahuje /Dokument	Publikující instituce, rok publikace	Doporučení komplexního přístupu k prevenci	Doporučené přístupy k prevenci	Dobrá praxe	Specifické cíle ve vztahu k sebevražednosti	Konkrétní navrhovaná opatření
Zdraví 21*	MZČR, 2002	N	A		A	A
Hodnotící zpráva dlouhodobéh o programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva v ČR v letech 2003-2012*	SZÚ, 2014	N	N	N	N	N
Zdraví 2020*	MZČR, 2014	N	N	N	N	N
Akční plán 3: Duševní zdraví; Zdraví 2020*	MZČR, 2015	N	N	N	N	N
Zelená kniha	Evropská komise, 2005	A	A	A	N	N
Preventing suicide: Global imperative	WHO, 2014	A	A	A	A	A
European pact for mental health and well-being	EU, 2008	N	A	N	N	A
WHO Mental health action plan 2013-2020	WHO, 2013	A	A	A	A	N

Tabulka č. 4: Přehled VPD dokumentů. * = dokumenty publikované českými institucemi.

3.3 Rizikové a protektivní faktory

Další díl kontextu představují rizikové a protektivní faktory. Ty nabývají mnoha podob a nejedná se pouze o rizikové faktory (RF), které zvyšují riziko spáchání sebevraždy ale i o protektivní faktory (PF), které toto riziko snižují. Oba z faktorů je možné identifikovat nejen na úrovni jednotlivce, ale i v oblasti sociálních vztahů, komunity, společnosti nebo zdravotního systému (WHO, 2014).

Přehled PF a RF je podle mínění autora práce důležitý uvést z několika důvodů:

- 1) Stejně jako u předchozí kapitoly, která pojednávala o tematizaci prevence sebevraždy v různých VPD, je zde snahou zasvětit čtenáře hlouběji do problematiky a umožnit tím snazší pochopení zbývajících kapitol.
- 2) Konkrétně je pak přehled RF a PF relevantní z toho důvodu, že tyto bývají základem různých preventivních opatření a intervencí, ať už jde o snahu minimalizovat RF nebo posílit PF jak vhodně ilustruje obrázek č. 1 na konci této kapitoly.

Mezi RF se řadí takové, u kterých je prokázáno zvýšení sebevražedného rizika. Na úrovni zdravotního systému je jako RF možné označit bariéry v přístupu ke zdravotní péči, které mohou spočívat v její nedostupnosti nebo v případě států s rozvinutou zdravotní péčí může bariéru představovat nízká zdravotní gramotnost obecně nebo specificky nízká gramotnost v oblasti péče o duševní zdraví. Obojí představuje RF z toho důvodu, že riziko spáchání sebevraždy podstatně narůstá s neřešeným duševním nebo i dlouhodobým fyzickým onemocněním. (WHO, 2014) Opačně, dostupná péče a vysoká zdravotní gramotnost mohou působit protektivně.

Mezi RF na úrovni společnosti je řazen snadný přístup k prostředkům k vykonání sebevraždy (střelné zbraně, pesticidy, železnice, výškové budovy a jiná místa s možností skoku z výšky, jedy a další). Dále je to nevhodná mediální praxe, která, jak se ukázalo, může vést k vlně sebevražd z nápodoby (Bohanna & Wang, 2012) Také společenské stigma související se suicidálním jednáním ale i duševním onemocněním nebo závislostními problémy může zrazovat od včasného vyhledání pomoci. Na úrovni společnosti je PF možné znovu chápat jako opak RF. (WHO, 2014)

Na úrovni širší komunity mezi RF patří dopady válečných konfliktů nebo přírodních katastrof na jedince. Dále zvýšené riziko spáchání sebevraždy je možné identifikovat u osob potýkajících se s kulturním šokem a pocitem odcizení (což může být problém u migrantů a uprchlíků). Diskriminace je jako RF ve vztahu k sebevraždě uváděna u vězňů, jiných než heterosexuálních osob a uprchlíků, migrantů a žadatelů o azyl. Zneužívání nebo trauma jako následek různých událostí od finančních problémů po domácí násilí zvyšují emoční úzkost a mohou vést k depresím a sebevražednému jednání. (WHO, 2014)

Pocit izolace a nedostatek podpory nejbližšího okolí je mnohdy doprovázen depresemi a pocitem osamocení nebo zoufalství a objevuje se jako následek psychického stresu nebo negativní životní události, která není sdílena s někým blízkým. To může v některých případech vést ke zvýšenému riziku, zejména u starších osob. V této oblasti je často zmiňována sociální koheze, která je v tomto smyslu zrcadlovým PF. Psychický stres a zármutek v důsledku vztahových konfliktů, nebo ztráty partnera/jiné blízké osoby jsou také RF stejně jako domácí násilí. (WHO, 2014)

Na úrovni individua čítá seznam známých RF nejvíce položek a jsou také nejpodrobněji zmapovány. Výskyt některého z RF představuje zvýšenou pravděpodobnost, že se u dané osoby vyskytne suicidální

jednání. Mezi tuto skupinu RF patří předchozí pokus o sebevraždu, který představuje vůbec nejsilnější prediktor suicidia. Podobně osoby s duševním onemocněním jsou daleko náchylnější. Celoživotní riziko je u osob s poruchami nálad 4%, u osob se závislostí na alkoholu 7%, u osob trpících bipolární poruchou 8% a schizofrenií 5%; riziko může být vyšší, je-li přítomna komorbidita (tj. souběžná diagnóza). (WHO, 2014) To znovu objasňuje kontextualizaci prevence suicidia v souvislosti s psychiatrickou péčí a péčí o duševní zdraví.

Další z individuálních RF je zneužívání alkoholu a návykových látek a související závislosti. Celých 22% všech sebevražd nějakým způsobem souvisí s užíváním alkoholu. Ztráta zaměstnání a finanční nejistota v kombinaci s jinými RF může vést ke zvýšenému riziku spáchání sebevraždy. Beznaděj jako aspekt psychického fungování jedince je v souvislosti s výskytem duševního onemocnění (nejčastěji deprese) chápána jako indikátor zvýšeného rizika. Chronické onemocnění a chronická bolest jsou RF z oblasti fyzického zdraví, které až ztrojnásobují riziko v porovnání s běžnou populací. Konečně sebevražda v rodině nebo blízkém okolí může zvýšit náchylnost k sebevraždě. (WHO, 2014)

Mezi PF, které ještě nebyly zmíněny, patří náboženská nebo spirituální víra (ne však ve všech případech), ovládání strategií pozitivního zvládnání problémů včetně schopnosti a motivace včas vyhledat pomoc, zdravý životní styl vyznávající fyzickou a duševní pohodu, dostatečný spánek a vhodná strava, bezproblémové vztahy, dostatek sociálních kontaktů a schopnost efektivně zvládat stresové situace. (WHO, 2014)

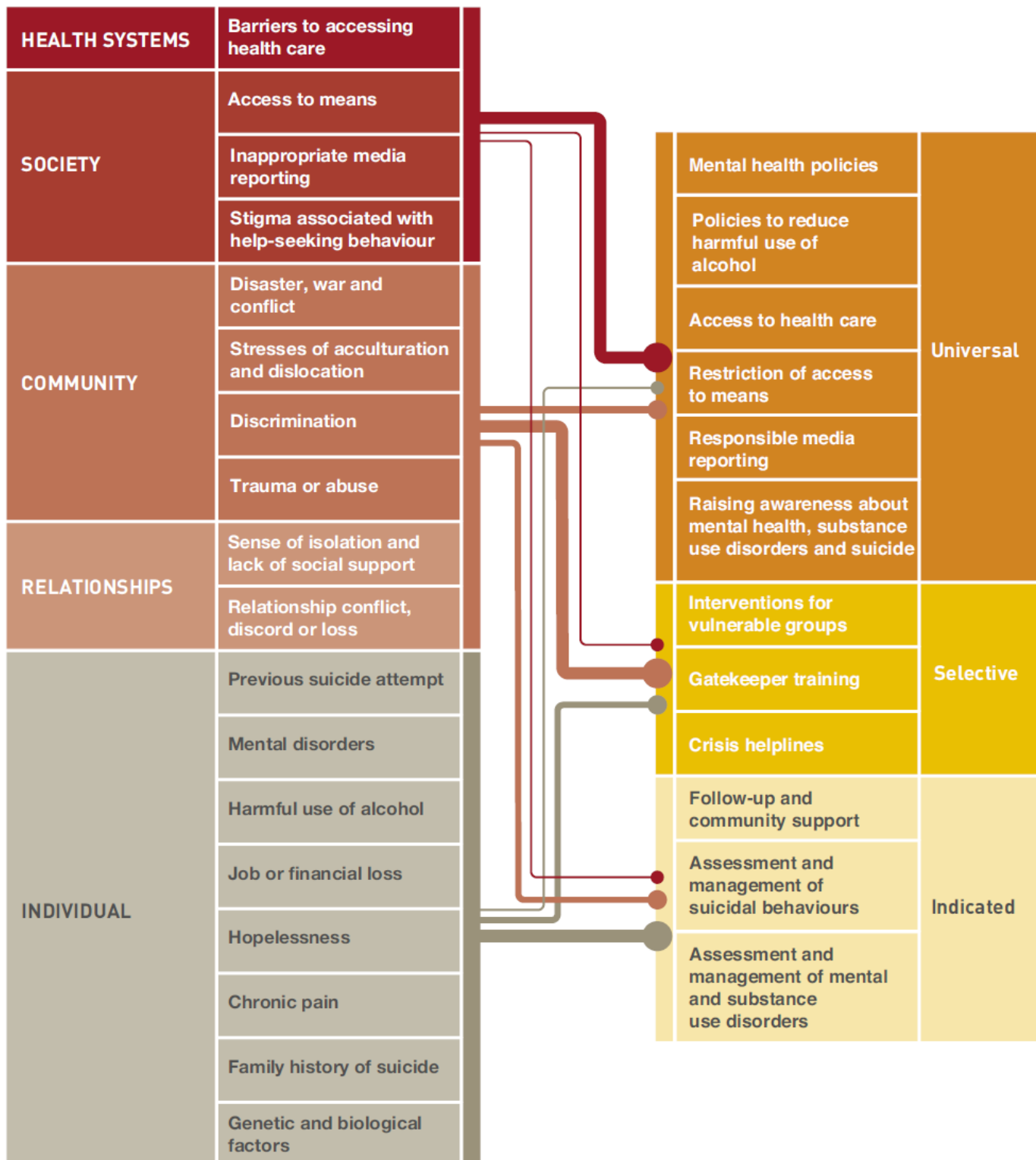
HEALTH SYSTEMS	Barriers to accessing health care
SOCIETY	Access to means
	Inappropriate media reporting
	Stigma associated with help-seeking behaviour
COMMUNITY	Disaster, war and conflict
	Stresses of acculturation and dislocation
	Discrimination
	Trauma or abuse
RELATIONSHIPS	Sense of isolation and lack of social support
	Relationship conflict, discord or loss
INDIVIDUAL	Previous suicide attempt
	Mental disorders
	Harmful use of alcohol
	Job or financial loss
	Hopelessness
	Chronic pain
	Family history of suicide
	Genetic and biological factors

Obr. č. 1: Rizikové faktory rozdělené do jednotlivých kategorií (WHO, 2014: 31), protektivní faktory jsou v mnoha případech negací rizikového nebo jeho opakem.

3.3.1 Typy intervencí ve vztahu k rizikovým a protektivním faktorům

Jak bylo ukázáno v analýze VPD, ideální přístup k prevenci sebevraždy by měl být komplexní. V tom smyslu by měl obsahovat pokud možno nejvíce z různých typů preventivních opatření. Pro účely této práce je důležitá typologie intervencí WHO, která je ilustrována obrázkem č. 2. V rámci této

podkapitoly budou alespoň krátce popsány jednotlivé typy intervencí. Ty budou v práci dále hojně používány jako důležitý strukturující prvek.



Obrázek č. 2: Rizikové (a protektivní) faktory uvedené do vztahu s různými typy intervencí (WHO, 2014: 31).

Mezi univerzální intervence patří následující:

1. Politiky duševního zdraví

Jak bylo ukázáno, sebevraždnost úzce souvisí s problematikou duševního zdraví a politiky zabývající se duševním zdravím mohou mít žádoucí vliv na suicidalitu, ačkoliv její snížení nemusí být primárním cílem dané politiky.

2. Politiky snižování škodlivého užívání alkoholu a návykových látek

Vztah konzumace alkoholu a návykových látek a sebevraždnosti byl také prokázán. V knize *Suicide: An unnecessary death* je možné využití tohoto vztahu prezentováno na příkladu bývalého Sovětského svazu a období tzv. *Perestroiky*, kdy byl regulován obchod s alkoholem a současně byly prosazovány restriktivní postoje k jeho konzumaci. To vedlo, spolu s dalšími činiteli, ke značnému snížení sebevraždnosti. (Wasserman, 2016)

3. Přístup ke zdravotní péči

Přístup ke zdravotní péči je, obzvláště v oblasti péče o duševní zdraví, zásadní. Zvýšení dostupnosti a současně zvýšení zdravotní gramotnosti populace může vést ke snížení sebevraždnosti.

4. Omezení přístupu k prostředkům k vykonání sebevraždy

Intervencí z této větve prevence může být stavba zábran na vysokých mostech nebo budovách. Proti těmto typům opatření bývá argumentováno tím, že člověk, který je rozhodnutý si vzít život tak stejně učiní. To nemusí být pravda, protože sebevražda je často impulzivním rozhodnutím plynoucím z kritického stavu, který se časem může zlepšit. Navíc se ukazuje, že právě třeba tato opatření na mostech vedla ke snížení sebevraždnosti skokem z výšky, aniž by došlo k jejímu zvýšení jinými způsoby. (Yip et al., 2012) Patří sem i politiky omezování dostupnosti střelných zbraní nebo regulace trhu s léčivými, které často slouží jako prostředek sebevraždy.

5. Zodpovědná práce médií

Tzv. wertherův efekt představuje fenomén zvýšení počtů sebevražd po tom, co dojde k sebevraždě například známé osobnosti, které se poté dlouhou dobu věnují média. Efekt se vyskytuje zejména tam, kde média pracují s obrazovým materiálem z místa činu, nebo když čin popisují jako heroické vzepětí se proti nepřízní osudu. (Bohanna & Wang, 2012) Intervence, které cílí na tuto oblast, jsou založeny na školení novinářů a formulaci metodik toho, jak o takových událostech referovat.

6. Zvyšování povědomí o duševních a závislostních poruchách a sebevraždě

Mezi tyto intervence mohou spadat například kampaně snižující stigma duševních a závislostních poruch, jejichž výsledkem může být vyšší motivace k léčbě a v důsledku toho i snížení sebevraždy.

Selektivní intervence jsou následující:

1. Intervence pro rizikové skupiny

Z analýzy dat o sebevraždách se ukazuje, že některé skupiny jsou ve zvýšeném riziku. Může se jednat o skupinu osob s určitým duševním onemocněním nebo o populaci osob s jinou než heterosexuální orientací a jiné. Každá taková skupina je specifická a tedy i intervence, které na ni cílí, by měla být v tom smyslu přizpůsobená.

2. Školení tzv. gatekeepers

Tzv. gatekeepers jsou součástí kolektivu a je možné je vzdělávat s cílem vyšší citlivosti k náznakům sebevražedného chování a motivovat je k pomoci osobám v krizi.

3. Krizové linky

Telefonní linky jsou specifické svou nízkoprahovostí, kdy každý, koho něco trápí, může zavolat a anonymně se svěřit nebo konzultovat své problémy. Nástroji pracovníků krizových linek jsou porozumění a empatie, znalost dané problematiky a přehled o možnostech pomoci.

Mezi indikované přístupy jsou řazeny:

1. Následná péče a komunitní podpora

Mezi tyto intervence patří například následná péče o duševně nemocné propuštěné z lůžkové péče. Bylo prokázáno, že období krátce po odchodu z ústavní péče je u řady osob kritické a z toho důvodu je vhodné mu věnovat pozornost; toto platí i pro ČR, jak ukazuje nedávná studie (Winkler et al., 2015). Cílené kontaktování a motivace k následné léčbě/terapii pak může vést k nižší sebevraždě mezi touto populací.

2. Posouzení a management sebevražedného chování

Předchozí pokus je spolu s duševním onemocněním jedním z nejzávažnějších rizikových faktorů. Je proto žádoucí implementovat intervence, které pracují s osobami, které se pokusily si vzít život nebo které se záměrně poškozují.

3. Posouzení a management duševních a závislostních poruch

Vztah duševního onemocnění a sebevraždnosti byl už v práci prezentován. Mezi intervence z této oblasti může spadat například vzdělávání praktických lékařů v diagnostice duševního onemocnění. To může v důsledku vést k vyššímu zachytu duševního onemocnění a vyšší lécenosti nemocné populace.

3.4 Epidemiologie sebevraždnosti

Sebevraždnost a její míra²⁴ kolísá v mnoha dimenzích. Míra sebevraždnosti se mnohdy liší na základě historických, národních, společenských, subkulturních a jiných vlivů. V této podkapitole bude uvedena řada epidemiologických faktů s ohledem na český kontext. Smyslem je obdobně jako u předchozích kapitol vybudovat základy pro výzkumnou část textu, v tomto případě je cílem podat zprávu o rozsahu problému a jeho povaze v ČR. Znalost epidemiologie sebevražd je nutná i v pozdějších částech práce, kde je diskutována vhodnost intervencí pro český kontext. Nejvyšší relevanci pak mají logicky intervence, které cílí na skupiny obyvatel, jež vykazují nejvyšší míru sebevraždnosti.

3.4.1 Česká epidemiologická data

O sebevraždnosti v ČR máme díky kvalitní datové základně a několika souhrnným publikacím poměrně dobrý přehled. V této podkapitole budou zprostředkovány informace o vývoji počtu sebevražd včetně dílčích deskriptivních analýz, s přihlédnutím k základním demografickým proměnným (pohlaví a věk, rodinný stav, místo bydliště, atd.), proměnným týkajícím se samotného aktu dobrovolného odchodu (např. způsob provedení) a dalším faktorům.

Po skončení 2. sv. války jsou v datech rozpoznatelná tři období. Od vysokých počtů sebevražd po konci světového konfliktu klesal jejich počet až do roku 1951, kdy se situace začala obracet a každoročně se počet sebevražd zvyšoval 20 let až k maximu na konci 60. a začátku 70. let. (Dzůrová, Dragomirecká, 2002) Od tohoto období má sebevraždnost klesající trend (Dzůrová, Dragomirecká, 2002) až do roku 2008 s výjimkou v r. 2003 (Fountoulakis et al., 2014). Od roku 2008 jsme svědky opětovného nárůstu míry sebevraždnosti, který se po pěti letech v r. 2013 vrací ke klesajícímu trendu. Sebevraždy podle věku a pohlaví za období 1995 - 2015 jsou uvedeny v tabulce č. 5.

²⁴ Míra sebevraždnosti; nejčastější nástroj užívaný k měření tohoto jevu.

Rok Year	Celkem Total	Muži Males	Ženy Females	Sebevraždy ve věku Suicides by age group							Sebevraždy na 100 000 obyvatel Suicides per 100,000 population
				-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	
1995	1 733	1 284	449	11	196	205	328	334	223	436	16,8
1996	1 568	1 206	362	9	166	188	276	329	172	428	15,2
1997	1 666	1 311	355	6	157	197	307	377	211	411	16,2
1998	1 613	1 268	345	8	157	199	304	360	192	393	15,7
1999	1 610	1 285	325	3	168	205	243	373	202	416	15,7
2000	1 649	1 298	351	12	164	200	303	363	200	407	16,1
2001	1 623	1 294	329	6	152	202	284	403	202	374	15,9
2002	1 534	1 216	318	6	117	210	252	374	208	367	15,0
2003	1 719	1 365	354	9	138	235	275	424	263	375	16,9
2004	1 583	1 286	297	8	124	217	246	393	258	337	15,5
2005	1 564	1 272	292	6	101	240	268	357	292	300	15,3
2006	1 400	1 142	258	3	113	175	226	328	244	311	13,6
2007	1 375	1 147	228	2	114	197	223	288	248	303	13,3
2008	1 379	1 123	256	4	110	194	241	281	236	313	13,2
2009	1 464	1 230	234	3	97	217	219	336	294	298	14,0
2010	1 502	1 245	257	1	114	194	243	317	321	312	14,3
2011	1 589	1 337	252	2	139	201	281	305	346	315	15,1
2012	1 647	1 370	277	4	93	200	306	321	347	376	15,7
2013	1 573	1 291	282	7	123	197	292	299	306	349	15,0
2014	1 488	1 195	293	2	94	183	273	288	265	383	14,1
2015	1 384	1 130	254	7	76	171	245	245	263	377	13,1

Tabulka č. 5: Sebevraždy podle pohlaví a věku 1995-2015, zdroj ČSÚ²⁵

Nedávná publikace *Statistická analýza sebevraždění v ČR z pohledu časových řad* v časopise Demografie upozorňuje na měnící se poměr mezi sebevraždami mužů, jehož počátek identifikuje v roce 1990. Do té doby se poměr pohyboval v průměru dvou dokonaných suicidií mužů na jedno ženské. V dnešní době, jak uvádí autorky, se poměr pohybuje kolem 4:1 pro muže, respektive ženy a v roce 2011 to bylo dokonce 5,3:1. (Artlová, Antonová, 2016)

Důležitou informací představuje podíl sebevražd na celkové úmrtnosti dané věkové skupiny. Jedná se o doplňující informaci, bez které by mozaika nebyla úplná. To je další z ukazatelů závažnosti problému. Analýza dat z období 1960 - 2000 ukazují jasně nejvyšší podíl sebevražd z úhrnu zemřelých v nejmladších věkových skupinách s vyšším podílem pro ženskou část populace (ve věkové skupině 20 - 29 let bylo úmyslné sebepoškození příčinou více než 30% všech úmrtí). Při oddělené analýze za období 1960 - 64 a 1996 - 2000 je pak patrné, že se podíl u skupiny 20 - 29 let zvyšuje. (Dzůrová, Dragomirecká, 2002)

3.4.1.1 Sebevraždění podle rodinného stavu

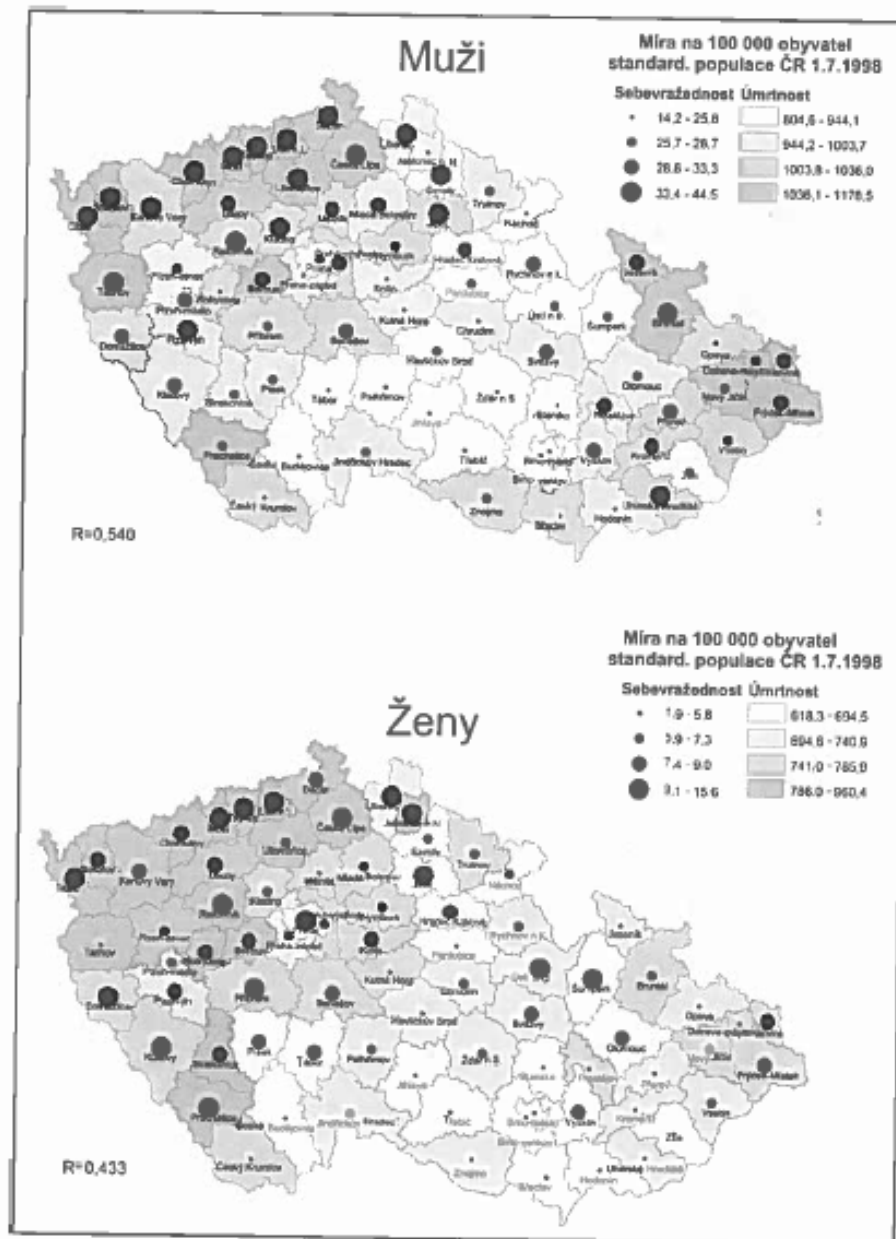
Rodinný stav se v sociologických šetření často používá jako zástupná proměnná pro zapojení do celospolečenského života a proměnná ilustrující intenzitu vztahů osob ve skupinách – silnější zapojení

²⁵ [https://www.czso.cz/documents/10180/20548157/130055150808.pdf; ČSÚ 2015, citováno dne 28.4.2017]

i intenzivnější vztahy ve skupinách pro osoby žijících v rodinách než u osob osamělých. V souvislosti s tím se předpokládá, že sebevražednost bude nižší u osob vdaných a ženatých než u svobodných, rozvedených, případně ovdovělých. Tato hypotéza se v českém kontextu ukazuje jako platná, analýza vzorku všech sebevražd za období 1990 - 2000 ukázala jednoznačně nejnižší sebevražednost pro vdané ženy i ženaté muže ve všech věkových skupinách. Nejvyšší míra pak byla identifikována u všech věkových skupin ovdovělých u mužské populace, u ženské populace je nejvyšší míra sebevražednosti ve věku 15 - 64 u rozvedených, u nejstarší věkové skupiny žen 65-84 je nejvyšší míra suicidality spojená se ztrátou partnera. (Dzůrová, Dragomirecká, 2002)

Informace o způsobu provedení je v souvislosti se zamýšlenou prevencí také žádoucí zmínit. Nejvíce osob volí oběšení, současně u mužů tento způsob převažuje výrazněji než u ženské populace. V období 2010 - 2014 oběšením zemřelo 64% mužů a 42% žen, které zvolily dobrovolnou smrt. Druhým nejčastějším způsobem u mužů je zastřelení (13%), u žen otrávení, a to přestože počty sebevražd otravou dlouhodobě klesají. Ženy pak také výrazněji než muži volí sebevraždu skokem z výšky. (ČSÚ, 2015) Jak ukazuje analýza vzorců sebevražd v 16 různých evropských zemích, česká mužská i ženská populace se v preferenci způsobu vykonání proti zbytku Evropy významně neliší. Autoři studie také poukazují na to, že její výsledky je vhodné zohlednit v prevenci, kde je možné vyvinout genderově specifické intervence. (Várník et al., 2008)

Co se týká regionálního rozložení suicidality v ČR (obrázek č.3), je možné usuzovat na vztah s následujícími proměnnými: národnostní heterogenita, nízký podíl rodáků, vysoký podíl romského obyvatelstva, religiozita obyvatelstva, podíl vysokoškoláků v regionu, podíl osob bez základního vzdělání, nezaměstnanost v regionu, potratovost, kriminalita, dopravní nehody a míra výskytu SO₂ jako ukazatele znečištění ovzduší. To všechno jsou proměnné, které mají vztah k míře suicidality v regionech ČR (někde jen pro některé věkové skupiny, viz tabulka č. 6. (Dzůrová, Dragomirecká, 2002)



Obrázek č. 3: Standardizovaná míra sebevražednosti podle okresů ČR (Dzůrová, Dragomirecká, 2002:47).

Název proměnné	Věková skupina				
	15-84	15-34	35-64	65-84	
<i>Národnostní heterogenita</i>	Pear. koef.	0,518	0,463	0,459	0,267
	Sig.	0,000	0,000	0,000	0,020
<i>Rodáci</i>	-0,590	-0,451	-0,420	-0,501	
	0,000	0,000	0,000	0,000	
<i>Rómové</i>	0,474	0,355	0,384	0,349	
	0,000	0,002	0,001	0,002	
<i>Religiozita</i>	0,583	0,414	0,363	0,590	
	0,000	0,000	0,001	0,000	
<i>Vysokoškolačci</i>	-0,185	-0,011	-0,166	-0,227	
	0,109	0,927	0,151	0,049	
<i>Neúplně vzdělání</i>	0,410	0,335	0,385	0,211	
	0,000	0,003	0,001	0,067	
<i>Nezaměstnanost</i>	0,226	0,125	0,243	0,131	
	0,048	0,279	0,033	0,255	
<i>Podnikatelé</i>	-0,075	0,000	-0,075	-0,084	
	0,519	0,997	0,519	0,465	
<i>Mzda</i>	0,131	0,217	0,004	0,126	
	0,257	0,058	0,975	0,275	
<i>Potratovost</i>	0,581	0,513	0,409	0,439	
	0,000	0,000	0,000	0,000	
<i>Kriminalita</i>	0,244	0,216	0,176	0,180	
	0,032	0,059	0,126	0,117	
<i>Dopravní nehady</i>	0,162	0,236	0,010	0,173	
	0,159	0,039	0,932	0,132	
<i>SO₂</i>	0,196	0,240	0,090	0,153	
	0,088	0,036	0,437	0,184	
<i>Lékaři</i>	0,069	0,173	0,006	0,010	
	0,550	0,131	0,956	0,933	
<i>Hustota zalidnění</i>	-0,033	0,098	-0,046	-0,107	
	0,775	0,398	0,690	0,354	

Tabulka č. 6: Vztah mezi úrovní sebevraždy a vysvětlujícími proměnnými pro vybrané věkové skupiny (Dzůrová, Dragomirecká, 2002:62).

Co se týká motivů vykonání sebevraždy, nejvíce jich je vykonáno z důvodu somatického onemocnění (29,2%), následováno duševním onemocněním (26,9%), rodinnými (22,9%), existenčními (9,4%), školními a pracovními (6,9%) a jinými (4,7%) důvody. Tyto podíly jsou však významně ovlivněny tím, že vychází ze souboru objasněných sebevražd, tedy například takových, kde nechala oběť dopis na rozloučenou se specifikovanými důvody, jak uvádí autorky (Dzůrová, Dragomirecká, 2002). Výsledky systematické rešerše studií, které se věnovaly mj. důvodům sebevražd, ukazují majoritní přítomnost duševního onemocnění (Cavanagh et al., 2003).

Z výše zmíněných českých specifík je patrné, že vyšší riziko spáchání sebevraždy vykazují na obecné úrovni muži. Dále pak indikátor podílu sebevražd k celkovému počtu úmrtí favorizuje jako cílovou populaci preventivních aktivit mladé ženy ve věkové skupině 20-29 let. Oba dva trendy navíc historicky posilují. Prevence by dále měla adresovat problémy starší populace, kde z analýz vyplývá, že ztráta partnera a s tím související osamělost může být také jeden z důvodů záměrného vzetí si života. Objasněné sebevraždy pak podávají informaci o důvodech spáchání sebevraždy a v tom smyslu

doplňují mozaiku vědění o problematice a umožňují lépe cílit případná opatření. Objasněných suicidíí je však menšina a je proto nutné brát tuto informaci s rezervou.

Touto kapitolou končí první blok, jehož záměrem bylo předat čtenáři zásadní informace o fenoménu sebevraždy na obecné i konkrétní úrovni. Následující výzkumný blok, jež sestává z kapitol 4 a 5 popisuje metodologii a samotnou výzkumnou činnost. Kapitola 4 je věnována meta-review, pátá kapitola skupinové diskuzi.

4 Meta-review (systematická rešerše systematických rešerší)

Pawson ve své knize *Evidence-based policy: realist perspective* uvádí systematické rešerše (SR), které jsou předstupněm meta-review²⁶ (MR) jako nástroj vhodný k agregaci evidence v konkrétní oblasti. SR podle něj mají vyšší potenciál ovlivnit politiku než evaluační výzkum v tom smyslu, že evaluace se provádějí **po** formulaci a implementaci programu, zatímco SR mohou tvůrce politik informovat **před** rozhodnutím o závěrečné podobě programu v před-implementačním období. (Pawson, 2006)

Dále zmiňuje, že správně provedená SR, která si budou klást otázku „fungují?“ vždy o určité skupině intervencí a zodpovídat jí na základě kvalitních primárních studií, by mohla stát v základu nového přístupu k EBP. A to vytvořením pevné evidenční základny pro oblasti, v nichž jsou nyní vybírány intervence namátkově na základě nejasných preferencí o jejich efektivitě nebo účinnosti²⁷. (Pawson, 2006) Takový přístup k tvorbě politik může vést k cílenější alokaci ekonomických i jiných zdrojů.

Pro potřeby této práce byl zvolen formát systematického shrnutí dostupné evidence z několika důvodů. Tento výzkumný design je v jistém smyslu málo náchylný na hodnotové ovlivnění ze strany provádějícího výzkumníka a současně je ve všech krocích transparentní a opakovatelný. Ovlivnění výsledku je jistě možné v počáteční fázi formulace vyhledávací strategie, kde je možné opomenutím

²⁶ V angličtině se kromě pojmu *meta-review*, někdy používá také *overview*, nebo poněkud těžkopádné, ale významově jasné *systematic review of systematic reviews*. Autor pro potřeby této práce volí termín *meta-review*, který se běžně používá (Baxter et al., 2016; Chesney, Goodwin, & Fazel, 2014) a současně je významově logický: V podobném smyslu, jako je meta-analýza sloučením závěrů jednotlivých analýz do jednoho celku s vyšší výpovědní hodnotou, *meta-review* slučuje jednotlivé *reviews* (v angličtině někdy používáno jako zkrácenina *systematic review*), do nadřazeného celku.

²⁷ V ideálním případě se zasadit o vytváření podkladů pro EBP do takové míry jako to činí Cochrane v oblasti *evidence-based medicine*. Cochrane je klíčová instituce, která poskytuje metodologicky precizní podklady pro rozhodování ve zdravotnictví. Nejčastějším formátem, který Cochrane publikuje, je právě formát SR. [[https://en.wikipedia.org/wiki/Cochrane_\(organisation\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Cochrane_(organisation))], <http://www.cochrane.org/about-us>; citováno 2.5.2017]

nebo opačně přidáním některých klíčových slov nasměrovat vyhledávání konkrétním směrem. Další možná limitace tkví v omezení vyhledávání jen na určité databáze vědeckých textů nebo jen na konkrétní časopisy, které se publikačně zaměřují na určité spektrum výzkumu. Vliv na výsledný korpus zahrnutých studií má i seznam kritérií, proti kterým je každá z potenciálně vhodných studií porovnávána a kvalita studií. Všechny zmíněné limitace byly brány v úvahu a ve snaze učinit proces co nejvíce transparentní je v textu nebo příloze dostupný a) vyhledávací klíč²⁸, b) seznam databází spolu s výslednými počty posuzovaných studií, c) seznam kritérií, d) posouzení kvality potenciálně vhodných studií za využití vhodného nástroje a uvedení hodnotící tabulky. Vše je podrobněji rozvedeno dále v textu.

Přes výše zmíněné limitace tohoto přístupu se v případě dodržení maximální možné transparentnosti procesu jedná o nástroj odolný proti tzv. *cherry pickingu* neboli vybírání pouze určité evidence a účelové opomíjení jiné.

Obecně se SR využívají už řadu let tam, kde je vysoká produkce vědeckých článků. Důvodem je shrnutí mnohdy značného počtu studií, které musí výzkumník vstřebat, aby udržel krok s vývojem daného oboru. Denně vycházejí nové a nové studie a formát SR tak představuje hodnotnou úsporu času tím, že tyto studie syntetizuje a shrnuje jejich závěry. (Mulrow, 1994)

V některých vědních oborech je nyní situace taková, že bylo nutné posunout metodologii aplikovanou v přístupu SR o úroveň výš k MR, někdy také overview (Smith, Devane, Begley, & Clarke, 2011). Shrnutí většího počtu SR umožňuje shrnout více různých zaměření z jedné oblasti opět pod hlavičku jediné publikace. (Smith et al., 2011) SR bývají relativně úzce zaměřená tak, aby počet studií, které shrnují, byl únosný a jejich obsah uchopitelný. Logicky proto vznikají spíše jednotlivé SR například pro evidenci o efektivitě ekonomických opatření ve snaze snížit počet kuřáků a zvláště o efektivitě substituční léčby pro ten samý záměr. MR pak několik takových SR mohou shrnout a zprostředkovat tak ucelenou informaci o intervencích v dané sféře.

Je zvykem, že v souvislosti s nově publikovanými studiemi, bývají SR jednou za několik let aktualizována. (Moher et al., 2008) Logickým krokem je pak i aktualizace MR. Jedno takové bylo publikováno v roce 2011 (Van Der Feltz-cornelis et al., 2011). Nutným předpokladem pro smysluplnou aktualizaci tohoto MR je dostatečný počet SR (v literatuře není žádný preferovaný počet vstupujících SR definován, logicky však musí být SR alespoň dvě). Autor této práce předpokládal, že za pět let bylo relevantních SR publikováno více než potřebné dvě a že provedení MR je žádoucí. Jeho výsledky mohou

²⁸ Klíčová slova uvedená do vztahu pomocí logických operátorů.

sloužit nejen jako vhodný podklad pro prevenci sebevražd založenou na EBP, ale současně i jako aktualizace předchozího MR.

MR, které bylo provedeno v rámci DP je založeno na systematickém prohledávání šesti vědeckých databází. Vyhledávací strategie se zaměřila na oblast prevence sebevražednosti a metodologický design systematických přehledových článků (SR, systematic review) a meta-analýz (MA)²⁹. Studie má tedy charakter a metodologii systematického přehledu systematických přehledů, neboli *meta-review*. Tento přístup se metodologicky liší od postupu aplikovaném v SR jen v tom, že jako základní jednotky pojímá nikoliv primární studie, ale SR. Pawson shrnuje proces SR do šablony o šesti základních na sebe navazujících krocích.

1. Formulace otázky
2. Identifikace a získání evidence
3. Posouzení kvality evidence
4. Extrakce a případná úprava dat
5. Syntéza dat
6. Rozšíření závěrů (Pawson, 2006)

Tento proces byl aplikován i v případě této práce. Jisté nedostatky týkající se šestého bodu, budou zmíněny v diskuzi. Krok číslo jedna je suplován výzkumnou otázkou 1) „Jaké efektivní intervence prevence sebevražednosti je možné identifikovat ve vědecké literatuře?“, která byla dostatečně podložena v úvodních kapitolách.

4.1 Vyhledávací strategie

Vyhledávání bylo omezeno na období od 1.1.2011 do 24.6.2016. Spodní hranice je dána datem publikování MR na obdobné téma (Van Der Feltz-cornelis et al., 2011). Vyhledávací klíč obsahující klíčová slova:

*suicide attempt, attempted suicide, suicidal behavior, suicidal ideation, suicide, suicid*³⁰, prevention, prevent*, review, meta analysis, literature review*

²⁹ Meta-analýzy shrnují podobně jako SR řadu studií, ale zaměřují se na výsledky jejich (nejčastěji) kvantitativních analýz, které za pomoci pokročilých statistických metod slučují a tím zpřesňují informaci např. o účinku konkrétní intervence (Trikalinos, Salanti, Zintzaras, & Ioannidis, 2008).

³⁰ Znak hvězdičky (*) ve vyhledávacích značí libovolnou koncovku. Zadané *suicid** tak vyhledává slova *suicide, suicidal, suicidality* a další.

byl aplikován v databázích PsycINFO, Embase, Medline, Social Policy and Practice, Cochrane a Web of Science vždy v úpravě pro specifické požadavky konkrétní databáze³¹. V některých databázích, které tuto službu poskytují, byl využit slovník synonym³². Vyhledávání nebylo omezeno jazykem publikace. Zdroje tzv. šedé literatury byly pominuty³³.

4.2 Kritéria pro zahrnutí a vyloučení z MR

Kritéria pro zařazení studie do finální analýzy byla stanovena následovně: studie musela mít metodologický charakter SR nebo MA, zabývat se prevencí sebevraždnosti a být publikována v recenzovaném časopise v anglickém jazyce. Žádná omezení nebyla aplikována na charakter intervence, cílovou populaci nebo charakter primárních studií zahrnutých v SR a MA. Některé články zahrnovaly kromě primárních studií i jiné SR a MA. Jejich vyřazení by výsledný seznam informačně ochudilo, proto byly do konečného výběru zařazeny.

4.3 Posouzení kvality zahrnutých článků

Pro posouzení kvality zahrnutých článků byl použit nástroj AMSTAR, který byl vyvinut specificky k hodnocení kvality systematických přehledových článků a meta-analýz (Shea, Grimshaw, et al., 2007), a jehož spolehlivost byla ověřena (Shea, Bouter, et al., 2007; Shea et al., 2009). Obsahuje celkem 11 položek zaměřených na metodologickou kvalitu článku. Pro potřeby tohoto MR byla použita originální verze s doplňujícími poznámkami³⁴. Tato verze byla upřednostněna před modifikací R-AMSTAR, pro jejíž spolehlivost zatím neexistuje dostatečná evidence (Pieper, Buechter, Li, Prediger, & Eikermann, 2015). Některé položky tohoto nástroje jsou problematické a nelze je aplikovat na všechny SR/MA (Burda, Holmer, & Norris, 2016). Od maximálního skóre 11 bodů bylo proto odečítáno pouze v případě, že daný článek nesplňoval podmínky pro získání bodu. Nikoliv v případě, kdy nebylo možné danou položku aplikovat. Autoři tohoto nástroje neuvádí žádnou hraniční hodnotu, která by značila nedostatečnou kvalitu studie (Baxter et al., 2016). V případě tohoto MR je AMSTAR využit jako doplňkový nástroj umožňující posouzení kvality nalezených článků, která není ve všech případech vysoká. Kompletní seznam otázek s poznámkami je k nalezení v příloze, základní znění otázek je následující:

1. Byl uveden *a priori* výzkumný design?

³¹ Konkrétní vyhledávací řetězce jsou k nalezení v příloze.

³² Thesaurus

³³ Nejčastěji nepublikované odborné práce, absolventské práce, publikace think tanků aj.

³⁴ K nahlédnutí v příloze a dostupná na oficiálních webových stránkách AMSTARu: [http://amstar.ca/Amstar_Checklist.php; citováno dne 19.10.2016].

2. Byla extrakce dat provedena nezávisle alespoň dvěma lidmi?
3. Bylo vyhledávání literatury dostatečně detailní?
4. Byl zohledněn status publikace (např. šedá literatura)?
5. Byl uveden seznam zahrnutých a vyloučených studií?
6. Byly uvedeny základní charakteristiky zahrnutých studií?
7. Byla posouzena (a uvedena) kvalita zahrnutých studií?
8. Byla kvalita studií využita při formulaci závěrů?
9. Byly použity vhodné metody pro slučování závěrů jednotlivých studií (týká se zejména kvantitativních závěrů)?
10. Byla posouzena možnost publikačního zatížení (*publication bias*)?
11. Byl vyjasněn možný konflikt zájmů?

4.4 Překryv studií se stejným zaměřením

Překryv primárních studií v jednotlivých SR/MA zahrnutých MR je problém, kterým je nutné se zabývat (Pieper, Antoine, Mathes, Neugebauer, & Eikermann, 2014). V krajním případě se totiž může jediná studie vyskytovat ve všech zahrnutých článcích, což by mohlo vést k falešnému zdání průkazné efektivity. Pro potřeby diplomové práce byl tento metodologický problém a zdroj možného zatížení výsledků vzat v potaz pro SR/MA s nejširším zaměřením³⁵. Účelem tohoto kroku bylo předejít zdánlivě vyšší efektivitě intervencí, které byly zahrnuty ve více SR/MA.

4.5 Metoda syntézy dat

Výsledky budou prezentovány narativně, vzhledem k očekávané heterogenitě studií, která byla předjímana z důvodu široce pojaté vyhledávací strategie. Z toho samého důvodu nebyla provedena MA. Narativní přehled je vhodný a běžně používaný způsob prezentace poznatků heterogenního vzorku studií³⁶. Studie byly pro potřeby tohoto MR seskupeny do šesti skupin na základě jejich zaměření.

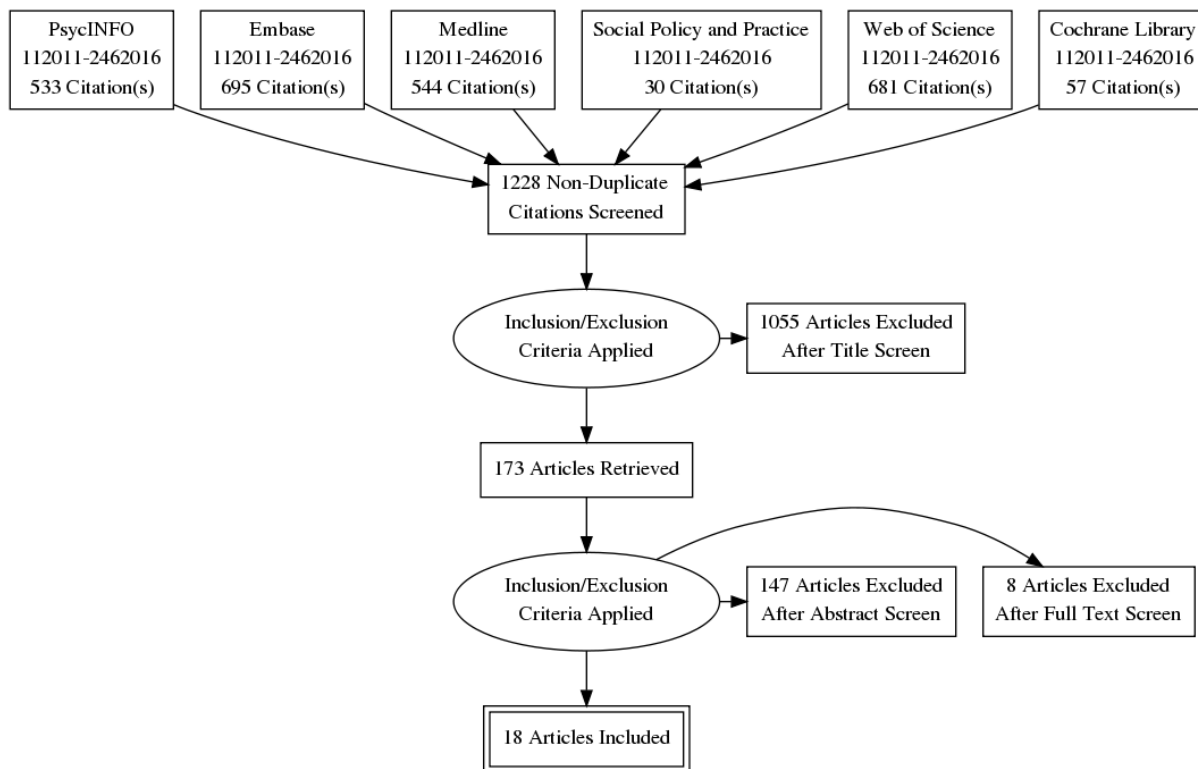
Jednotlivé skupiny intervencí byly za účelem vyšší přehlednosti v závěrečné fázi tohoto textu seskupeny podle stupně efektivity a síly evidence (kombinace výsledků hodnocení nástrojem AMSTAR a design zahrnutých studií v jednotlivých SR/MA) do tří kategorií. Kategorie se liší podle stupně doporučení intervence k implementaci (doporučení bez výhrad, s výhradami a nedoporučitelné) ze strany autora.

³⁵ Tímto se rozumí vyhledávací strategie konkrétního SR/MA se záběrem, který pojímá nejvíc oblastí a tím pádem je u něj nejvyšší pravděpodobnost překryvu s ostatními články.

³⁶ Například (Baxter et al., 2016).

4.6 Výsledky

V procesu vyhledávání bylo identifikováno celkem 2540 citací, po odstranění duplicit a porovnání s kritérii pro začlenění bylo do MR zařazeno 18 článků. V grafu č. 1 je proces vyhledávání upřesněn.



Graf č. 1: FLOW diagram³⁷: proces vyhledávání

4.7 Typ intervence

Pro potřeby metodiky prevence sebevraždnosti v ČR byly články tříděny do následujících kategorií. Tyto kategorie byly ve zkratkách použity v tabulkách 7 a 8.

- Specifická populace (n = 6)
 - Tyto články se zaměřují na konkrétní populaci a nespecifikují typ intervencí.
- Specifický typ terapie (n = 4)
 - Zde je naopak zkoumána efektivita konkrétního typu terapie bez rozlišování cílových skupin.
- Means restriction (n = 3)
 - V této kategorii jsou články, které se věnují specificky přístupu means restriction, tedy omezení přístupu k prostředkům sebevraždy; bez omezení cílovou skupinou.

³⁷ Pro vygenerování tohoto diagramu byl využit internetový nástroj *PRISMA Flow Diagram Generator* dostupný na stránkách <http://prisma.thetacollaborative.ca/> [použito 19.10.2016].

- Telefonní a webové intervence (n = 2)
 - Tyto články se věnují efektivitě telefonních a webových intervencí v celé možné šíři jejich použití a také bez konkrétní cílové populace.
- Média (n = 1)
 - Do této kategorie spadá jediná studie, která se zabývá vlivem mediálních preventivních opatření.
- Ostatní (n=1)
 - V této kategorii je jediná studie s širokým zaměřením.

Mezi kategoriemi je možné identifikovat jistý překryv. Článek sdružující evaluace intervencí primární prevence zaměřené na post-sekundární vzdělávání (Harrod, Goss, Stallones, & DiGuseppi, 2014) například obsahuje i prvky means restriction. Primárním tématem daného článku je však populace vysokoškolských a dalších postsekundárních studentů, nikoliv hodnocení efektivity přístupu means restriction. Tento postup byl zvolen s ohledem na vyšší přehlednost a snazší překlopení výsledků do praxe. V kategorii „ostatní“ je jediný článek, jehož zaměření je široké a který zasahuje do všech uvedených kategorií.

4.8 Metodologická kvalita zahrnutých studií

V tabulce č. 7 je uveden přehled hodnocení zahrnutých studií na základě nástroje AMSTAR. Kompletní hodnotící tabulku je možné nalézt v příloze. Tři studie získaly maximální hodnocení 11 bodů, tři 10 bodů, pět jich získalo 9 bodů, čtyři 8 bodů, dvě 7 a jedna studie 6 bodů. Články jsou v tabulce pro větší přehlednost seskupeny podle kategorií, které jsou používány i pro strukturaci výsledků.

Název	Autor	AMSTAR skóre	Kategorie a průměrný AMSTAR skóre
<i>Caught in a Web: A review of Web-based suicide prevention</i>	(Lai, Maniam, Chan, & Ravindran, 2014)	9	TWB (8.666)
<i>Effectiveness of Telephone-Delivered Interventions Following Suicide Attempts: A Systematic Review</i>	(Noh, Park, & Oh, 2016)	9	
<i>Web-Based and Mobile Suicide Prevention Interventions for Young People: A Systematic Review</i>	(Perry, Werner-Seidler, Calear, & Christensen, 2016)	8	
<i>A systematic review of the literature on counselling and psychotherapy for the prevention of suicide: 1. Quantitative outcome and process studies</i>	(Winter, Bradshaw, Bunn, & Wellsted, 2013)	9	T (10)

<i>A systematic review of the literature on counselling and psychotherapy for the prevention of suicide: 2. Qualitative studies</i>	(Winter, Bradshaw, Bunn, & Wellsted, 2014)	9	
<i>Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis</i>	(Meerwijk et al., 2016)	11	
<i>Meta-Analysis and Systematic Review Assessing the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT)</i>	(Panos, Jackson, Hasan, & Panos, 2014)	11	
<i>A review of the effectiveness of military suicide prevention programs in reducing rates of military suicides</i>	(Harmon, Cooper, Nugent, & Butcher, 2016)	8	P (9.5)
<i>A Systematic Review of Elderly Suicide Prevention Programs</i>	(Lapierre et al., 2011)	8	
<i>A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth</i>	(Calear et al., 2016)	10	
<i>A systematic review of school-based suicide prevention programs</i>	(Katz et al., 2013)	10	
<i>Hot idea or hot air: A systematic review of evidence for two widely marketed youth suicide prevention programs and recommendations for implementation</i>	(Wei, Kutcher, & LeBlanc, 2015)	10	
<i>Interventions for primary prevention of suicide in university and other post-secondary educational settings</i>	(Harrod, Goss, Stallones, & DiGuseppi, 2014b)	11	
<i>A systematic review of the literature on safety measures to prevent railway suicides and trespassing accidents</i>	(Havarneanu, Burkhardt, & Paran, 2015)	8	MRE (7)
<i>Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review</i>	(Cox et al., 2013)	6	
<i>The effectiveness of structural interventions at suicide hotspots: a meta-analysis</i>	(Pirkis et al., 2013)	7	
<i>Media Guidelines for the Responsible Reporting of Suicide A Review of Effectiveness</i>	(Bohanna & Wang, 2012)	7	M (7)
<i>Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review</i>	(G. Zalsman et al., 2016)	9	-- (9)

Tabulka č. 7: Přehled výsledků hodnocení nástrojem AMSTAR pro zahrnuté články. V pravém sloupci je v závorce vždy uveden průměrný skór pro danou kategorii. TWB = telefonní a webové intervence, T = specifická terapie, P = specifická populace, MRE = means restriction, neboli přístup založený na omezování dostupnosti prostředků sebevraždy, M = média, -- = zasahuje do všech oblastí.

4.9 Překryv v zahrnutých studiích

Nejvyšší riziko překryvu bylo identifikováno u článku *Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review*, který byl publikován jako poslední (7/2016), jeho vyhledávací strategie je široká a neklade žádná omezení na charakter zahrnutých studií (Zalsman et al., 2016). Z toho důvodu do tohoto SR mohou spadat i jiné SR/MA publikované v posledních 10 letech. Aby nedošlo k umělému navýšení efektivity různých druhů intervencí tím, že by byly reportovány dvakrát (jednou v samostatném článku a podruhé v diskutovaném SR), byl prohledán seznam referencí článku Zalsmana a kolegů.

Bylo zjištěno, že celkem čtyři studie z konečného výběru (22%) jsou součástí článku Zalsmana a kolegů (Zalsman et al., 2016). Z toho důvodu byl v dalším kroku článek prohledán a části, ve kterých bylo odkazováno na některou ze čtyř zmíněných studií, byly o tuto referenci oslabeny, aby nedošlo k opakovanému reportování jednotlivých výsledků. Seznam příslušných článků je v tabulce č. 8.

Článek	Autor a rok publikace	Kategorie	AMSTAR
<i>A systematic review of school-based suicide prevention programs</i>	Katz et al. (2013)	P	10
<i>Interventions for primary prevention of suicide in university and other post-secondary educational settings</i>	Harrod et al. (2014)		11
<i>Media Guidelines for the Responsible Reporting of Suicide A Review of Effectiveness</i>	Bohanna, Wang (2012)	M	7
<i>The effectiveness of structural interventions at suicide hotspots: a meta-analysis</i>	Pirkis et al. (2013)	MRE	7

Tabulka č. 8: Články zahrnuté v Zalsman et al. (2016). P = specifická populace, MRE = means restriction, M = média.

4.10 Výsledky

Výsledky jsou prezentovány v jednotlivých sub-kapitolách, které byly zmíněny výše. Současně je nutné předeslat, že v mnoha případech jsou prezentovány kvantitativní ukazatele efektivity intervencí. Přestože snižují čtivost textu, jsou nezbytnou informací o síle efektu. Jejich pomnutí by navíc bylo metodologickým prohřeškem vůči zásadám systematického přístupu k evidenci. Znalost statistických indikátorů však není pro pochopení hlavního sdělení MR nutná. Zásadním výstupem je tabulka na konci této kapitoly, kde jsou uvedeny všechny zásadní informace včetně posouzení vhodnosti pro český kontext.

4.10.1 Specifická populace

Do této kategorie spadá šest článků. U čtyř byla cílová populace mladí lidé různých věkových kategorií (Calear et al., 2016; Harrod et al., 2014; Katz et al., 2013; Wei, Kutcher, & LeBlanc, 2015). Zbylé články se věnovaly prevenci sebevražd v armádě (Harmon, Cooper, Nugent, & Butcher, 2016) a u osob starších 60 let věku (Lapierre et al., 2011).

4.10.1.1 Mladí lidé

První SR z roku 2013 se věnuje intervencím snižující sebevražednost u mladých ve věku 0 až 18 let (Katz et al., 2013). Většina studií, které byly zařazeny do jejich SR, hodnotily plošné intervence ve školním prostředí využívající zvyšování povědomí a úpravy kurikula, screening, školení gatekeeperů, peer leadership a nácvik dovedností. Pouze tři identifikované programy byly hodnoceny pro snižování prevalence sebevražedného chování (autoři do něj řadí myšlenky na sebevraždu, pokus o sebevraždu nebo samotnou sebevraždu). Signs of Suicide (SOS) a The Good Behavior Game (GBG) byly jediné intervence, které byly schopné snížit počet sebevražedných pokusů (stupeň B doporučení programu). SOS se na rozdíl od GBG neukázal jako účinný při snižování sebevražedných myšlenek (stupeň D vs. stupeň B doporučení programu). Autoři dále identifikovali kvalitní evidenci prokazující vliv programů na zlepšení postojů a vědomostí o sebevraždě; některé z těchto programů se ukázaly jako účinné i pro nácvik dovedností snižujících rizikové faktory nebo zvyšující protektivní faktory. Neprůkazná evidence byla nalezena pro programy podporující vyhledávání pomoci. Autoři v souvislosti s efektivitou programů neuvádějí žádné kvantitativní ukazatele.

Následující SR (Wei et al., 2015) si kladlo za cíl ověřit efektivitu dvou široce užívaných, komerčně obchodovaných programů pro prevenci sebevražd u dospívajících ve školním prostředí (bez specifické věkem definované cílové skupiny). A to SOS zmiňovaného v předchozím odstavci a Yellow Ribbon (YR). YR byl objektem zkoumání i v předchozím SR, kde obdržel negativní hodnocení pro podporu vyhledávání pomoci (stupeň D doporučení programu). SR ve čtyřech člancích zkoumalo celkem 7 184 studentů (celkem pro intervenční i kontrolní skupinu), 310 učitelů (celkem pro intervenční i kontrolní skupinu) v jedné ze studií a pro jednu ze studií je specifikován jen celkový počet škol, na kterých probíhalo měření (92 škol v intervenční skupině a z nich 68 při follow-up měření³⁸). U SOS studií je uváděna efektivita u ukazatelů: vědomosti a postoje (statisticky významný rozdíl $p < 0,05$ u dvou ze tří RCT), pokusy o sebevraždu (statisticky významný rozdíl $p < 0,05$ u dvou ze tří RCT); u help-seeking a myšlenek na sebevraždu nebyl identifikován statisticky významný rozdíl mezi kontrolní a experimentální skupinou. Čtvrtá studie zabývající se SOS identifikovala 60% nárůst v help-seeking.

³⁸ Pojem „follow-up měření“, nebo „follow-up“ je v této práci používán ve smyslu následného měření v určitém intervalu od intervence

Autoři diskutovaného SR chápou závěry SOS studií jako problematické vzhledem k tomu, že některé důležité proxy ukazatele se spíše zhoršily (žádné zlepšení help-seeking, v jednom ze tří RCT dokonce zhoršení help-seeking u experimentální skupiny, byť nesignifikantní). Zásadní kritikou je, že i přes prezentované signifikantní snížení pokusů o sebevraždu ve dvou RCT (měřeno sebe hodnocením) nedošlo k snížení sebevražedných myšlenek. Zvýšení help-seeking u jedné studie je uváděn 60%, nicméně se jedná o relativní nárůst (6,79 před implementací, 10,63 po implementaci), navíc vzhledem k tomu že se nejedná o RCT, není možné usuzovat na to, že tento nárůst je čistě díky SOS. V případě YR programu došlo v experimentální skupině ke statisticky významnému poklesu oznámených pokusů o sebevraždu v porovnání s kontrolní skupinou (7,9% pokles vs. 7,7% nárůst; $p < 0,001$)

Na základě kritického zhodnocení pěti zařazených studií (4 SOS, 1 YR) dospěli autoři k závěru, že přestože některé ze studií uvádějí pozitivní účinek programů, nelze je školám a komunitám doporučit. Autoři u studií identifikovali metodologické nedostatky a za problematické označili také výstupy, které tyto studie měřily ve vztahu k sebevražednosti.

Další SR (Calear et al., 2016) se zaměřilo na prevenci sebevražednosti u mladých ve věku 12 - 25 let a sdružuje celkem 29 primárních článků (celkový počet účastníků $n = 10\,654$), z nichž se 17 ukázalo jako efektivní. Deset z nich bylo založeno na psychoterapeutické intervenci a zbylých sedm na méně formálních psychosociálních intervencích. Z efektivních programů jich bylo šest zavedeno ve školním prostředí, tři v komunitním prostředí a zbylých osm ve zdravotnických zařízeních. Co se týká způsobu doručení efektivních programů, dva byly univerzálního charakteru, čtyři programy cílily na osoby s historií deprese nebo záměrného sebepoškození a tři na osoby s historií záměrného sebepoškození. Zbylých 11 programů rekrutovalo účastníky z řad osob s historií sebevražedných myšlenek nebo pokusů.

Následující SR se zaměřilo na intervence v prostředí terciárního vzdělávání (Harrod, Goss, Stallones, & DiGuseppi, 2014a). Do SR se dostalo celkem osm článků. Intervence měly charakter vzdělávání v hodinách, institucionální politiky a školení gatekeeperů a byly analyzovány zvlášť. Všechny intervence obsahovaly prvky primární i sekundární prevence, tedy cílovou skupinou byli jak studenti se zvýšeným rizikem sebevraždy, tak studenti bez zvýšeného rizika.

Tři studie zkoumaly vzdělávání v hodinách ve vztahu k sebevražednosti (počet studentů ve všech studiích $n = 312$) a byla pro ně provedena meta - analýza. Její výsledky ukazují, že tento typ intervence v krátkodobém horizontu prokazatelně zvyšuje vědomosti o sebevraždě ($SMD^{39} = 1,51$, 95% IS 0,7 až 2,45), avšak se značnou heterogenitou mezi studii ($\chi^2 = 22,60$; $p < 0,00001$; $I^2 = 91\%$) s mírně vyšší

³⁹ *Standardized mean difference*; standardní odchylka průměru

efektivitou pro didaktické v porovnání se zážitkovým vzděláváním. Stejně tak bylo v krátkodobém horizontu sledováno zvýšení vědomostí o prevenci sebevraždy (SMD = 0,72; 95% IS 0,36 až 1,07) s mírným stupněm heterogenity (χ^2 test = 3,98; $p = 0,14$; $I^2 = 50\%$), moderující vliv způsobu vzdělávání nebyl prokázán. Jedna ze tří zmiňovaných studií ukazuje statisticky nevýznamný nárůst schopnosti zabránit sebevraždě. Dlouhodobý vliv těchto intervencí nebyl sledován, stejně tak nebyl sledován vliv na sebevražedné chování.

Jedna studie vyhodnocovala institucionální politiku, která spočívala v omezeném přístupu k laboratornímu kyanidu a stanovila povinné posouzení profesionálem v případě pokusu o sebevraždu nebo při hrozbě sebevraždou. Tato intervence měla statisticky významný vliv na sebevraždy ve zkoumané instituci. Na základě měření třech let před a šest let po implementaci byla snížena míra sebevražednosti (7,89 před vs. 2,00 po na 100 000; $Z = 2,32$; $p < 0,05$). Sebevražednost poklesla i ve srovnání s podobnými 11 institucemi, kdy před implementací nebyl mezi intervenční a kontrolními institucemi rozdíl. Efektivita této intervence zatím nebyla zkoumána jinou studií.

Čtyři studie (53 až 146 účastníků) se zabývaly gatekeeper programy. Tyto programy mohou mít v krátkém časovém horizontu malý až střední pozitivní vliv na vědomosti o sebevražednosti (SMD = 0,86, 95% IS 0,28 až 1,44; SMD = 0,63, 95% IS -0,02 až 1,28; $n = 2$ studie) a na vědomosti o prevenci sebevražednosti (SMD = 0,64, 95% IS 0,28 až 0,99; $n = 1$ studie). U cílové skupiny zaměstnanců nebyl pozorován žádný efekt, zatímco u peer poradců⁴⁰ mírný nesignifikantní (SMD = 0,46, 95% IS -0,06 až 0,98; $n = 1$ studie). Jedna ze studií cílená na peer poradce reportovala podstatný nárůst schopnosti předejít sebevraždě (SMD = 0,78, 95% IS 0,24 až 1,31), další pak malý nesignifikantní nárůst (SMD = 0,24, 95% IS -0,11 až 0,59) této schopnosti. Nebyla nalezena žádná evidence, která by dokazovala, že gatekeeper programy krátkodobě zlepšují postoje k sebevraždě nebo dlouhodobé vědomosti o sebevražednosti či chování gatekeeperů.

4.10.1.2 Armáda

SR, které se zabývalo efektivitou programů pro prevenci sebevražednosti v americké armádě (Harmon et al., 2016), čítá pět primárních studií nižší metodologické kvality. Jednotlivé programy se od sebe podstatně lišily charakterem i počtem účastníků (jediné dvě studie uvedly jejich počet, v jedné jich bylo 110, v druhé 5 260 292).

Dvě ze studií doložily efektivitu programů pouhým konstatováním, že se programy v jistém smyslu jeví jako efektivní (více složkové programy založené na včasné detekci, vzdělávání, léčbě, komunikaci a

⁴⁰ Tzv. peer pracovníci jsou osoby rekrutované ze skupiny, se kterou pak sami pracují. Jejich výhodou je vzhled do problémů dané skupiny.

zapojení velitelů během nasazení jednotek; vzdělávání, školení, letáky, kontakty v případě krize, ubytovací služby, management vysoce rizikových jedinců).

Program založený na zasílání účastných dopisů/emailů bývalým psychiatrickým pacientům z řad vojáků po jejich propuštění z léčby. Většina účastníků (n = 110) měla při přijetí do léčby sebevražedné představy nebo přemýšlela nad sebepoškozováním a všichni byli diagnostikováni s depresivní poruchou. Z původního počtu bylo ve sledovaném období přijato zpět do léčby 15 osob v porovnání s 20 ze skupiny, která nebyla kontaktována dopisy nebo emaily.

Další prevenční program byl uskutečněn v americkém námořnictvu jako reakce na sebevraždy nováčků v zácvičku. Šest měsíců trvající program měl za cíl zvýšit schopnost instruktorů identifikovat rizikové jedince a motivovat je v takovém případě zakročit. Výsledky ukázaly signifikantní negativní korelaci mezi počtem vyškolených instruktorů a počtem sebevražedných pokusů nováčků.

Poslední studie byla zaměřená na evaluaci intervence, jejíž cílem bylo redukovat rizikové a podpořit protektivní faktory a podpořit vyhledávání pomoci v krizových případech u leteckých jednotek americké armády. Program měl celkem 11 složek od zapojení velitelů po vznik krizových týmů. Analýza využívající před a po-intervenční měření na vzorku více než pěti milionů osob zaměstnaných v letectvu mezi lety 1990 a 2002 identifikovala 33% snížení rizika spáchání sebevraždy. Intervence měla i několik dalších pozitivních dopadů jako je snížení míry páchání domácího násilí nebo vražd.

4.10.1.3 Lidé starší 60 let

Na efektivitu programů, které se zabývaly prevencí sebevražednosti osob starších 60 let, se soustředilo další SR (Lapierre et al., 2011). Většina studií se zaměřovala na snižování rizikových faktorů (testování depresivních symptomů a následná léčba, snižování izolace). Jen některé si kladly za cíl zvýšení protektivních faktorů.

Dva programy, jejichž základem byla léčba deprese ve spolupráci s primární péčí, vedly k poklesu míry deprese a sebevražedných představ v porovnání s běžnou léčbou při měření po 6, 12, 18 a 24 měsících. U jednoho z programů byl pozorován signifikantní pokles sebevražedné touhy u osob s vážnější formou depresivní poruchy 4, 8 a 24 měsíců po intervenci v porovnání s běžnou léčbou.

Komunitní terénní programy (n = 6) ve venkovském prostředí s častějším výskytem sebevražd (Japonsko) se prokázaly jako efektivní ve smyslu snížení sebevražednosti s větším efektem pro ženy (pokles až o 70%), jak vyplývá z MA jejich výsledků. Vyšší pokles pro muže byl identifikován v případech, kdy intervence obsahovala prvek opětovného kontaktu ze strany psychiatra (efekt nebyl pozorován v případě opětovného kontaktu ze strany praktického lékaře).

Čtyři studie se zabývaly vyhodnocením efektivity telefonních intervencí. Jedna ze studií uvádí pokles sebevraždnosti o 28,8% oproti očekávané míře (signifikantní pozitivní efekt jen pro ženy). Další studie nevidovala žádný efekt intervence. Konečně poslední dvě telefonní intervence reportovaly signifikantní pokles v beznadějnosti, ne však v depresivních symptomech.

Léčba deprese s využitím farmakoterapie a psychoterapií se u starších osob ukázala jako účinná při snižování sebevraždných představ a myšlenek nezávisle na rizikovosti osoby ($n = 3$). Osoby s vyšším rizikem však potřebovaly delší léčbu pro dosažení obdobných výsledků než lidé s nižším rizikem.

Pouze dvě intervence uplatnily opačný přístup a snažily se zvýšit odolnost účastníků posilováním protektivních faktorů. Jeden program byl založený na 11 týdenním semináři s prvky CBT pro osoby s problematickou adaptací na důchod. V porovnání s kontrolní skupinou došlo u intervenční skupiny k poklesu psychologického rozrušení a poklesu míry deprese a také k posílení protektivních faktorů jako naděje a pozitivní postoj ke stáří. Druhá intervence byla založena na interpersonální psychoterapii (16 týdnů) zaměřené na zlepšení sociálního fungování a schopností za účelem zvýšení společenské podpory a satisfakce v oblasti mezilidských potřeb. U účastníků došlo v porovnání se vstupním měřením k signifikantnímu poklesu závažnosti depresivních symptomů a ke zlepšení skóru na škále sebevraždných představ.

4.10.2 Specifický typ terapie

Do této kategorie byly zařazeny čtyři studie. Dva z nich se věnují poradenství a psychoterapii, jsou od stejného kolektivu autorů a zaměřují se zvláště na kvantitativní a kvalitativní studie (Winter et al., 2013, 2014). Článek Meerwijk a kolegů zkoumá rozdíly v efektivitě přímých a nepřímých psychosociálních a behaviorálních intervencí (Meerwijk et al., 2016). Poslední z článků v této sekci zkoumá dialektickou behaviorální terapii (DBT) v souvislosti se sebevraždností (Panos et al., 2014).

První článek o poradenství a psychoterapii (Winter et al., 2013) se soustředí na kvantitativní studie a studie mapující průběh terapeutického procesu. Bylo provedeno MR předchozích SR a MA ($n = 15$), MA primárních studií ($n = 67$) a narativní review procesních studií ($n = 17$). Všechny články, které byly zařazeny, se věnují poradenství a psychoterapii, což odkazuje na indikovaný přístup k prevenci.

V rámci MR jsou diskutovány výsledky jen 4 ze zmiňovaných 15 SR a MA a to útržkovitě. Autoři věnují pozornost značnému rozdílu mezi výsledky dvou z nich (jednoho zaměřeného na kognitivně behaviorální terapii (CBT) a jiného na psychosociální intervence), kdy jedno přináší evidenci o efektivitě (CBT), druhé nenalézá žádný vliv intervence. To je dáno sledovanými proměnnými (zástupné proměnné pro sebevraždu vs. dokonané sebevraždy). Další dvě SR poukazují na efektivitu konkrétního typu CBT (problem-solving therapy; PST). O výsledcích zbylých článků zahrnutých do MR se autoři nezmiňují.

MA byla provedena pro dvě skupiny studií (*a*) kontrolované studie (celkem 3 199 účastníků v intervenční skupině; 2 931 účastníků v kontrolní skupině) a (*b*) měření před a po pouze u intervenční skupiny (počet účastníků není zmíněn). Z 67 studií se do skupiny *a* dostalo 54 studií a do skupiny *b* 38 (což značí překryv ve 21 případech, kdy byla studie zařazena do obou skupin). MA pro skupinu *a* ukázala, že výsledky 44 studií dokládají možnou efektivitu psychoterapie/poradenství (nebere v potaz interval spolehlivosti), jejich výsledný kombinovaný efekt v porovnání s kontrolní skupinou značí pozitivní vliv psychoterapie a poradenství na oblast sebevražednosti (ES -0,45; 95% IS: -0,57 až -0,32, $p < 0,001$), avšak s vysokou mírou heterogenity ($I^2 = 91\%$; $p < 0,001$). Nebyly identifikovány žádné rozdíly mezi randomizovanými a nerandomizovanými kontrolovanými studii. Z důvodu vysoké heterogenity bylo provedeno několik analýz podskupin. Studie, ve kterých terapie trvala 6 až 20 hodin, naměřily vyšší efektivitu než studie, kde byla terapie podávána kratší dobu. Větší efektivita byla dále identifikována pro intervence v pobytových lékařských institucích a pro studie s kratším intervalem mezi jednotlivými follow-up měřeními ($p < 0,05$).

Výsledky MA pro 38 studií ve skupině *b* ukazují výsledný kombinovaný efekt sníženého rizika sebevraždy (ES -0,72; 95% IS: -0,853 až -0,579, $p < 0,001$; měřeno zástupnými proměnnými), opět byla zjištěna značná heterogenita ($I^2 = 76\%$; $p < 0,001$). Při měření heterogenity zvláště pro tři nejčastější typy terapie CBT, PS a dialektickou behaviorální terapii (DBT), byla identifikována homogenita ($I^2 = 0\%$; $p < 0,510$) při zachování statisticky významných výsledků favorizujících post měření. Větší efektivita byla naměřena u studií, kde doba intervence v součtu přesáhla šest hodin.

Narativní přehled procesních studií upozorňuje na důležité faktory, které mohou mít vliv na výsledky terapie: postoje a zkušenosti terapeutů, beznadějnost a doba zapojení do terapie na straně klientů, druh terapie (mladí lidé neshledávají rodinnou terapii nápomocnou), řešení spíše externích problémů nikoliv příčin, podpora klienta blízkou osobou, respekt a porozumění ze strany terapeuta.

Následující studie (Winter et al., 2014) je součástí SR diskutovaného v předchozích odstavcích a zaměřuje se na kvalitativní studie o psychoterapii a poradenství ($n = 13$) s klienty léčenými pro sebevražedné chování nebo záměrné poškozování a terapeutů ($n = 147$ celkem; v rozsahu 4 až 20 pro jednotlivé studie). Čtyři studie se zaměřovaly na subjektivně vnímanou efektivitu u DBT, která byla vždy zhodnocena jako efektivní a nápomocná při léčbě sebevražedného chování. Mezi další výsledky tohoto SR patří seznam témat, který byl sestaven na základě kvalitativní analýzy.

- Proces
 - Kvality terapeuta
 - Respekt, porozumění, neodsuzování
 - Komponenty terapie

- Délka a počet sezení, závazek
 - Teoretický rámec
 - Terapeutické techniky
 - Skupinová terapie, nácvik schopností jako součást DBT terapie, telefonní konzultace, ticho, rada, validace
- Efektivita
 - Zmírnění sebevražedného chování
 - Kvalita života
 - Práce s emocemi, zlepšení v mezilidských vztazích, motivace
- Bariéry
 - Vlastnosti terapeuta
 - Komponenty terapie
 - Jazyk, vyrovnanost
 - Tajemství
 - Přenos do běžného života
 - Zodpovědnost profese
 - Kvalifikace
 - Charakter sebevražedného chování a sebepoškozování
- Moderující faktory
 - Zodpovědnost
 - Podpora
 - Předávání terapeutických schopností členům rodiny

Tato témata byla identifikována v rozhovorech s klienty a terapeuty. Jedná se o důležité faktory, které mohou mít vliv na úspěšnost předcházení sebevraždě u této vysoce rizikové skupiny, případně mohou mít vliv na osobu terapeuta, jeho motivace aj.

Další studie (Meerwijk et al., 2016) je SR (MA) přímých a nepřímých behaviorálních a psychosociálních intervencí, které mají za cíl předcházet sebevraždám a pokusům o ně. Tyto intervence jsou komparovány mezi sebou a s běžnou léčbou. Přímé intervence jsou v tomto článku chápány jako intervence adresující sebevražedné chování během léčby, nepřímé pak jako intervence adresující symptomy související se sebevražedným chováním (beznadějnost, deprese, úzkosti a další).

Zařazeno bylo celkem 53 článků založených na 44 šetřeních. 31 šetření s post intervenčním měřením se zúčastnilo celkem 6 658 účastníků v intervenční skupině a 6 711 v kontrolní skupině. Šetření, která měla i follow-up měření (n = 29), se zúčastnilo 5 838 osob v intervenční a 6 084 osob v kontrolní

skupině. Podmínka, pod kterou byli účastníci zařazeni do studií, byl sebevražedný pokus/sebevražedné myšlenky (n = 28; 64%) nebo diagnóza duševního onemocnění souvisejícího se zvýšeným rizikem sebevraždy (n = 16; 36%). Z toho plyne, že všechny intervence byly indikované, cílené na osoby se zvýšeným rizikem spáchání sebevraždy. Kontrolní skupina byla ve většině případů léčena obvyklým způsobem (n = 40; 91%; TAU) nebo jí byla podána alternativní forma intervence (n = 4; 9%). Doba trvání intervencí byla poměrně dlouhá, průměrně 11.3 a 13.6 měsíců (post intervenční a follow-up studie).

Přímé intervence byly nejčastěji založeny na CBT nebo DBT přístupu. Riziko pokusu nebo spáchání sebevraždy bylo signifikantně nižší pro intervenční skupinu přímých intervencí ve srovnání s kontrolní skupinou (OR⁴¹ 0,62, 95% IS 0,45–0,87; I² = 22,9%; n = 11)

Pro skupinu nepřímých intervencí nebylo identifikováno signifikantně snížené riziko pokusu nebo spáchání sebevraždy při srovnání s kontrolní skupinou (OR = 0,93, 95% IS 0,77–1,12, I² = 5,3%; n = 20). Mezi čtyřmi nejčastějšími typy intervencí v této skupině (každou zastupují minimálně tři studie) byly tyto: rozvoj schopností, aktivní kontaktování za účelem podpory udržení jedince v léčbě, přístupy založené na psychoterapii (CBT) nebo mentalizaci (zlepšení klinických symptomů) a služby case managementu. V rámci analýzy těchto podskupin se jako průkazně efektivní ukázalo pouze aktivní kontaktování (OR = 0,75; 95% IS 0,57–0,99; I² = 0,0%; n = 4).

Výsledky srovnání post intervenčního efektu přímých a nepřímých intervencí (vztaženo k referenční kategorii běžné léčby) nefavorizují ani jeden z přístupů (OR 0,62 vs. 0,93; p = 0,06). Tento rozdíl ale představuje velkou effect size (Cohenovo d = 0,77)

Co se týká dlouhodobého efektu při follow-upu, pro přímé intervence bylo riziko pokusu nebo spáchání sebevraždy signifikantně nižší než pro kontrolní skupinu (OR = 0,65, 95% IS 0,46–0,91; I² = 27,6%; n = 10). Signifikantní výsledek u follow-up měření byl identifikován i pro nepřímé intervence, které favorizuje před kontrolní skupinou (OR = 0,82, 95% IS 0,70–0,96; I² = 0,0%; n = 19), při vynechání studie s nejvyšším efektem byl výsledek nesignifikantní. Aktivní kontaktování mělo opět jako jediná samostatná skupina s více než třemi zástupci signifikantní efekt (OR = 0,80; 0,66–0,97; I² = 0,0%; n = 7).

Výsledky srovnání efektu přímých a nepřímých intervencí při follow-up měření (vztaženo k referenční kategorii běžné léčby) nefavorizují ani jeden z přístupů (OR 0,65 vs. 0,82, p = 0,25), tento rozdíl představuje střední effect size (Cohenovo d = 0,47).

⁴¹ Odds ratio; poměr šancí

Vzhledem k vyšší efektivitě, která je navíc přítomná post-intervenčně i dlouhodobě (u nepřímých intervencí není identifikován post-intervenční efekt), je žádoucí favorizovat přímé intervence. Nepřímé intervence se jeví jako vhodný doplněk k léčbě.

Efektivitou DBT specificky u osob s hraniční poruchou osobnosti se zabývala následující MA (Panos, Jackson, Hasan, & Panos, 2014). Efektivita DBT byla sledována na výstupech přímo souvisejících se sebevraždami nebo na výstupech s přímým vztahem k sebevraždě nebo úspěšnosti léčby (sebevražedné chování včetně pokusu o sebevraždu, udržení pacienta v léčbě, symptomy deprese). Indikované intervence předcházející sebevraždě mají u skupiny pacientů s diagnostikovanou BPD zvláštní důležitost, protože se jedná o vysoce rizikovou skupinu. Je odhadováno, že 70-80% osob s BPD má historii sebezničujícího jednání (Linehan et al., 2006).

V rámci této MA bylo vybráno pět RCT studií zahrnujících 247 účastníků v intervenční skupině, jejichž výsledky byly srovnávány s výsledky účastníků z běžné léčby ($n = 4$) nebo z modifikované běžné léčby ($n = 1$). Byly provedeny dvě analýzy, zvláště pro skupinu studií ($n = 3$), která využívala k posouzení efektivitě léčby sebevražedného chování výkon na psychologických škálách (pre/post měření v porovnání s TAU) a zvláště pro skupinu, která hodnotila efektivitu na základě relativního rizika sebevraždy pro intervenční skupinu ve srovnání s TAU.

Výsledky MA pro první skupinu studií ukazují nesignifikantní efekt DBT při srovnání s TAU (Hedgesovo $g = -0,636$, 95% IS $-1,38$ až $0,11$). Analýza druhé skupiny odhalila signifikantní snížení relativního rizika sebevraždy při využití DBT v porovnání s TAU (OR = $0,31$, 95% IS $0,15$, $0,67$). Analýza kombinující výsledky všech pěti studií dokazuje efektivitu DBT pro prevenci sebevražedného chování a sebevraždy v porovnání s TAU (Hedgesovo $g = -0,622$, 95% IS $-0,983$ až $-0,260$). DBT je v komparaci s TAU minimálně efektivnější s ohledem na udržení pacienta v léčbě. Tři ze studií měřily dopad DBT na depresi, kdy se neukázalo, že by DBT byla signifikantně efektivnější v porovnání s TAU.

4.10.3 Omezování přístupu k prostředkům k vykonání sebevraždy (means restriction)

Výhradně na tento přístup k prevenci sebevražd se zaměřily tři ze studií, které prošly do konečného výběru. Dvě z nich se věnují intervencím na úrovni tzv. hot spotů (HS) - místech, která svým charakterem umožňují sebevraždu (Cox et al., 2013; Pirkis et al., 2013). Jedná se typicky o místa a stavby, ze kterých je možný skok ze značné výšky, pod vlak atd. Třetí studie se zabývá problémem sebevraždnosti specificky na konkrétním typu HS – železnicích (Havarneanu et al., 2015).

První studie adresuje otázku: „Jaké intervence snižující sebevražednost na HS existují a jsou efektivní?“ (Cox et al., 2013). Do tohoto SR je zařazeno 19 článků založených na 14 studiích na 13 lokacích. Autoři dělí intervence do čtyř kategorií na základě charakteru intervence: means restriction, motivace k vyhledání pomoci, zvyšování pravděpodobnosti zásahu třetí strany, poskytnutí poradenství/vedení

zodpovědného publikování o sebevraždě v médiích ve snaze předejít zbytečné negativní popularitě konkrétního HS a působí i jako prevence nápodoby.

První skupina článků evaluujících přístup means restriction je nejpočetnější (n = 9) a obsahuje intervence spočívající v prevenci skoku z výšky nebo před vlak za využití instalace fyzických zábran. Výsledky všech článků naznačují, že počet sebevražd po instalaci zábran klesá nebo naopak stoupá po jejich odstranění. Pět studií (USA, Kanada, Švýcarsko, 2 x VB) uvádí pro sledované období po instalaci bariér redukci sebevražd na nula pozorování. Další dvě studie uvádějí výrazný pokles sebevraždění, jedna z těchto studií hodnotí intervenci (VB, USA), jejíž součástí byla instalace kamerového systému (VB). Zavedení systému dveří znemožňujícím vstup do kolejiště před zastavením vlaku vedlo k signifikantnímu poklesu v sebevraždění (Hong Kong). V případě odstranění bariér z mostu z důvodu nevyhovujícího vzhledu se před postavením nových sebevraždění zvýšila (Nový Zéland). Osm ze zmíněných studií se zaměřilo i na posouzení potenciálního nárůstu sebevraždění na příbuzných objektech v blízkosti intervenční lokace. Výsledky sedmi z nich neidentifikovaly nárůst nebo identifikovaly pokles sebevraždění v obecné populaci nebo v populaci mužů (ti tíhnou k smrtelnějším metodám). Jediná studie neidentifikovala pokles sebevraždění v obecné populaci přes pokles na intervenční lokaci, což naznačuje přesun k zástupným metodám nebo lokacím.

Intervence založené na motivování k vyhledání pomoci evaluují tři studie. Intervence byly následujícího charakteru – instalace značení s kontaktem na krizovou linku na odloučených parkovištích (VB), instalace přímých telefonních linek na mostě spolu se zavedením policejního dohledu (USA) a zavedení krizové linky a viditelného umístění čísla ve všech hotelových pokojích na ostrově, který neblaze proslul jako místo sebevražd (Hong-Kong). Všechny intervence vedly v dané lokalitě k poklesu sebevražd a dvě studie, které zkoumaly také možnost zástupných sebevražd, neobjevily nárůst na příbuzných lokacích (VB, Hong-Kong).

Zvyšování pravděpodobnosti zásahu třetí strany a evaluace intervencí založených na tomto přístupu bylo předmětem dalších tří studií. Dvě z nich, hong-kongská a britská studie, byly zmíněny v předchozím odstavci. V Británii byla zavedena přítomnost policie na daném místě a v Hong-Kongu bylo uskutečněno školení gatekeeperů a zřízeny hlídky. Poslední studie referuje o školení personálu mostu, byla také zmíněna (intervence dále spočívá v instalaci bariér v kombinaci s instalací kamerového systému; VB). Po zavedení těchto kombinovaných intervencí došlo k poklesu sebevraždění.

Jediná intervence cílila na média ve snaze změnit charakter obsahu zpráv o sebevraždách na specifických HS (vídeňské metro; Rakousko). Ve sledovaném období před intervencí, kdy byl běžný senzacechtivý styl při psaní o sebevraždách skokem pod metro, autoři evidovali postupný nárůst

pokusů a sebevražd touto metodou. Po implementaci směrnic zodpovědného psaní pokusy a sebevraždy ve vídeňském metru signifikantně poklesly a byl evidován i celostátní pokles míry sebevraždění.

Předmětem další MA (Pirkis et al., 2013) byla analýza efektivity strukturálních intervencí na HS založená na datech z devíti studií (NZ = 3, VB = 2, USA = 2, Švýcarsko = 1, CA = 1), z nichž jedna byla duplikovaná a proto zařazená jen jednou (provedení nezávislé replikace šetření jiným výzkumným týmem). Strukturální intervence spočívají v omezení možnosti vykonání sebevražedného záměru na daném místě (bariéry, blokace silnice vedoucí k HS aj.). Všechny zahrnuté studie (n = 8) jsou metodologicky založené na pre-post intervenčním měření. V před intervenčním období bylo spácháno průměrně 5,7 sebevražd ročně (436 úmrtí, 77 sledovaných let). V post intervenčním období průměrný počet sebevražd klesl na 0,5 ročně (21 úmrtí, 46,4 sledovaných let). Celkový efekt strukturálních intervencí byl 86% redukce v absolutních počtech sebevražd na rok (RR = 0,14, 95% IS 0,09 až 0,21, p = 0,001).

Pro ověření, zda nedošlo k přesunu problému, byla provedena MA příbuzných lokací v daných městech (n = 6). V před intervenčním období bylo spácháno průměrně 2,8 sebevražd ročně (158 úmrtí, 57 sledovaných let). V post intervenčním období průměrný počet sebevražd stoupl na 3,6 ročně (150 úmrtí, 42 sledovaných let). Celkově tak došlo k 44% nárůstu počtu sebevražd ročně (RR = 1,44, 95% IS 1,15 až 1,81, p = 0,002).

Kombinované výsledky z intervenčních i kontrolních lokací (n = 6) v před intervenčním období ukazují průměrně 6,2 sebevražd ročně (354 úmrtí, 57 sledovaných let) a v post intervenčním období v průměru 4,1 sebevražd ročně (171 úmrtí, 42 sledovaných let). Ačkoliv data ukazují přesun problému na příbuzné lokace, celkově došlo k 28% poklesu počtu sebevražd na rok (RR = 0,72; 95% IS 0,60 až 0,87; p = 0,001), který naznačuje efektivitu strukturálních intervencí na hotspotech.

Posledním z kategorie intervencí na úrovni hotspotů je SR zaměřené na prevenci sebevraždění a nehod s osobami bez sebevražedného úmyslu v železniční dopravě (Havarneau et al., 2015). Autoři v článku kompilují výsledky ze 139 primárních článků, z nichž 22 provedlo evaluaci intervence. Intervence zaměřené na prevenci střetu vlaku s osobou bez sebevražedného úmyslu jsou využívány i jako prevence sebevražd, proto nejsou vyřazeny. Bylo identifikováno celkem 16 opatření používaných jako prevence sebevražd a/nebo smrtelných nehod (fyzické bariéry, spolupráce mezi institucemi, design prostředí, monitoring a detekční systémy, vzdělávání a informování na individuální úrovni, vymáhání, trest a hlídky, obecná osvěta, značení, technický design prostředí, školení zaměstnanců, posouzení rizika, poučení z předchozího výzkumu a dobré praxe, osvětlení s vlivem na chování, přídavné technologie pro strojvedoucí, design prostředí a estetika s vlivem na chování, operativní řízení dopravy) a tři opatření předcházející sebevraždám (vhodné reportování o sebevraždách v médiích,

informace o možné pomoci v krizi a zvýšení podpory na hotspotech, snížení atraktivity železniční dopravy jako sebevražedné metody).

Nečastějším tématem publikací byla sebevražda (58%) následována sebevraždou a nehodou s osobou bez sebevražedného úmyslu (19%), nehoda bez sebevražedného úmyslu (17%) a nehody na přejezdech a ostatní nehody (6%). Co se týká typu opatření, nejvíce frekventované bylo v publikacích současně behaviorální a technické řešení (53%) dále pak behaviorální řešení (28%) a technické řešení (19%). Nebyl odhalen žádný vztah mezi typem opatření a tématem publikace.

Výsledky evaluace efektivity intervencí jsou prezentovány postupně pro každou z jednotlivých studií (n = 22), které jsou rozřazeny do kategorií a podkategorií na základě charakteru intervence.

4.10.3.1 Fyzické bariéry

První z podkategorií fyzických bariér jsou dveře, které znemožňují vstup do kolejiště před zastavením soupravy. Tuto intervenci hodnotily dvě studie z Hong-Kongu a dospěly k závěru, že instalace této bariéry vede k poklesu sebevražednosti. Obě studie evidovaly vysoký pokles sebevražednosti bez substituce (68,8% a 59%), druhá ze studií identifikovala vyšší pokles pro osoby s psychiatrickým profilem.

Další podkategorií intervencí jsou sítě a fyzické bariéry na mostech proti šplhání a skoku (n = 2), které se také ukázaly jako efektivní (i přes výskyt substituce 28% pokles sebevražd/rok; odstranění bariér bylo následováno pětinasobným nárůstem sebevražednosti, po jejich reinstalaci počet klesl za sledované období na nulu).

4.10.3.2 Spolupráci mezi institucemi

Spolupráci mezi institucemi za účelem snížení prevalence sebevražednosti evaluovala jediná studie, jejíž výsledky ukazují v souvislosti s implementací intervence signifikantní pokles míry sebevražednosti na železnici o 4,8% (95% IS = 1,8 až 7,8; p = 0,002).

4.10.3.3 Monitoring a detekční systémy

Implementace intervence tohoto charakteru využívající kamerový dohled, infračervenou kameru, reproduktor, detektor pohybu a magnetometr (n = 1) vedla mezi prvním a druhým rokem k 60% poklesu počtu přecházení trati a mezi druhým a třetím rokem k 17% poklesu.

4.10.3.4 Vymáhání, trestání a hlídky

Program, který zavedl viditelnou lidskou přítomnost a dozor, měl požadovaný efekt na míru sebevražednosti a pokusů o sebevraždu (hrubá míra pro sebevraždu na železnici (1,65) a pokus o ní (1,93); obojí po zavedení opatření).

4.10.3.5 *Technický design prostředí*

Dvě studie zkoumaly vliv úpravy kolejiště na stanicích (prohloubení jámy mezi kolejnicemi, tak, aby se do ní vešel člověk a vyhnul se tak srážce s vlakem). Výsledky obou studií ukazují na nižší mortalitu při nehodách na stanicích s prohloubenou jámou (44% vs. 76%, $p = 0,03$; 45 vs. 66%, statisticky signifikantní bez uvedení hodnoty).

4.10.3.6 *Vzdělávání na individuální úrovni*

Vzdělávání pracovníků s cílem zvýšit schopnost identifikovat sebevražedného jedince a komunikovat s ním hodnotila také jediná studie. Výsledky naznačují celkovou spokojenost školených pracovníků, vyšší pociťovaná schopnost zakročit a zlepšení postojů vůči sebevraždě.

4.10.3.7 *Osvětlení ovlivňující chování*

Intervence spočívající v instalaci zklidňujícího modrého světla na nástupištích ($n = 2$) nebyla v jednom z případů implementována na dostatečném počtu nástupišť, které by umožňovalo vyhodnocení této intervence. V druhém případě autoři identifikovali 84% pokles sebevražednosti na intervenčních lokacích ($n = 11$) ve srovnání s kontrolními nástupišti ($n = 60$), která byla párována na základě počtu sebevražd v před intervenčních letech, rychlosti projíždějícího vlaku a blízkosti psychiatrické nemocnice.

4.10.3.8 *Operativní řízení dopravy*

Do této kategorie spadá jediná studie, která zkoumala vztah mezi intenzitou provozu na železnicích a počtem sebevražd. Byla prokázána pozitivní korelace s odlišností mezi dvěma zkoumanými státy (Nizozemí, Německo).

4.10.3.9 *Kombinované intervence*

Výsledky tří studií, které evaluovaly kombinované intervence, naznačují, že implementace více intervencí může mít pozitivní dopady. Jednotlivé kroky se mohou vhodně doplňovat a posilovat konečný efekt.

V porovnání s před intervenčním měřením došlo k poklesu počtu přecházení trati na rizikových místech o 94,6% po instalaci fyzických bariér, o 91,3% po úpravě prostředí (odstranění nechráněné pěší zkratky přes kolejiště) a o 30,7% po umístění varovných nápisů. Intervence byly zaváděny v různých částech jednoho města.

Při postupném zavádění různých typů prevence nebezpečného chování při přecházení kolejiště pro školní mládež (chlapci), se ukázala pouhá komunikace rizikovosti takového jednání (billboard u nástupiště) jako neefektivní, zatímco obecné přednášky o ne/bezpečném jednání na železnici signifikantně snížily rizikové jednání chlapců. Konečně metoda trestu a pochvaly (zákaz vycházek vs.

sladká odměna) pozitivní efekt přednášek prohloubila. Pro vyhodnocení efektivity jednotlivých opatření bylo pozorováno chování chlapců na nástupišti v blízkosti školy.

Simultánní instalace fyzických bariér, opatření znečišťující oděv (natření těchto bariér kolomazí), bezpečnostní značení a vzdělávání vedlo k podstatnému poklesu přecházení trati na rizikových místech (z 59% na 40%), s dalším evidovaným poklesem při follow-up měření (z 40% na 36%). Autoři zmiňují, že vzdělávání může mít menší efekt než fyzické bariéry.

4.10.3.10 Vhodné reportování o sebevraždách v médiích

Čtyři studie zkoumaly vývoj sebevraždnosti po železničních sebevraždách známých osobností, o kterých bylo posléze hojně referováno v médiích. Smrt známého německého fotbalového hráče vedla ke značnému nárůstu železničních úmrtí se sebevražděným úmyslem o 81% v období po této události. Počet suicidií na železnici byl prokazatelně vyšší i v období dvou let po původní události. Taiwanská studie dokládá evidenci pro nárůst sebevražd po výrazných událostech (např. když si vezme život celebrita) a fenomén nápodoby konkrétního způsobu. Efekt nápodoby je vyšší pro urbánní oblasti. Vysílání seriálu zobrazujícího příběh 19letého mladíka, který spáchá sebevraždu skokem pod vlak, vedlo po odvysílání k nárůstu sebevraždnosti na železnici v období 70 dnů. Nejvyšší nárůst (až 175%) byl ve skupině mužů 15 až 19 let. Efekt nápodoby se se zvyšujícím věkem vytrácel a nebyl identifikován u žen starších 30 let a mužů starších 40 let. Poslední studie (DE) uvádí až 44% nárůst sebevražděného chování v období po široké medializaci železničního neštěstí zahrnujícího úmrtí se sebevražděným úmyslem.

Poslední dvě studie se zabývaly hodnocením efektivity opatření založených na poznatcích popsanych v předchozím odstavci. Obě jsou rakouské provenience a evaluovaly programy zacílené na média (poskytnutí směrnic zodpovědného psaní novinářské komunitě). Tyto programy dokázaly snížit sebevraždnost ve vídeňském metru (snížení počtu sebevražd o 62 případů po srovnání před a po intervenčního období; druhá studie přináší podobná zjištění a poukazuje na dlouhotrvající efekt tohoto opatření).

4.10.4 Telefonické a webové intervence

4.10.4.1 Webové intervence

S čím dál vyšší dostupností internetu celosvětově⁴² i v ČR⁴³ se nabízí možnost webových intervencí. Ty jsou lákavé také pro svou nízkou nákladnost (van Spijker, Majo, Smit, van Straten, & Kerkhof, 2012).

⁴² [<http://www.internetworldstats.com/stats.htm>; citováno 23.11.2016]

⁴³ [<https://www.czso.cz/csu/czso/cechu-s-internetem-v-mobilu-rychle-pribyva>; citováno 23.11.2016]

Do této kategorie byly zařazeny dvě studie, kdy jedna tuto oblast mapuje obecně (Lai et al., 2014) a jedna specificky u mladých ve věku 12-25 let (Perry et al., 2016).

S cílem zmapovat efektivitu, výhody a nedostatky webových intervencí bylo provedeno následující SR (Lai et al., 2014), do kterého bylo zařazeno 15 článků převážně střední nebo nižší kvality (hodnoceno nástrojem *Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Fields*). Většina z intervencí v zahrnutých článcích byla vyvinuta a implementována neziskovými organizacemi nebo univerzitami. Většina webových intervencí obsahovala informace o faktorech s vlivem na sebevražedné chování, poradenství o možnostech pomoci a dostupných zdrojích, do intervencí byly ve většině případů integrovány prvky podpory, poradenství, nebo CBT.

Přehledové články (n = 2) neidentifikovaly průkazný materiál potvrzující efektivitu webových intervencí jako prevence sebevražednosti, nicméně tyto intervence se podle autorů těchto článků zdají slibné a na poli prevence mají značný potenciál.

Evaluace na iCBT (internetová CBT) založené intervence byla předmětem RCT na vzorku obecné populace. Kontrolní skupině byl poskytnut přístup na internetové stránky o problematice sebevražednosti, běžné léčbě a odkazy na instituce péče o duševní zdraví. U intervenční skupiny významně poklesla prevalence sebevražedných myšlenek (ES = 0,28). Ačkoliv byla ES malá, autoři hovoří o efektivitě intervence vzhledem k vynaloženým výdajům.

Šesti týdenní kurz iCBT pro osoby telefonující na krizovou linku (RCT) podstatně snížil sebevražedné představy (relativně malá ES = 0,04–0,45 během 12 sledovaných měsíců). Efekt iCBT samotné ale není vyšší než efekt ostatních přístupů u kontrolních skupin (TAU – možnost kdykoliv kontaktovat krizovou linku; pravidelný kontakt jednou týdně ze strany krizové linky; iCBT s telefonáty ze strany pracovníků krizové linky).

Šestitýdenní kurz iCBT pro léčbu deprese poskytnutý pacientům primární zdravotní péče se v nekontrolované studii ukázal jako efektivní pro snižování sebevražedných představ bez závislosti na věku nebo pohlaví.

Zbylé studie hodnotily převážně běžné preventivní intervence upravené pro šíření na internetu, nicméně neměřily efektivitu objektivním způsobem. Některé pouze povrchně zmínily jistou míru prospěšnosti (n = 7). Předmětem a sledovaným výstupem těchto studií byla podpora vyhledávání odborné pomoci, vytváření komunitní formy podpory a zpětná vazba uživatelů webových intervencí.

Poslední ze zahrnutých studií zkoumala kvalitu informací na internetových stránkách určené pro mladé a zjistila, že méně než polovina webů obsahuje vědecky podložené výroky.

Další SR má již konkrétnější zaměření, jeho předmětem je evaluace webových a mobilních intervencí pro mladé lidi ve věku 12 - 25 let (Perry, Werner-Seidler, Calear, & Christensen, 2016). Do konečného výběru se dostal jediný článek, který zkoumal vliv webové intervence na studenty ve věku 14 - 18 let, kteří kontaktovali školního pracovníka z důvodu sebevražedných představ. Webová intervence sestávala mimo jiné z prvků CBT se zaměřením na schopnost řešení problémů souvisejících se sebevražednými představami a trvala osm týdnů. U 21 studentů, kteří prošli všemi moduly (původní $n = 32$) došlo k signifikantnímu poklesu sebevražedných představ se střední velikostí účinku ($ES = 0,66$) a klinicky hodnocené deprese ($ES = 0,60$) a s menší velikostí účinku došlo k poklesu subjektivně vnímané deprese a bezradnosti ($ES = 0,48$; $ES = 0,46$). Tyto výsledky naznačují, že webové intervence mají v oblasti prevence sebevražednosti potenciál. SR dále identifikovalo dva protokoly o plánovaných RCT v této oblasti.

4.10.4.2 Telefonické intervence

Do této kategorie byla zařazena také jediná studie zkoumající efektivitu intervencí doručovaných telefonicky (Noh et al., 2016).

V rámci tohoto SR (Noh et al., 2016) byly shrnuty výsledky pěti studií. Účastníci ve všech studiích byli ve zvýšeném riziku spáchání sebevraždy (tři studie byli na vzorku osob, které se pokusily o sebevraždu, zbylé dvě na vzorku pacientů, kteří si záměrně ubližovali). Intervence měly charakter telefonátů ($n = 3$) nebo poskytnutí krizové karty s kontakty ($n = 2$). Frekvence, počet i délka telefonátu se mezi jednotlivými studii lišila (2-12x v období 3-8 měsíců; 20-45 minut), intervenující osoby měly několikaletou praxi v oboru. Zbylé intervence ($n = 2$) byly založené na poskytnutí krizové karty s kontaktem na psychiatra a motivující ke kontaktu v kteroukoliv hodinu v případě krize.

Ani jedna ze studií přímých telefonních intervencí ($n = 3$) nereportovala pokles v pokusech nebo dokončených sebevražďách. Tuto souvislost neodhalila pro pokusy ($RR^{44} = 0,78$; 95% IS 0,58–1,07) ani dokonané sebevraždy ($RR = 0,70$; 95% IS 0,12 to 4,16) také provedená MA dat z těchto studií.

Poskytnutí krizové karty ($n = 2$) také nemělo prokazatelný efekt na opakování záměrného sebepoškození, jak ukazuje MA výsledků dvou studií ($RR = 0,72$; 95% IS 0,24 až 2,17).

Dále byla v tomto článku provedena narativní syntéza efektů intervencí. Vliv na sebevražedné představy nebyl prokázán ani v jedné ze dvou studií, které tento vztah zkoumali. Dále nebyl odhalen vliv telefonních intervencí na depresi ($n = 1$). Jistý pozitivní vliv na změnu psychologických symptomů byl prokázán u jedné studie, současně však u té samé studie nebyl prokázán pro obecné fungování jedince při srovnání s kontrolní skupinou. Zvýšení kvality života bylo sledovaným výstupem pro další

⁴⁴ Risk ratio; poměr rizika

studii, kde se sice tato zvýšila, ale bez významného rozdílu ve srovnání s kontrolní skupinou. Dvě studie zmiňují nesignifikantně vyšší míru soudržnosti s léčbou u intervenční skupiny a vyšší frekvenci konzultace s praktickými lékaři.

4.10.5 Média

Intervenční aktivity v oblasti působení médií/na média pokrývá jediné SR (Bohanna & Wang, 2012). Toto SR se zaměřilo na efektivitu zavedení metodiky zodpovědného psaní o událostech zahrnujících sebevražedný akt. V procesu vyhledávání bylo identifikováno celkem 11 článků z několika zemí (AU, Švýcarsko, VB, UK, NZ, Austrálie, Čína, USA).

Přímý efekt na míru sebevražednosti zkoumalo několik studií (n = 3). Dříve diskutovaný případ vysoké prevalence úmrtí se sebevražedným úmyslem ve vídeňském metru a související metodice zodpovědného psaní vedly po svém zavedení k 75% poklesu sebevražednosti, který byl pozorován po dobu následujících pěti let. Toto bylo doprovázeno poklesem počtu sebevražd o 81 ročně od zavedení metodiky. Efekt byl navíc pozorován jen pro oblasti země, kde se k dodržování zavázalo 67% poskytovatelů zpravodajství (nikoliv pro oblasti s pokrytím 48,2% a 38,6% spolupracujícími poskytovateli).

Efekt na způsob prezentace byl druhým zkoumaným dopadem intervencí. Jedna studie registrovala pokles slova „sebevražda“ v titulcích článků. Zajímavostí je, že tři studie po zavedení metodiky zjistily, že vychází více článků s touto tematikou. Jedna z nich registrovala významný pokles ve výskytu článků na titulních stranách, užití senzačních titulků a textu, oslavných titulků a textu a obrázků. Značný pokles užití nevhodného jazyka, obrázků a záběrů, detailů provedení, zmiňování statutu celebrity a pokles používání slova „sebevražda“ v titulcích byl zjištěn po zavedení směrnic pro média v Austrálii. Studie z USA porovnávala články *New York Times* před, a ve dvou obdobích po zavedení směrnic. Slovo „sebevražda“ se v titulcích po zavedení používalo méně, stejně jako uvádění metody, ačkoliv při follow-up měření byl výskyt obojího na před-intervenční úrovni. Frekvence zmiňování duševního onemocnění bylo po zavedení směrnic vyšší, ale při dalším měření oproti před intervenčnímu měření pokleslo. Efektivita směrnic zavedených v Číně ukázala nižší, ale v některých oblastech signifikantní pokles výskytu zmiňování „sebevraždy“ v titulku a výskytu fotografií, přesto i po zavedení bylo 91% článků o tomto tématu doprovázeno fotografií a 90% z nich zmiňovalo použitou metodu v titulku článku. Druhá studie z čínského prostředí uvádí podobné výsledky. Obě čínské studie uvádí, že způsob komunikování zpráv o sebevraždě neodpovídá doporučením WHO.

Některé ze studií se věnovaly povědomí o a používání směrnic. Výsledky tří studií (kvalitativní design) naznačují, že minimum novinářů dodržuje poskytnutá doporučení a jen o něco málo z nich o směrnicích zná podrobnosti. Dalšími poznatky kvalitativních studií jsou, že novináři bývají k směrnicím skeptičtí a

mohou je považovat za pokus o cenzuru; že zpochybňují imitativní sebevraždu, nicméně připouštějí, že jejich články mohou mít jistý vliv na jedince se zvýšeným rizikem spáchání sebevraždy.

4.10.6 Ostatní

Článek Zalsmana a kolegů zasahuje díky své široké vyhledávací strategii do všech výše zmíněných kategorií a pokrývá některé další (G. Zalsman et al., 2016). Z toho důvodu je tento článek diskutován odděleně od ostatních. Struktura prezentace výsledků se řídí předchozím dělením na jednotlivé kategorie a dále bude věnována pozornost i intervencím, které jsou unikátní pro tento přehledový článek. Jak bylo zmíněno, tento článek zahrnuje i některé z SR a MA, jejichž výsledky byly rozebírány zvlášť ($n = 4$; (Bohanna & Wang, 2012; Harrod et al., 2014; Katz et al., 2013; Pirkis et al., 2013)). Tyto články byly z SR Zalsmana a kolegů vyjmuty, aby nedošlo ke zkreslení výsledků. Toto je možné vzhledem k deskriptivní povaze SR.

Do konečného výběru bylo zařazeno celkem 164 článků (23 SR, 12 MA, 40 RCT, 67 kohortních studií, 22 ekologických/populačních studií). Vzhledem ke značné heterogenitě nebylo možné provést meta-analýzu.

4.10.6.1 Specifická populace

SR školních programů jasně indikuje jejich pozitivní dopad - vyšší vědomosti o problematice sebevraždnosti a lepší postoje, nicméně nebyl pozorován efekt na samotné sebevražedné chování ($n = 1$, po vyjmutí dříve diskutovaného SR). Tři velké RCT školních programů zaměřených na gramotnost v oblasti duševního zdraví, povědomí o rizikových faktorech pro sebevraždu a nácvik schopností ve školách identifikovaly signifikantní pokles sebevražedných pokusů a představ. Při follow-up měření po 12 měsících byl pozorován pokles v pokusech (OR = 0,45, 95% IS 0,24–0,85; $p = 0,014$) a sebevražedných představách (OR = 0,50; IS 0,27–0,92; $p = 0,025$) v porovnání s kontrolní skupinou. Kohortní studie posuzující programy zaměřené na povědomí o sebevražedném chování ve školách dospěly ke smíšeným závěrům ($n = 3$).

Ekologické studie uváděly do souvislosti implementaci programů cílených na zvyšování povědomí veřejnosti o problematice sebevraždnosti s nárůstem telefonátů na krizové linky ($n = 3$), nicméně bez poklesu počtu suicidií ($n = 1$). Programy cílené na veřejnost dále v jednom případě vedly k poklesu sebevražedných plánů a představ v populaci homosexuálních mužů a další studie uvádí pokles v počtu sebevražd na úrovni populace v post-intervenčním období.

Vzdělávání praktických lékařů zaměřené na schopnost rozpoznat a léčit depresi se ukázalo jako jedna z nejvíce efektivních intervencí. Ekologické studie z několika zemí (Švédsko, Maďarsko, Slovinsko) zaměřené na evaluaci těchto intervencí ukazují signifikantní nárůst v užívání antidepresiv a pokles míry sebevraždnosti ($n = 2$). Jedna ze zmíněných studií má i další složky, jako je možnost telefonní

konzultace s lokálním psychiatrem zdarma nebo nová klinika pro depresivní onemocnění a efekt vzdělávání lékařů musí být chápán v tomto kontextu a nelze ho z něj vyjmout.

Školení gatekeeperů bylo základem prevence v rozličných populacích (armáda, zaměstnanci škol, peer konzultanti, youth workers, lékaři, depresivní osoby nebo původní domorodí obyvatelé), nicméně ani jedna z RCT studií nepřipisuje této intervenci vliv na míru sebevraždnosti. SR efektivity školení gatekeeperů různých specifických populací (n = 1) a domorodých obyvatel (n = 1) identifikovaly pozitivní vliv této intervence na vědomosti, schopnosti a postoje k problematice sebevraždnosti u školených.

4.10.6.2 Specifický typ terapie

Evaluace intervencí založených CBT byla předmětem několika studií (n = 8). CBT byla v porovnání s TAU nebo minimální léčbou efektivní pro snižování sebevražedných představ a jednání u adolescentů, dospělých (smíšené výsledky) a pacientů s diagnózou schizofrenie s účinkem identifikovaným i při střednědobém follow-up měření.

DBT snižuje sebevražedné představy a chování u adolescentů (n = 1) a žen s hraniční poruchou osobnosti (n = 2). Předběžné testy levnějších alternativ DBT poukazují na jejich efektivitu (n = 2) a také na vhodnost pro sebevražedné pacienty nevyhledávající pomoc (n = 1). Skupinové terapie s prvky CBT a DBT vykazují smíšené výsledky (n = 2). Vícesložková terapie pro adolescenty je v porovnání s jejich hospitalizací efektivnější pro snižování sebevražedných pokusů (n = 1). Srovnání komunitních služeb s běžným managementem sebevražedného chování vedlo ke smíšeným výsledkům (n = 3).

Hodnocení intervencí založených na strategii sociální podpory identifikovalo nekonzistentní efekt na sebevražedné pokusy a představy (n = 4), ale ve dvou případech byl prokázán pozitivní vliv na depresivní symptomy.

Rodinné intervence se nezdají být podle jednoho zahrnutého SR efektivní, nicméně několik RCT ukázalo konzistentní mírný pokles v sebevražedných představách a rizikových faktorech (n = 3). Intervence pro sebevražedné adolescenty na úrovni rodiny vedla k poklesu následných hospitalizací a k poklesu pokusů o sebevraždu (n = 1).

4.10.6.3 Means restriction

Do této kategorie v daném SR spadá celkem 30 studií, respektive 29 po vyřazení dříve diskutované studie o efektivitě strukturálních intervencí na hot-spot lokacích (Pirkis et al., 2013).

Většina z těchto studií se zabývala střelnými zbraněmi (n = 14; 47%). Kombinovaná data z několika studií ukazují, že zbraň v domácnosti značně zvyšuje riziko spáchání sebevraždy (OR = 3,24; 95% IS 2,41 – 4,40). Dopady legislativy omezující držení zbraní v některých státech USA jsou smíšené. Jednotlivé

studie zaměřené na různé populace nebo kombinaci více zákonů ukazují pozitivní dopad. Omezování dostupnosti střelných zbraní vedlo v různých zemích k různým výsledkům. Pokles pro rizikovou skupinu mužů ve věku 20 až 40 let ($n = 3$), pokles pro obě pohlaví v různých věkových skupinách ($n = 2$). Sledovaný pokles není většinou provázen podstatným snížením celkové sebevraždnosti. V jedné studii vztah prokázán nebyl.

Prodej analgetik v menších baleních vedl v UK k poklesu úmrtí na předávkování těmito léky ($n = 3$). Odhadovaný pokles v absolutních počtech byl 17 úmrtí (95% IS -25 až -9) každé tři měsíce v post intervenčním období. Omezení koncentrace kofeinových tablet a přísnější regulace obchodování s barbituráty vedlo ke snížení incidence suicidií ($n = 2$). Jako efektivní se jeví i omezení dostupnosti pesticidů v zemích, kde je otrava těmito látkami častým způsobem sebevraždy (snížení toxicity, zákaz vysoce toxických, omezení přístupu k těmto látkám, jejich bezpečné skladování).

Jediná studie pojednává o prevenci smrti oběšením, pouze pro lůžkovou psychiatrickou péči, bez uvedení efektivity opatření.

Průkazná evidence existuje pro intervence na hot-spot lokalitách (prevence skoku z výšky, pod vlak; $n = 2$) avšak s nedostatečnou evidencí o substituci.

Další z palety přístupů means restriction je omezování dostupnosti dřevěného uhlí, jehož hořením vzniká oxid uhelnatý ($n = 1$). Spalování dřevěného uhlí a otrava vzniklým plynem je v některých zemích běžným způsobem sebevraždy.

4.10.6.4 Média

Jedno SR (druhé vyřazeno, diskutováno zvlášť) poukazuje na dvojsečný vztah médií a sebevražd. Na jednu stranu mohou média zvyšovat riziko u náchylných, na druhou stranu mohou působit protektivně v případě popisu způsobů zvládnání krize. Umlčení médií v kritické oblasti nebo prosazování zodpovědného stylu reportování může vést k poklesu sebevražedného jednání ($n = 2$).

4.10.6.5 Telefonní a webová intervence

Evidence zahrnutá Zalsmanem a kolegy v této oblasti měla většinou nízkou kvalitu. Studie se zejména zaměřovaly na výstupy jako subjektivní hodnocení vhodnosti samotnými uživateli služby ($n = 1$), identifikace ohrožených osob a jejich odkázání na návazné služby ($n = 1$) nebo uposlechnutí doporučení služby ($n = 1$). Další studie identifikovaly efektivní složky těchto intervencí ($n = 2$), efektivní poskytovatele služeb ($n = 1$) a překážky v užívání služeb ($n = 1$). Některé ze studií zmiňují pokles sebevražedných představ po intervencích jako je stručné instruování za využití mobilního telefonu ($n = 1$), svépomocná internetová intervence ($n = 1$) nebo telefonní následná péče ($n = 1$).

4.10.6.6 Léčba psychiatrických poruch (farmakoterapie, ECT)

Léčba lithiem snižuje riziko sebevražedného jednání v populaci osob s diagnózou poruchy nálady (n = 3) také v porovnání s léčbou valproátem (n = 1). Lithium se jeví jako efektivní léčba pro osoby, které učinily pokus o sebevraždu (n = 1). Užívání antikonvulzivních stabilizátorů nálady může mít také protektivní účinky (n = 2). MA účinků clozapinu v porovnání s jiným dopamin a serotonin antagonistou prokázala pro osoby se schizofrenií snížené riziko spáchání sebevraždy. Jiná MA neodhalila rozdíl ve výskytu pokusu a dokonaných suicidií při léčbě quetiapinem ve srovnání s jiným dopamin antagonistou. Rozsáhlé ekologické studie (n = 3) neprokázaly nárůst sebevražednosti v souvislosti se začátkem farmakoterapie antidepresivy; pokračování v léčbě pak vede k redukcí rizika sebevraždy. Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) mohou v počáteční fázi léčby deprese u dospělých zvýšit prevalenci sebevražedných myšlenek, ale ne sebevražedné jednání (n = 1), nicméně poměr rizik a výhod plynoucích z léčby favorizuje užívání těchto léků. SSRI vedou k poklesu sebevražedných představ a chování obecně i u populace osob starších 75 let (n = 2). Léčba SSRI vede u vysoce rizikových pacientů s depresí k většímu poklesu sebevražedných myšlenek než léčba inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu v počáteční fázi léčby. Asociace vyššího projevu antidepresiv s vyšším výskytem sebevražednosti nebyla prokázána (n = 1). Byla prokázána negativní korelace mezi častějším předepisováním antidepresiv a mírou sebevražednosti v 29 evropských zemích (n = 1).

Kombinace léčby antidepresivy a CBT může vést k menší prevalenci sebevražedných představ a chování než pouhá farmakoterapie (n = 1).

Léčba ketaminem se jeví jako slibná, podstatně snižuje sebevražedné myšlenky s minimálními vedlejšími účinky. Jeho vliv na pokusy a dokonané sebevraždy nebyl zatím zkoumán (n = 1).

Elektrokonvulzivní terapie podstatně snižuje riziko sebevraždy (n = 2), nicméně tyto nálezy jsou na základě metodologicky slabších studií.

4.10.6.7 Ostatní

Výsledky rozsáhlého SR poukazují na to, že neexistuje dostatečná evidence na to, aby bylo možné říct, zda je efektivní provádět plošné testování na populacích procházejících primární péčí. Jedna RCT studie dospěla k závěru, že testování na náchylnost k sebevraždě nevedlo k žádným škodlivým efektům v populaci mladých a vysoce rizikových osob. Další SR ukázalo, že testování v populaci dospívajících vedlo k efektivnější identifikaci rizikových jedinců, nicméně v některých ze zahrnutých studiích byla pozitivní prediktivní hodnota relativně nízká (6-33%). Testování na školách (n = 1) a v rámci primární péče (n = 1) se při follow-up měření ukázalo jako efektivní a bezpečné (n = 1) ve smyslu doporučování služeb a jejich užívání u vysoce rizikových adolescentů. Rozsáhlá RCT studie programů prevence sebevražednosti v Evropě neprokázala signifikantní vliv testování na redukcí sebevražedných představ

a pokusů. V Evropě nicméně testování na rizikové chování v souvislosti s psychopatií působilo pozitivně ve smyslu identifikace dětí s problémy s duševním zdravím (n = 1). V jedné japonské studii vedlo plošné testování na depresi u osob starších 75 let a následné psychiatrické péče u rizikových osob k poklesu prevalence suicidií o 61%.

Intervence založené na udržování kontaktu (*follow-up*⁴⁵) s osobami, které se pokusily o sebevraždu, mají smíšené výsledky. Pravidelné zasílání pohlednic se jeví efektivní v Íránu (snížení opakování pokusu o sebevraždu a myšlenek na ni), ale ne ve vysoko příjmových zemích (n = 2). Poskytování informací a podpory osobním nebo telefonním kontaktem se jeví snižující sebevražednost v nízko a středně příjmových zemích, ale paradoxně nesnižuje opakování pokusů (n = 3). Strukturovaný follow-up u osob, které se pokusily vzít si život, snížil počet opakování pokusů (n = 2) a dokonání suicidií (n = 2), nicméně ne ve všech případech (n = 2). Začlenění praktického lékaře do follow-upu se ukázalo vhodné, proveditelné a efektivní ve smyslu pozitivního dopadu na sebevražedné představy (ve srovnání s běžnou péčí); (n = 3). Stejně programy se ukázaly jako efektivní i pro staré (n = 3).

Nižší sebevražednost byla prokázána pro oblasti s vyšší hustotou a rozmanitostí služeb péče o duševní zdraví (n = 1), na druhou stranu nebyla odhalena souvislost s hustotou lékařů a mírou sebevražednosti (n = 1).

Zalsman a kolegové zkratkovitě zmiňují výskyt několika studií, které se věnovaly synergickému efektu víceúrovňových prevenčních programů na pokusy a dokonání sebevraždy.

4.11 Syntéza

Výstupem tohoto MR je tabulka č. 9 se seznamem intervencí z jednotlivých SR a MA, v ní jsou shrnuté zásadní informace. V tabulce je vždy uveden článek, jeho autoři, cílová skupina (je-li specifikovaná) a seznam jednotlivých intervencí nebo skupin intervencí s uvedenou efektivitou ve vztahu ke sledovaným proměnným. Ke každé z intervencí bylo dále přiřazeno hodnocení, které intervenci řadí do jedné z následujících kategorií:

- Potenciálně vhodná pro český kontext
- Spíše vhodná
- Spíše nevhodná

Toto hodnocení bylo přidělováno na základě efektivity intervence vzhledem ke sledovaným proměnným (nejčastěji sebevražednost), které mělo nejvyšší váhu. Výklad efektivity v tabulce se drží výkladu zdrojového článku. Jednotlivé studie dokládaly efektivitu různými způsoby od prostého

⁴⁵ Zde je tento termín používán ve smyslu následné péče, nebo cíleného kontaktování.

prohlášení, že je intervence efektivní⁴⁶ až po složité statistické metody a jejich kvantifikované výstupy. Dále byla sledována metodologická kvalita primárních článků a výzkumný design, ze kterých dané SR/MA vycházelo⁴⁷. Konkrétní důvody pro snížení kladného hodnocení byly následující:

- Intervence se ukázala jako neefektivní
- Neprůkazná evidence o efektivitě (některé ze studií neprokázaly efektivitu intervence)
- Kritika závěrů jinou studií
- Nejasné informace o efektivitě
- Nedostatek evidence
- Nevhodnost pro český kontext (intervence cílená na omezení dostupnosti prostředku k vykonání sebevraždy s tím, že tento způsob sebevraždy se v ČR dle statistik nevyskytuje)
- Jiné metodologické nedostatky

V případě jiného než jasně kladného hodnocení je vždy uveden důvod. U intervencí, které jsou doporučeny k implementaci, ale nesnižují přímo sebevražednost, je tato skutečnost uvedena v poznámce. Dále je pro každou intervenci uveden AMSTAR skór studie, ze kterého byla extrahována, a eventuálně je specifikován i design primárních studií v daném SR/MA (pouze v případech, kdy byla tato skutečnost explicitně uvedena v metodologii daného článku). Celkem bylo identifikováno 73 intervencí, z nichž většina je bez výhrad doporučena k implementaci (n = 47; 64%). Studie jsou v tabulce uvedeny v abecedním pořadí.

⁴⁶ V takovém případě byla efektivita chápána jako neprůkazná, protože nebyla doložena jasným kvantitativním argumentem.

⁴⁷ Tyto informace byly uváděny a hodnoceny jen v případě, že byly v SR/MA uvedeny.

Název	Autoři	Cílová skupina	Intervence	Efektivita	Sledované proměnné	Vhodné k posouzení v rámci skupinové diskuze?	Výhrady/poznámky	Design zahrnutých studií	AMSTAR
<i>A review of the effectiveness of military suicide prevention programs in reducing rates of military suicides</i>	Harmon et al. (2016)	Armáda	Více složkové programy založené na včasné detekci, vzdělávání, léčbě, komunikaci a zapojení velitelů během nasazení jednotek; vzdělávání, školení, letáky, kontakty v případě krize, ubytovací služby, management vysoce rizikových jedinců (n = 2).	Nejistá, pouze slovní doložení v primárních studiích.	Sebevraždnost	Spíše NE	Nedostatečná evidence	-	8
			Zasílání účastných dopisů/emailů	Pokles v počtech znovu přijetí do léčby (15 vs. 20).	Znovu přijetí do léčby	Spíše NE	Nevalná metodologická kvalita	-	8
			Školení gatekeeperů (vojenských instruktorů)	Negativní korelace mezi počtem vyškolených instruktorů a počtem sebevraždných pokusů nováčků.	Sebevraždné pokusy	ANO	-	8	
			11 složkový program (od zapojení velitelů po vznik krizových týmů)	Analýza identifikovala 33% snížení rizika spáchání sebevraždy. Snížení páchaní rodinného násilí a vražd.	Sebevraždnost, domácí násilí, vraždy.	ANO	-	8	
<i>A Systematic Review of Elderly</i>	Lapiere et al. (2011)	Lidé starší 60 let	Intervence na úrovni primární péče (léčba deprese, n = 2)	Signifikantní pokles míry deprese i sebevraždných představ.	Deprese, sebevraždné představy	ANO	-	8	

			Komunitní terénní programy v rizikovém prostředí (n = 6)	Vysoká efektivita, zejména pro ženy (pokles počtu sebevražd až o 70%)m na základě MA	Sebevraždnost	ANO		-	8
			Telefonické intervence (n = 4)	Sebevraždnost snížila jen jedna intervence (signifikantně jen u žen), zbylé dvě intervence snižují beznaději, ale ne depresivní symptomy	Sebevraždnost (n = 2), beznadějnost a deprese (n = 2)	spíše ANO	Ne všechny intervence jsou ale efektivní	-	8
			Léčba deprese s využitím farmak a psychoterapie (n = 3)	Efektivní, rizikovější pacienti potřebují delší intervenci	Sebevraždné představy a myšlenky	spíše ANO	Ne všechny intervence jsou ale efektivní	-	8
			CBT a interpersonální psychoterapie (n = 2)	Pozitivní dopad na protektivní i rizikové faktory	Zvyšování protektivních faktorů naděje a pozitivní postoje ke stáří, deprese, sebevraždné představy, psychologické rozrušení	ANO		-	8
<i>A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth</i>	Calear et al. (2016)	Mladí lidé 12-25, různá prostředí	Psychoterapeutická intervence (CBT, problem solving therapy, atd.) (n = 10)	Signifikantní pozitivní vliv	Sebevraždné představy (n = 6), pokusy (n = 2), záměrné sebepoškozování (n = 2)	ANO	Nesnižuje však přímo sebevraždnost	Pouze RCT studie	10
			Méně formální psychosociální intervence (psychoedukace, sociální podpora, motivační rozhovory) (n = 7)	Signifikantní pozitivní vliv	Sebevraždné představy (n = 4), pokusy (n = 2), sebevraždnost (n = 1)	ANO		Pouze RCT studie	10

A systematic review of school-based suicide prevention programs	Katz et al. (2013)	Mladí lidé 0-18, různá prostředí	Signs of Suicide (SOS)	Pozitivní vliv bez kvantitativních ukazatelů (stupeň B doporučení Oxford Center for Evidence-Based Medicine)	Pokusy o sebevraždu	spíše ANO	Kritika Wei et al., která činí závěry nejasnými	-	10
			The Good Behavior Game (GBG)	Pozitivní vliv bez kvantitativních ukazatelů (stupeň B doporučení Oxford Center for Evidence-Based Medicine)	Pokusy o sebevraždu, sebevražedné představy	ANO		-	10
			CAST/CARE, QPR, Reconnectig youth, Sources of Strenght	Pozitivní vliv bez kvantitativních ukazatelů (stupeň B doporučení Oxford Center for Evidence-Based Medicine)	Postoje a vědomosti o problematice	ANO	Nesnižuje však přímo sebevražednost	-	10
A systematic review of the literature on counselling and psychotherapy for the prevention of suicide: 1. Quantitative outcome and process studies	Winter et al. (2013)	Nespecifikováno	CBT	V rámci provedeného MR je CBT označené jako "efektivní"	Pozitivní vliv terapie	spíše ANO	nedostačující report z MR v rámci SR	-	9
			DBT (n = 18), CBT (n = 8), problem solving therapy (n = 8)	MA kontrolovaných studií odhalila pozitivní vliv poradenství a psychoterapie ve vztahu k problematice sebevražednosti (-0,45; 95% IS: -0,57 až -0,32, p < 0,001), MA nekontrolovaných studií uvádí kombinovaný	Pozitivní vliv terapie	ANO		-	9

				pozitivní efekt -0,72 (95% IS: -0,853 až -0,579, p < 0,001)					
			Poradenství a psychoterapie	Narativní review identifikovalo tyto moderující faktory postoje a zkušenosti terapeutů, vliv beznadějnosti a doby zapojení do terapie na straně klientů, vliv druhu terapie (mladí lidé neshledávají rodinnou terapii nápomocnou), řešení spíše externích problémů nikoliv příčin, podpora klienta blízkou osobou, respekt, porozumění.	Faktory moderující efektivitu intervence	spíše ANO	Pouze moderující faktory	-	9
<i>A systematic review of the literature on counselling and psychotherap</i>	Winter et al. (2014)	Nespecifikováno	DBT (n = 4)	Klienti vnímají DBT jako efektivní	Subjektivně vnímaná efektivita	spíše NE	Nedostatečná evidence	Pouze kvalitativní studie	9

			Poradenství a psychoterapie	V kvalitativní analýze byla identifikována tato hlavní témata, která mohou mít vliv na efektivitu terapie: Proces, efektivita, bariéry, moderující faktory	-	spíše ANO	Pouze moderující faktory	Pouze kvalitativní studie	9
<i>A systematic review of the literature on safety measures to prevent railway suicides and trespassing accidents</i>	Havârneanu et al. (2015)	Nespecifikováno	Fyzické bariéry k prevenci sebevražd na železnici (n = 4)	Fyzické intervence snižují sebevraždnost o desítky procent.	Pokusy a sebevraždy	ANO		-	8
			Spolupráce mezi institucemi za účelem prevence sebevražd na železnici (n = 1)	Pokles míry sebevraždnosti na železnici o 4,8% (95% IS = 1,8 až 7,8, p = 0,002).	Pokusy a sebevraždy	ANO		-	8
			Monitoring a detekční systémy k prevenci přecházení železnice mimo vyhrazená místa (n = 1)	60% pokles z prvního na druhý rok, 17% pokles z druhého na třetí rok.	Přecházení železnice mimo vyhrazená místa	ANO		-	8
			Viditelná lidská přítomnost a dozor na hotspotu (n = 1)	Pozitivní efekt (crude rate ratio for railway suicide = 1,65; crude rate ratio for railway suicide attempt = 1,93)	Pokusy a sebevraždy	ANO		-	8

			Úprava kolejí na stanicích jako prevence úmrtí (n = 2)	Nižší úmrtnost při nehodách na těchto stanicích před a po zavedení (44% vs. 76%, p = 0,026; 45 vs. 66%).	Úmrtnost při nehodách na železničních stanicích	ANO		-	8
			Vzdělávání pracovníků železnice	Celková spokojenost a vyšší pocitovaná schopnost zakročit a zlepšení postojů.	Vliv na posluchače	ANO		-	8
			Instalace zdrojů uklidňujícího modrého světla (n = 2)	84% pokles sebevražednosti ve srovnání s kontrolními stanicemi	Pokusy a sebevraždy	ANO		-	8
			Mediální intervence (n = 4)	Byl prokázán vliv nevhodného reportování o železniční sebevraždě a možnosti tohoto vztahu využít k efektivnímu snížení sebevražednosti	Pokusy a sebevraždy	ANO		-	8
<i>Caught in a Web: A review of Web-based suicide prevention</i>	Lai et al. (2014)	Nespecifikován	Internetová verze CBT (iCBT, n = 3)	iCBT snižuje výskyt sebevražedných myšlenek (ES = 0,28) a sebevražedné představy (ES = 0,04-0,45) a je účinný i v léčbě deprese	Sebevražedné myšlenky a představy (n = 2), deprese (n = 1)	ANO		-	9

			Běžné intervence upravené pro internetové použití (n = 7)	Některé studie povrchně referují o efektivitě	Podpora vyhledávání odborné pomoci, vytváření komunitní formy podpory a zpětná vazba uživatelů webových intervencí	Spíše NE	Nedostatečná evidence	-	9
<i>Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis</i>	Meerwijk et al. (2016)	Osoby se zvýšeným rizikem spáchání sebevraždy	Přímé behaviorální a psychosociální intervence (nejčastěji CBT a DBT)	Přímé intervence signifikantně snižují riziko post intervenčně (OR 0,62, 95% IS 0,45–0,87; I ² = 22,9%; n = 11) i při follow-upu (OR 0,65, 95% IS 0,46–0,91; I ² = 27,6%; n = 10).	Riziko pokusu nebo spáchání sebevraždy	ANO		Pouze RCT studie	9
			Nepřímé behaviorální a psychosociální intervence (rozvoj schopností, aktivní kontaktování za účelem podpory udržení jedince v léčbě, přístupy založené na psychoterapii - CBT nebo mentalizaci - zlepšení klinických symptomů a služby case managementu)	Nepřímé intervence nemají signifikantní vliv na riziko post intervenčně, ale při follow-upu ano (OR 0,82, 95% IS 0,70–0,96; I ² = 0,0%; n = 19).	Riziko pokusu nebo spáchání sebevraždy	spíše ANO	Vhodný doplněk, efekt při follow-up	Pouze RCT studie	9

<i>Effectiveness of Telephone-Delivered Interventions Following Suicide Attempts: A Systematic Review</i>	Noh et al. (2016)	Osoby se zvýšeným rizikem spáchání sebevraždy	Přímá telefonní intervence (n = 3)	Ani jedna jednotlivá studie, ani MA jejich výsledků neodhalila signifikantní vliv na sledované proměnné.	Pokusy a sebevraždy	spíše NE	Nemá vliv na sledované proměnné	Pouze kontrolované studie	8
			Poskytnutí krizové karty s kontaktem (n = 2)	Provedená MA neodhalila signifikantní vliv této intervence.	Záměrné sebepoškozování	spíše NE	Nemá vliv na sledované proměnné	Pouze kontrolované studie	8
<i>Hot idea or hot air: A systematic review of evidence for two widely marketed youth suicide prevention programs and recommendations for implementation</i>	Wei et al (2015)	Studenti (klienti SOS a YR, školních intervencí)	Signs of Suicide (SOS)	Efektivní pro vědomosti a postoje a pokusy (p < 0,05) ve dvou ze tří RCT. Neefektivní pro sebevražedné myšlenky. Nárůst help-seeking.	Vědomosti a postoje, help-seeking, sebevražedné myšlenky	spíše ANO	Kritizováno právě pro neschopnost snížit myšlenky na sebevraždu přes proklamované snížení pokusů o tento akt (nejasné závěry dvou SR, které se SOS zabývaly, viz. Katz et al.)	-	10
			Yellow Ribbon (YR)	Snížení oznámených pokusů o sebevraždu (p < 0,05)	Oznámené pokusy o sebevraždu	ANO	Nesnižuje však přímo sebevražednost	-	10
<i>Interventions for primary prevention of suicide in university and other post-</i>	Harrod et al. (2014)	Studenti v cyklu postsekundárního vzdělávání	Vzdělávání v hodinách o problematice sebevražednosti a příbuzných tématech (n = 3)	Nárůst vědomostí o sebevražednosti (SMD = 1,51; 95% IS 0,57 až 2,45) a možnostech prevence (SMD = 0,72, 95% IS 0,36 až 1,07).	Vědomosti o sebevražednosti a možnostech prevence	ANO	Nesnižuje však přímo sebevražednost	Pouze RCT a CBA (controlled before and after) studie	11

			Institucionální politika (means restriction, n = 1)	Pokles míry sebevraždnosti ve sledované instituci (2,00 vs. 7,89 na 100 000; Z = 2,32; p < 0,05).	Míra sebevraždnosti	ANO		Pouze RCT a CBA (controlled before and after) studie	11
			Gatekeeper programy (n = 4)	Malý až střední pozitivní vliv na vědomosti o sebevraždnosti (SMD = 0,86; 95% IS 0,28 až 1,44; SMD = 0,63; 95% IS -0,02 až 1,28; n = 2 studie) a možnostech prevence (SMD = 0,64; 95% IS 0,28 až 0,99; n = 1 studie).	Vědomosti o sebevraždnosti a možnostech prevence	ANO	Nesnižuje však přímo sebevraždnost	Pouze RCT a CBA (controlled before and after) studie	11
<i>Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review</i>	Cox et al (2013)	Nespecifikováno	Hot spot means restriction (n = 9)	Všechny intervence vedly k poklesu sebevraždnosti při instalaci, případně nárůstu po odstranění fyzických zábran na hotspotech.	Pokusy a sebevraždy	ANO		-	6
			Motivace k vyhledání pomoci na hot spotech (n = 3)	Všechny intervence vedly v dané lokalitě ke snížení počtu sebevražd.	Pokusy a sebevraždy	ANO	Vhodný doplněk k fyzickým bariérám	-	6
			Zvyšování pravděpodobnosti zásahu třetí strany na hotspotech (n = 3)	Došlo k poklesu sebevraždnosti, dvě z těchto intervencí však byly součástí víceúrovňové intervence na hotspotech	Pokusy a sebevraždy	ANO	Vhodný doplněk k fyzickým bariérám	-	6
			Mediální intervence ve snaze ovlivnit sebevraždnost na hot spotech (n = 1)	Signifikantní pokles pokusů a sebevražd i v celostátním měřítku	Pokusy a sebevraždy	ANO		-	6

<i>Media Guidelines for the Responsible Reporting of Suicide A Review of Effectiveness</i>	Bohanna, Wang (2012)	Nespecifikováno	Metodika pro zodpovědné reportování o sebevraždách (n = 3)	Došlo k 75% poklesu sebevraždnosti s dlouhým efektem.	Sebevraždy	ANO	Je nutné dbát na dobré vztahy s médii a zapojit je do celého procesu	-	7
			Metodika pro zodpovědné reportování o sebevraždách (n = 3)	Smíšené výsledky. Je evidentní, že pro úspěšné zavedení metodiky je nutné média zapojit do celého procesu.	Způsob reportování o problematice sebevraždnosti a soudržnost s metodikou	ANO	Je nutné dbát na dobré vztahy s médii a zapojit je do celého procesu	-	7
<i>Meta-Analysis and Systematic Review Assessing the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT)</i>	Panos et al. (2014)	Lidé s diagnózou BPD	DBT (n = 3)	Výsledky MA ukazují nesignifikantní efekt DBT při srovnání s TAU (Hedgesovo g -0,636; 95% IS -1,38; 0,11).	Výkon na psychologických škálách (depresivní symptomy)	Spíše NE		Pouze RCT studie	11
			DBT (n = 2)	Bylo odhaleno signifikantní snížení relativního rizika sebevraždy při využití DBT v porovnání s TAU (OR 0,31, 95% IS 0,15; 0,67).	Sebevražedné chování včetně pokusu o sebevraždu	ANO		Pouze RCT studie	11
<i>The effectiveness of structural interventions at suicide hotspots: a meta-analysis</i>	Pirkis et al. (2013)	Nespecifikováno	Strukturální intervence na úrovni hot spotů (n = 8)	MA identifikovala 86% redukcí v absolutních počtech sebevražd na rok (RR = 0,14, 95% IS 0,09 až 0,21, p = 0,001), při sledování zástupných lokací je efekt nižší, avšak stále výrazný 28% pokles (RR = 0,72, 95% IS 0,60 až 0,87, p = 0,001).	Sebevraždy	ANO		-	7

Web-Based and Mobile Suicide Prevention Interventions for Young People: A Systematic Review	Perry et al. (2016)	Mladí lidé 12-25	Webová intervence založená na CBT (n = 1)	Došlo k poklesu sebevražedných představ (ES = 0,66) a klinicky hodnocené deprese (ES = 0,60) i subjektivně vnímané deprese a bezradnosti (ES = 0,48; ES = 0,46)	Sebevražedné představy, deprese, subjektivně vnímaná deprese a bezradnost	spíše ANO	Jen jedna studie, nedostatek evidence	-	8
Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review	Zalsman et al. (2016)	školáci	Intervence zaměřené na gramotnost v oblasti duševního zdraví, povědomí o rizikových faktorech pro sebevraždu a nácvik schopností ve školách (n = 3)	Při follow-up měření po 12 měsících byl pozorován pokles v pokusech (OR 0,45, 95% IS 0,24–0,85; p = 0,014) a sebevražedných představách (OR 0.50, IS 027–092; p = 0,025).	Sebevražedné pokusy, představy	ANO		-	9
		Veřejnost	Zvyšování povědomí o problematice sebevražednosti (n = 6)	Nárůst počtu telefonátů na krizové linky (n = 3), pokles sebevražedných plánů a představ v populaci homosexuálních mužů (n = 1), pokles sebevražd (n = 1), žádná změna v sebevražednosti (n = 1)	Telefonáty na krizové linky, sebevražednost, sebevražedné představy	ANO	Většina nemá přímý vliv na sebevražednost	-	9
		Klienti primární lékařské péče	Vzdělávání praktických lékařů (n = 2)	Signifikantní nárůst užívání antidepresiv a pokles míry sebevražednosti.	Užívání antidepresiv a sebevražednost	ANO		-	9

		Adolescenti	Vícesložková terapie pro adolescenty (n = 1)	Efektivnější než hospitalizace	Sebevražedné pokusy	spíše ANO	Jen jedna studie, nedostatek evidence	-	9
		Nespecifikováno	Intervence založené na školení gatekeeperů (armáda, zaměstnanci škol, peer konzultanti, youth workers, lékaři, depresivní osoby nebo původní domorodí obyvatelé)	Tyto intervence nemají vliv na míru sebevražednosti, ale ve dvou případech mají pozitivní vliv na vědomosti, schopnosti a postoje k problematice sebevražednosti.	Sebevražednost, vědomosti, schopnosti a postoje k problematice	ANO	Nesnižuje však přímo sebevražednost	-	9
			CBT (n = 8)	Efektivní pro různé populace (děti, dospělí, pacienti s diagnózou schizofrenie)	Sebevražedné představy a jednání	ANO		-	9
			Skupinové terapie s prvky CBT a DBT (n = 2)	Smíšené výsledky.	Sebevražedné chování.	Spíše NE	Smíšené výsledky	-	9
			Komunitní služby (n = 3)	Smíšené výsledky.	Sebevražedné chování	Spíše NE	Smíšené výsledky	-	9
			Intervence založené na strategii sociální podpory (n = 4)	Smíšené výsledky.	Sebevražedné pokusy, sebevraždy	Spíše NE	Smíšené výsledky	-	9
			Rodinné intervence (n = 4)	Mírný pokles v sebevražedných představách a rizikových faktorech (n = 3), pokles následných hospitalizací a pokusů o sebevraždu (n = 1)	Sebevražedné představy a pokusy, rizikové faktory, opakované hospitalizace	ANO	Nesnižuje však přímo sebevražednost	-	9

			Omezování dostupnosti střelných zbraní (n = 14)	Vyšší dostupnost zbraně v domácnosti koreluje s vyšší sebevraždností, dopad legislativy je smíšený a odlišný pro jednotlivé státy.	Sebevraždnost	spíše ANO	Ne všechny intervence jsou ale efektivní	-	9
			Zmenšení balení analgetik (n = 3)	Snížení úmrtnosti na předávkování	Úmrtí na předávkování analgetiky	ANO		-	9
			Omezení koncentrace kofeinových tablet a přísnější regulace obchodu s barbituráty (n = 2)	Efektivně snižuje sebevraždnost tímto způsobem	Sebevraždnost	ANO	Otázka zda je vhodné pro ČR	-	9
			Omezení dostupnosti a toxicity pesticidů	Efektivně snižuje sebevraždnost tímto způsobem	Sebevraždnost	ANO	Otázka zda je vhodné pro ČR	-	9
			Means restriction na hot spot lokalitách (n = 2)	Průkazný pozitivní vliv, nedostatečná evidence pro substituci	Sebevraždnost	ANO	Nutné věnovat větší pozornost substituci	-	9
			Omezování dostupnosti dřevěného uhlí (n = 1)	Bez uvedené efektivity	Sebevraždnost	Spíše NE	V českém kontextu nevhodné	-	9
			Plošný screening na různých populacích	V různých studiích nebyl identifikován žádný škodlivý dopad na testovanou populaci, screening vedl k efektivní identifikaci rizikových jedinců a ukázal se jako efektivní a bezpečný (n = 3). V populaci rizikových osob screening s návaznou psychiatrickou péčí snížil	Nežádoucí důsledky, identifikace rizikových jedinců, efektivnost a bezpečnost, sebevraždné představy a pokusy, sebevraždnost	ANO		-	9

				výskyt sebevražd o 61% (n = 1).					
			Hustota a rozmanitost služeb péče o duševní zdraví (n = 1), hustota lékařů (n = 1)	Vyšší dostupnost a širší služby péče o duševní zdraví souvisí s nižší sebevraždností, což neplatí pro hustotu lékařů.	Sebevraždnost	ANO		-	9
		Osoby se zvýšeným rizikem spáchání sebevraždy	Farmakoterapie (lithium, antikonvulzivní stabilizátory, clozapin, quetiapin, selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu)	Farmakoterapie vede ke sníženému riziku páchaní pokusů a sebevražd, V některých případech je prokázán vliv na pokles sebevraždných myšlenek	Riziko sebevraždy, sebevraždné myšlenky	ANO		-	9
			Farmakoterapie (antidepresivy) v kombinaci s CBT	Může mít větší pozitivní efekt než pouhá farmakoterapie	Sebevraždné představy a jednání	ANO		-	9
			Elektrokonvulzivní terapie (ECT)	Podstatně snižuje riziko spáchání sebevraždy (n = 2)	Riziko sebevraždy	ANO	Založeno na méně kvalitních studiích	-	9
			Zasílání pohlednic (n = 3), poskytování podpory a informací osobně/telefonicky (n = 3), strukturovaný follow-up (n = 6), zapojení praktického lékaře do follow-upu (n = 3), follow-up programy pro starší populaci (n = 3)	Zasílání pohlednic je efektivní jen v nízkopříjmových zemích, poskytování informací a podpory snižuje ve středně příjmových zemích sebevraždnost, strukturovaný follow-up je	Pokusy, sebevraždy a sebevraždné představy	spíše ANO	Některé z těchto intervencí jsou pro český kontext vhodné.	-	9

				ve většině případů efektivní. Zapojení lékaře vede k snížení sebevražedných představ.					
			Prevence sebevraždy oběšením v pobytové psychiatrické péči (n = 1)	Bez uvedené efektivity	Sebevražednost	Spíše ANO	Záleží na počtu těchto sebevražd v ČR a efektivitě vzhledem k nákladům	-	9
			Telefonní intervence	Většinou nebyla efektivita uvedena, některé studie zmiňují pokles sebevražedných představ (instruování přes mobilní telefon, svépomocná internetová intervence a telefonní následná péče)	Subjektivní hodnocení vhodnosti samotnými uživateli služby (n = 1), identifikace ohrožených osob a jejich odkázání na návazné služby (n = 1) nebo uposlechnutí doporučení služby (n = 1), identifikace efektivních složek těchto intervencí (n = 2), efektivních	Spíše NE	Neprůkazná evidence	-	9

					poskytovatelů služeb (n = 1) a překážek v užívání služeb (n = 1)				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tabulka č. 9: Specifické informace o jednotlivých SR/MA

4.12 Závěry MR

V rámci tohoto MR bylo systematicky prohledáno šest databází vědeckých článků. Začleněno bylo celkem 18 studií, ve kterých bylo identifikováno 73 intervencí, z nichž většina je bez výhrad doporučena ke zhodnocení v rámci skupinové diskuze (n = 47, 64%). Efektivní intervence představují soubor opatření, kterými je možné předcházet sebevraždám u rozličných populací v různých prostředích a které by mohly představovat vhodné komponenty komplexního přístupu k prevenci suicidality. S ohledem na proces tvorby politik v přístupu EBP dle Pawsona, přehledové studie jako je tato, mohou poskytovat vhodný základ pro opatření založená na evidenci (Pawson, 2006). Je však nutné přihlédnout na kontext, do kterého chceme intervence zasazovat. Z toho důvodu budou intervence, které se zdají být vhodné pro české podmínky (n = 47), posouzeny ve skupinové diskuzi relevantních aktérů, které se věnuje kapitola č. 5.

4.12.1 Odpovědi na výzkumné otázky

Otázky, na které byla s využitím metody MR hledána odpověď se vztahují k existenci efektivních a účinných intervencí. Pro připomenutí jsou zde znovu uvedeny spolu s jasnou odpovědí. Detailní odpověď byla zprostředkována v narativním přehledu a tabulce č. 9.

1) Jaké efektivní intervence prevence sebevraždnosti je možné identifikovat ve vědecké literatuře?

V rámci provedeného MR bylo identifikováno celkem 47 efektivních intervencí, jejichž vhodnost pro český kontext bude posouzena v dalším kroku.

1.1) Jsou některé z efektivních intervencí prevence sebevraždnosti současně účinné?

V žádném ze zahrnutých SR/MA nebylo uvedeno, zda jsou intervence v primárních studiích účinné. To může mít dvojí příčinu a) primární studie se nevěnovaly tomu, zda jsou intervence účinné, b) SR/MA této informaci nevěnovaly pozornost. Autor se kloní spíše k první interpretaci. To odůvodňuje tím, že se jedná o velice důležitou informaci, jejíž opomenutím by byl čtenář značně ochuzen. Na tomto místě je vhodné zmínit následující poučku: *Absence of evidence is not evidence of absence*. Tou se na tomto místě chce říct, že nedostupnost evidence o účinnosti preventivních intervencí automaticky neznamená, že některé z nich účinné nejsou.

4.12.2 Výsledky MR a komplexní přístup k prevenci

V první bloku této práce bylo ukázáno, že jakýmsi ideálem prevence sebevraždnosti je komplexní přístup, který by měl logicky obsahovat intervence ze všech oblastí prevence. Z toho důvodu byla vytvořena následující tabulka, ve které jsou intervence rozřazeny do jednotlivých oblastí prevence, tak

jak jsou definovány v publikaci *Preventing suicide: global imperative*⁴⁸. Cílem tohoto bylo zjistit, které oblasti jsou pokryty a ve kterých oblastech intervence chybí a bude nutné se na ně zaměřit v chystané skupinové diskuzi. Ukázalo se (viz tabulka č. 10), že pro některé oblasti prevence nebyla identifikována žádná intervence. Jedná se o dva přístupy z rodiny univerzálních intervencí a jednu z rodiny selektivních intervencí. Tento problém bude dále adresován v rámci skupinové diskuze.

Rodina intervencí	Větev intervencí	ANO (n)	Spíše ANO (n)	Spíše NE (n)	n celkem
Univerzální prevence	Politiky v oblasti péče o duševní zdraví	-	-	-	-
	Politiky snižování škodlivého užívání alkoholu a návykových látek	-	-	-	-
	Přístup ke zdravotní péči	1	-	-	1
	Omezování přístupu k prostředkům sebevraždy	15	1	1	17
	Zodpovědná žurnalistika	4	-	-	4
	Zvyšování povědomí o duševním zdraví, závislostních poruchách a sebevraždě	1	-	-	1
Selektivní prevence	Intervence pro zranitelné skupiny	8	3	3	14
	Školení tzv. gatekeepers (nejčastěji osoby, které jsou přirozeně součástí kolektivu cílové skupiny, například jeden ze žáků ve třídě)	5	-	-	5
	Krizové telefonní linky	-	-	-	-
Indikovaná prevence	Následná péče a komunitní podpora	1	2	5	8
	Posouzení a management sebevražedného jednání	6	6	1	13
	Posouzení a management duševní nebo závislostní poruchy	6	1	2	9
	<i>n celkem podle stupně doporučení</i>	47	13	12	72

Tabulka č. 10: Přehled nasycenosti jednotlivých kategorií prevence dle WHO (2014)

⁴⁸ Celá tabulka je uvedena na straně 36.

5 Skupinová diskuze

Tato kapitola je druhou z výzkumné části bloku. V té předchozí byl prezentován kompletní postup MR. Výstupem MR je soubor celkem 73 intervencí, ze kterého jich bylo 47 (64%) vyhodnoceno jako potenciálně vhodných pro český kontext. Jejich posouzení je předmětem této kapitoly.

Evidence o efektivitě některých intervencí není sama o sobě argumentem pro jejich implementaci v nezměněné podobě. Důsledkem nedostatečného posouzení místního prostředí a souvisejícího přizpůsobení intervencí může být nedostatečný nebo mizivý efekt intervence. Obecně je možné říct, že mezi dosaženým stupněm vědění ve zdravotní péči i v péči o duševní zdraví a běžnou praxí je podstatná proluka (Madon, Hofman, Kupfer, & Glass, 2007). Při zavádění intervencí založených na důkazech do praxe, je nutné adresovat celou řadu faktorů lokálního kontextu. Tím spíše když se jedná o komplexní soubor navzájem se doplňujících intervencí (Powell et al., 2012). Z výše zmíněných důvodů byla uspořádána skupinová diskuze s relevantními aktéry.

V rámci MR bylo identifikováno celkem 47 efektivních intervencí, které byly bez výhrad doporučeny k posouzení pro lokální kontext. Dalších 13 jich bylo doporučeno s výhradami k efektivitě a síle evidence a zbylých 13 jich bylo zmíněno pro nedostatečnou efektivitu nebo pochybnou evidenci.

V rámci diskuze bylo plánováno provést následující aktivity:

1. Posoudit vhodnost intervencí pro český kontext, což úzce souvisí s druhým bodem;
2. Identifikace možných implementačních překážek souvisejících s intervencemi;
3. S ohledem na výše zmíněný ideál komplexního přístupu k prevenci sebevraždnosti identifikovat nebo navrhnout intervence pro oblasti prevence nepokryté výsledky MR. Jedná se specificky o následující oblasti prevence
 - a. Politiky v oblasti péče o duševní zdraví
 - b. Politiky snižování škodlivého užívání alkoholu a návykových látek
 - c. Krizové telefonní linky

Na výzvu reagovali a skupinové diskuze se účastnili následující:

- PhDr. Petr Winkler, vedoucí výzkumného programu Sociální psychiatrie, Národní ústav duševního zdraví
- PhDr. Ladislav Csémy, vedoucí výzkumného programu Epidemiologického a klinického výzkumu závislostí, Národní ústav duševního zdraví
- MUDr. Jan Hanka, výzkumný pracovník, pedagog 3. LF UK, vedoucí lékař, Národní ústav duševního zdraví
- Mgr. Petr Porubský, vedoucí Linky bezpečí

- Ing. Josef Volavka, Odbor systému bezpečnosti provozování dráhy, Správa železniční dopravní cesty
- Mgr. Michaela Koubová, redaktorka Zdravotnického deníku

Někteří aktéři (uživatelé služeb, zástupci komunitní péče o duševní zdraví) bohužel nereagovali ($n = 3$; zástupci uživatelů psychiatrických služeb, poskytovatelé krizových služeb a poskytovatelé komunitní a terénní péče) nebo se z jiných důvodů nemohli dostavit. To autor práce považuje za podstatné omezení ve vztahu ke kontextualizaci intervencí pro české prostředí. Této limitaci bude věnována pozornost v diskuzi závěrů.

Účastníkům diskuze byly v dostatečném předstihu několika dní zaslány podklady – seznam všech intervencí v podobě tabulky č. 9, která představuje hlavní výstupy MR. Účastníci byli v emailové komunikaci požádáni o nastudování informací o intervencích ve snaze o co nejlodnější diskuzi s vysokým stupněm informovanosti při zachování její rozumné délky. Součástí finální pozvánky k diskuzi byl i její předběžný program.

Samotná diskuze se konala dne 13.12.2016 v prostorách Národního ústavu duševního zdraví v Klecanech. Nejprve proběhla úvodní prezentace uvádějící do problematiky sebevraždy v českém prostředí. V té byla prezentována data o specifikách české populace. Dále byly prezentovány metody a obecně i výsledky MR. Poté bylo přistoupeno k diskuzi nad intervencemi a možnými aktuálními politikami, které pokrývají některé z oblastí prevence sebevraždy dle typologie WHO (WHO, 2014), pro které nebyla identifikována žádná intervence.

Účastníkům byly připomenuty hlavní aktivity, kvůli kterým byla diskuze svolána (posouzení intervencí, identifikace překážek a identifikace/návrh intervencí pro chybějící oblasti). Ty nebyly prováděny odděleně, ale bylo k nim přistupováno průběžně po celou dobu diskuze a přirozeně se prolínaly.

Jednotlivé intervence byly seřazeny dle efektivity, v plánu bylo projít nejprve ty, které byly doporučeny k posouzení pro český kontext a posléze intervence s nižším stupněm doporučení. Intervence, které byly ohodnoceny jako „spíše nevhodné“ z důvodu neefektivity nebo nevhodnosti pro české nebylo v plánu diskutovat i s ohledem na předpokládanou časovou náročnost diskuze.

Diskuze nebyla nahrávána, autor této práce a současně moderátor diskuze si pouze vedl poznámky do vytištěné tabulky vždy s klíčovým sdělením určitého aktéra vztahované ke konkrétní intervenci. Tyto poznámky byly autorem po ukončení diskuze pročteny za účelem vyjasnění některých znění a lepšího zapamatování a druhý den byly zpracovány do finální podoby. Ta bylo poté rozeslána účastníkům se žádostí o kontrolu a případné doplnění.

Diskuze trvala téměř čtyři hodiny a jejím výstupem je soubor komentářů k efektivním intervencím, několik návrhů nových intervencí v oblasti prevence sebevraždy v českém kontextu. Také byly identifikovány některé stávající nebo plánované politiky a intervence, které postihují oblasti tři oblasti, jež nebyly pokryty výsledky MR. Předpoklad, že na diskuzi intervencí s nejnižším stupněm doporučení nebude dostatek času, se ukázal jako pravdivý. Po bezmála čtyřech hodinách byly projity pouze intervence s nejvyšším stupněm doporučení. Autor usoudil, že další pokračování už není vhodné a proto byla diskuze ukončena. Důvodem byla únava účastníků a jejich ostatní závazky.

V následujících třech podkapitolách jsou prezentovány jednotlivé výstupy (komentáře, návrhy nových a identifikace stávajících politik/opatření) v prosté podobě, v jaké byly sepsány po diskuzi z poznámek autora. V diskuzi jim je pak věnována bližší pozornost a jsou rozvedeny do vztahu k intervencím, které komentují, nebo se kterými mohou doplňovat, případně být jinak v relaci.

5.1 Komentáře k efektivním intervencím,

5.1.1 Mediální intervence

- Programy na zvyšování povědomí o problematice sebevraždnosti je žádoucí konstruovat jako cílené na rizikové skupiny.
- Co se týká případné Metodiky pro reportování o sebevraždách, je nutné spolupracovat s médii při jejich vývoji. Základ Metodiky je možné přebrat ze zahraničí.
- Paní Mgr. Koubová soudí, že vhodnou taktikou je upozorňovat konkrétní autory, kteří píšou necitlivé články. Tito lidé totiž často netuší, že mohou takovým jednáním škodit.
- Jako základ pro komunikaci a podklady pro argumentaci by bylo vhodné zpracovat kvalitativní analýzu citlivosti výstupů jednotlivých mediálních domů. To by mohlo přispět k formulaci Metodiky pro reportování o sebevraždách a jejímu širšímu přijetí médii.
- Možnost ovlivnit za využití médií sebevraždnost na tzv. hot-spotech⁴⁹, viz dále.

5.1.2 Intervence na železnicích

- Železnice je místo častých sebevražd a podle Ing. Volavky v českém prostředí existují místa, kde není sebevražda překvapující. Identifikace takových míst je nutná pro zavádění intervencí z oblasti Omezování přístupu k prostředkům sebevraždy (means restriction). Z těchto intervencí je řada efektivní, viz MR.

5.1.3 Intervence na úrovni armády

- Z evidence je známá řada faktorů zvyšujících riziko spáchání sebevraždy (Nock et al., 2013; Nock et al., 2014). Je žádoucí kontaktovat relevantní osobu (například Dr. Jana Veveru,

⁴⁹ Místa všeobecně známá s častým výskytem pokusů i dokonaných suicidií.

současného vedoucího psychiatra 7. polní nemocnice) za účelem zjištění situace v české armádě a možností prevence.

5.1.4 Intervence založené na behaviorální terapii

- Řada intervencí založených na behaviorální terapii⁵⁰ byla v rámci MR ohodnocena jako efektivní a vhodná k implementaci. Dr. Hanka upozornil na značný nedostatek vyškolených terapeutů, kdy se na skupinová sezení čeká v řádech měsíců, na individuální terapie dokonce déle. Z toho vyplývá, že není v tuto chvíli prostor intervence založené na behaviorálním přístupu zavádět.
- Jako potenciální využití této skupiny intervencí byla navržena možnost proškolit psychiatrické sestry a relevantní pracovníky krizových center. Ti ve svém zaměstnání mohou přicházet do styku s osobami se sebevražednými sklony v základní verzi behaviorálního přístupu.
- Jinou alternativou je využít internetovou verzi kognitivně behaviorální terapie, která je dle závěrů slibná v termínech efektivity (Lai, Maniam, Chan, & Ravindran, 2014). Navíc je nízkoprahová a ze své povahy má nižší náklady.

5.1.5 Intervence na úrovni primární péče

- Praktičtí lékaři jsou v ČR značně vytížení.
- Alternativou plošného screeningu je podobně jako u mediálních intervencí cílení na vysoce rizikové skupiny obyvatel.

5.2 Nově navržené intervence pro český kontext doplňující výsledky MR a jiné návrhy

5.2.1 Kontrolní seznam (checklist)

- Dr. Hanka navrhuje pro psychiatrickou praxi zavést checklist, kterým by se posuzovala suicidalita pacienta. V ideálním případě by se používal při příjmu, propuštění a vždy jednou v týdnu během hospitalizace.
- Tento checklist by mohl mít i zjednodušenou verzi pro využití v krizových centrech nebo na krizových telefonních linkách.

5.2.2 Kampaň „Vraťte léky do lékárny“

- Tato kampaň by měla sloužit jako alternativa k regulaci velikosti balení léčiv, která jsou používána jako sebevražedný prostředek. Místem realizace by měly být lékárny a kampaň by zprostředkovávala informaci o potenciální škodlivosti a možnosti zneužití starých nebo v nadměrném množství skladovaných léčiv.

⁵⁰ Nejčastěji se jedná o kognitivně behaviorální terapii (CBT) nebo dialektickou behaviorální terapii (DBT)

- Současně by bylo žádoucí začít komunikovat se Státním ústavem pro kontrolu léčiv (SÚKL), jehož prostřednictvím by bylo možné uvést do praxe zmenšení balení běžně prodávaných analgetik a jiných léčiv zneužívaných v ČR jako sebevražedný prostředek. Tato intervence se osvědčila v Anglii, kde po zavedení intervence poklesla sebevražednost tímto způsobem o 43% (Zalsman et al., 2016).

5.2.3 Problematika sběru dat

- Zasadit se o rozšíření seznamu povinných položek v Listu o prohlídce zemřelého a v Hlášení o úmrtí. Minimálně je nutné rozšířit běžnou praxi o přesné vyplňování místa spáchání sebevraždy a tato data retrospektivně i do budoucna podstoupit analýze s cílem identifikovat hot-spoty.
- V ČR je vysoká potřeba informací pro možnost zavádění cílených intervencí. V tuto chvíli jsou dostupné především obecné informace o sebevražednosti v různých skupinách. V tom smyslu dále rozšiřovat spektrum informací evidovaných o sebevražďách.
- Profesorka Bankovská-Motlová přišla s postřehem, že v 90. letech minulého století bylo v lékařské praxi povinné evidovat informace o sebevražedných pokusech, což bylo z neznámého důvodu zrušeno. Přitom předchozí sebevražedný pokus je jedním ze zásadních rizikových faktorů pro dokončenou sebevraždu (Suominen et al., 2004).

5.2.4 Projekt SPOLU

- SPOLU je projekt studentů psychologie, kteří na dobrovolné bázi tráví čas s psychiatrickými pacienty v průběhu hospitalizace.
- V případě dalšího rozvoje projektu SPOLU by bylo vhodné vzhledem k vysokému riziku spáchání sebevraždy u některých propuštěných osob přistoupit spíše k následným kontaktům s pacienty propuštěnými z léčby. Rizikové faktory u osob propuštěných z pobytové psychiatrické péče byly už v minulosti v ČR zkoumány a je tak možné na ně cílit (Winkler, Mladá, Csémy, Nechanská, & Höschl, 2015).

5.3 Identifikované politiky a nové intervence v případě chybějící evidence z MR

5.3.1 Politiky duševního zdraví

- V rámci MR nebyla identifikována ani jedna intervence z této kategorie. Důvodem může být to, že určit efektivitu komplexní politiky je značně komplikované a přistupuje se tak například k evaluacím jejích dílčích částí, což už mohou být jednotlivé intervence. Ze skupinové diskuze vyplynulo, že je možné za politiku duševního zdraví považovat *Strategii reformy psychiatrické péče* (MZČR, 2013). Cílem reformy je inovovat a zefektivnit péči o duševní zdraví v ČR, což v kontextu prevence sebevražednosti představuje aktivitu zásadního významu.

5.3.2 Politiky snižování škodlivého užívání alkoholu a návykových látek

- Mezi intervencemi identifikovanými v rámci MR nebyla ani jedna z této kategorie. Důvody jsou pravděpodobně stejné jako u politik duševního zdraví. Snižování sebevražednosti nebývá primárním cílem těchto politik, není tedy ani běžně hodnoceno.
- V souvislosti s českým kontextem se expertní panel shodl, že je možné uvést nedávno schválený, takzvaný protikuřácký zákon, který mj. omezuje dostupnost alkoholu. Ten nabyde účinnosti ke konci května 2017.

5.3.3 Krizové linky

- V ČR neexistuje žádná krizová linka zaměřená konkrétně na prevenci sebevražd. Přesto tuto funkci plní většina krizových linek, kterých je v ČR na 30.
- Mgr. Porubský uvedl, že by bylo možné získat kvalitativní i kvantitativní data od České asociace pracovníků linek důvěry. Pracovníci linek důvěry mají povinnost sepsat zprávu z každého hovoru, který se nějak dotýkal tématu sebevraždy. Tyto zprávy by bylo možné analyzovat a zefektivnit tak práci linek důvěry a získat i jinde využitelné informace o faktorech, které jedince vedou k myšlenkám na sebevraždu nebo i k samotnému pokusu.
- Praxe Linky bezpečí dokazuje, že lidé při sebevražedných tendencích, nebo i při započatém sebevražedném pokusu vyhledávají pomoc krizových linek. Pracovníci Linky bezpečí (jako jedné z linek) ročně posílají záchrannou službu k cca 20 sebevražedným pokusům.
- Prezentace krizových linek by mohla být cílena přímo na tzv. hotspotech, případně doporučována cílovým (ohroženým) skupinám (pacienti propuštěni z psychiatrické péče).

5.4 Závěr skupinové diskuze

Skupinová diskuze byla zvolena v reakci na kritiku přílišného technicismu EBP přístupu. Ukázala se jako vhodná doplňková aktivita. Nekritické převzetí výsledků MR a návrh na jejich implementaci by se s velkou pravděpodobností setkal s nezdarem ve smyslu nízké nebo žádné efektivity a jiných implementačních problémů. To ilustruje soubor komentářů k potenciálním překážkám. V případných dalších krocích je nutné těmto komentářům věnovat patřičnou pozornost.

Dalším výstupem jsou i nově navržené intervence pro český kontext, které vzešly od účastníků diskuze. Ty vyplývají z jejich znalosti problematiky s ohledem na lokální prostředí. Současně byly v rámci skupinové diskuze oponovány, takže představují společný názor všech zúčastněných.

V oblastech prevence, kde nebyly v MR identifikovány žádné intervence, byla v diskuzi hledána jednotlivá opatření a politiky s cílem dospět ke komplexnímu návrhu obsahu prevence sebevražednosti v ČR.

Dohromady tyto tři výstupy spolu s výsledky MR poskytují informační rámec, který pokrývá všechny oblasti prevence sebevraždy podle WHO a představuje tak vhodný podklad pro další postup směrem k řešení problematiky sebevraždy české populace.

Jistý metodologický nedostatek představuje absence nahrávky a přepisu diskuze. Pro zajištění validity byly závěry poslány všem účastníkům diskuze s prosbou o schválení. Výše uvedené formulace byly schváleny a představují tak ověřený konsenzuální postoj několika expertů v oblasti prevence sebevraždy a souvisejících oblastech.

5.4.1 Odpovědi na výzkumné otázky

Otázky, na které byla s využitím metody skupinové diskuze hledána odpověď, se vztahují k možnostem přenosu intervencí do českého prostředí. Otázky jsou zde znovu uvedeny spolu s jasnou odpovědí.

2) Je možné tyto intervence (efektivní intervence identifikované ve vědecké literatuře, pozn. autora) přenést do českého prostředí?

Ano, intervence identifikované v MR se zdají být přenositelné do ČR kromě několika výjimek, které jsou v tabulce č. 9 uvedené mezi intervencemi, které obdržely hodnocení „spíše ne“ (a současně je v komentáři uvedeno, že nejsou vhodné pro české prostředí). Všechny ostatní intervence byly v dalším kroku posuzovány ve skupinové diskuzi.

2.1) Dají se u některých jinde efektivních intervencí předjímat konkrétní implementační překážky s ohledem na český kontext?

V rámci diskuze byla na základě znalosti českého prostředí identifikována řada implementačních překážek, které by při zavádění některých intervencí ze seznamu činily obtížným.

2.2) Je možné intervence nějak přizpůsobit českému kontextu?

Pokud to bylo možné, byla navržena úprava intervencí, aby jejich případné zavádění bylo co možná nejsnazší a aby bylo dosaženo kýženého efektu intervence.

V následující kapitole jsou uvedeny všechny intervence, které se dostaly do konečného výběru spolu s komentáři vzešlymi ze skupinové diskuze. Kapitola uvádí i nově navržené intervence a existující politiky a intervence, které je možné chápat jako aktivity předcházející sebevraždy a které současně zaplňují prázdné místo ve výsledcích MR.

Zde končí druhá a současně poslední kapitola z výzkumného bloku. Na následujících stranách jsou první dva bloky (širší kontext a samotný výzkum) diskutovány v širších souvislostech.

6 Diskuze

V této kapitole bude provedena diskuze výsledků uvedených v předchozích částech (MR, skupinová diskuze). Bude rozebrán jejich vztah, možnosti souběžného působení a další témata i v relaci k tématům, které byly představeny jako důležitý kontext problematiky v prvním bloku (VPD, RF a PF, epidemiologie jevu). Budou také diskutovány metodologické limitace předkládané práce, možná opominutá témata a témata, která nebyla primárním předmětem práce, ale k přímému se k němu vztahují. Dále bude posouzena vhodnost použitých výzkumných nástrojů ve vztahu k předmětu práce a přístupu EBP a diskutovány budou i možnosti dalšího výzkumu.

6.1 Diskuze výsledků

S ohledem na přehlednost je pro strukturaci kapitoly použito dělení intervencí podle WHO (2014), které bylo již několikrát zmíněno na jiných místech práce. Jednotlivé kapitoly tak pokrývají univerzální, selektivní a indikované přístupy k prevenci. Jak bylo psáno v úvodu, tato práce si klade za cíl dojít k návrhu možného intervenčního obsahu komplexního přístupu k sebevražednosti v prostředí ČR. Tento intervenční obsah je podle původního záměru v několika případech přizpůsoben pro místní podmínky.

Na tomto místě je důležité upřesnit, že termín „intervenční obsah“ je použit záměrně. Práce si totiž neklade za cíl formulovat kompletní řešení definovaného problému včetně definování odpovědností za implementaci jednotlivých intervencí, časový horizont pro jednotlivé aktivity, možné zdroje financí a další náležitosti. Cílem této diplomové práce je učinit první krok a poskytnout základ, na kterém je možné stavět. Takový základ je samozřejmě v mnohém nedokonalý a jeho limitacím je věnována dostatečná pozornost.

Také je nutné ujasnit, jak mají být chápány politiky a intervence identifikované pro oblasti prevence, kde nebyla v rámci MR nalezena žádná evidence. Jedná se o jednu aktuálně probíhající politiku (reforma psychiatrie s cílem deinstitucionalizace péče), jednu politiku, která zanedlouho nabyde na účinnosti (tzv. protikuřácký zákon) a zavedené intervence (paleta služeb, které nabízejí různé krizové linky). Všechny zmíněné je nutné brát při případné implementaci navrhovaných intervencí v potaz a snažit se o maximalizaci užitku, který může plynout ze vzájemné synergie⁵¹.

6.1.1 Univerzální intervence

Tyto intervence se dělí do dalších šesti podkategorií, kterým jsou věnovány jednotlivé podkapitoly.

⁵¹ Synergický efekt může být jednoduše vysvětlen na následujícím příkladu: $1 + 1 = >2$; jedna plus jedna je více než dva.

6.1.1.1 Politiky duševního zdraví

Sem byla zařazena Strategie reformy psychiatrické péče, jejíž primárním cílem je posunout těžiště psychiatrické péče od materiálně a technicky zastaralých psychiatrických nemocnic. Dostupnost těchto institucí není ideální. Nová struktura psychiatrické péče by měla být založena na péči v přirozeném prostředí pacienta prostřednictvím tzv. center duševního zdraví. Strategie má být průběžně implementována až roku 2023. Provázanosti problematiky duševního onemocnění a sebevraždy byla věnována pozornost v předchozích částech práce. Aktivita vykonaná v rámci strategie mohou být významné i pro prevenci sebevraždy nejen tím, že by měly usnadnit přístup k psychiatrické péči její vyšší dostupností a nižším prahem. (MZČR, 2013)

Pirkola a spoluautoři provedli evaluaci finské reformy psychiatrické péče, která měla podobné rysy jako český reformní záměr. Ta se ukázala jako efektivní ve snižování sebevražd. Jejich míra byla nižší v místech, kde byla dostupná široká paleta komunitních a ambulantních služeb. Také tam, kde tyto služby v počtu převládaly nad lůžkovými službami (v českém prostředí typicky velké psychiatrické nemocnice) a tam kde byly k dispozici krizové služby s 24 hodinovou službou (Pirkola, Sund, Sailas, & Wahlbeck, 2009).

6.1.1.2 Politiky snižování škodlivého užívání alkoholu a návykových látek

Do této podkategorie byl zařazen zákon č. 379/2005 Sb., známý jako tzv. protikuřácký zákon, jehož hlavním cílem je především ochrana před negativními zdravotními důsledky způsobenými návykovými látkami s důrazem na ochranu zdraví dětí a mládeže. Nejvýrazněji tento zákon ovlivňuje kouření, které bude od data účinnosti zákona, 30. května 2017, zakázáno na řadě veřejně dostupných míst. Nástupiště veřejné dopravy počínaje a restauracemi a hospodami konče. Zákon také upravuje prodej alkoholu, který proti současné situaci nebude možné koupit z automatu. V důsledku může tento zákon přispět k nižší konzumaci alkoholu ve společnosti a tím součinně působit na jeden z rizikových faktorů na úrovni společnosti, kterým je vysoká spotřeba alkoholu.⁵²

6.1.1.3 Přístup ke zdravotní péči

V MR byla pro tuto doménu nalezena jedna efektivní intervence, která se zaměřovala na hustotu a rozmanitost služeb péče o duševní zdraví. Zde je možné hovořit o vztahu k reformě psychiatrické péče, která si zvýšení dostupnosti péče klade za jeden z cílů (MZČR, 2013). Podle evidence větší rozmanitost služeb a vyšší hustota péče o duševní zdraví souvisí s nižší sebevraždou (G. Zalsman et al., 2016) a v tom smyslu je vhodné podporovat probíhající deinstitucionalizaci péče.

⁵² [http://www.mzcr.cz/dokumenty/nejcastejsi-dotazy-a-odpovedi-na-tema-noveho-tzvprotikurackeho-zakona_13109_1.html; citováno 10.5.2017]

6.1.1.4 Omezení přístupu k prostředkům k vykonání sebevraždy

Do této kategorie spadá vůbec největší počet efektivních intervencí identifikovaných v MR ($n = 15$). Ty je možné rozdělit do dalších třech subkategorií, a) opatření na železnici ($n = 5$), b) opatření na blíže nespécifikovaných *hot-spot* lokalitách ($n = 6$), c) regulace dostupnosti nebo snižování koncentrace látek, kterými je možné si způsobit otravu ($n = 4$).

Zástupce Správy železniční dopravní cesty (SŽDC) na skupinové diskuzi uvedl, že existují místa, kde není sebevražda překvapující. Současně uvedl, že SŽDC by mělo mít datové podklady, ze kterých by bylo možné zmíněné *hot-spoty* identifikovat. Na těchto místech by pak mohly být zaváděny efektivní intervence identifikované v MR: prohloubení kolejiště na stanicích, instalace zdrojů uklidňujícího modrého světla na stanicích, fyzické bariéry zabráňující vstupu do kolejiště, monitoring a detekční systémy jako prevence vstupu na riziková místa a spolupráce mezi relevantními institucemi (např. varování blízkých železničních stanic v případě útěku suicidálního pacienta z nedaleké psychiatrické nemocnice).

Na *hot-spotech* je možné sebevraždám předcházet především instalací fyzických bariér⁵³, viditelnou lidskou přítomností, snahou zvrátit fatální rozhodnutí pomocí cedulí s kontaktem na pomoc v krizi nebo zvýšením pravděpodobnosti zásahu třetí strany, které spočívá např. v instalaci kamerových systémů nebo systému detekce v nebezpečné zóně. Tato opatření se vyplatí na nechvalně proslulých lokalitách instalovat, protože prokazatelně snižují sebevražednost a současně nebyla prokázána substituce na podobných lokalitách ani zvýšení sebevražednosti jiným způsobem. Podobně jako u opatření na železnicích z diskuze vzešlo, že je nejprve nutné tato místa lokalizovat za využití dostupných datových podkladů. Autorovi není známo, že by se instituce, které takovými daty disponují (ÚZIS, ČSÚ), podobnému výzkumu věnovaly.

Pro vhodné zacílení třetí podkategorie je důležité znát detaily sebevražd otravou. Je známo, že tento způsob sebevraždy preferují ženy. ČSÚ různé typy úmyslného sebeotrávení v datech kóduje jako X60-X69 v závislosti na tom, jakou látkou byla otrava provedena. Tyto informace je při zavádění intervencí snížení dostupnosti otravy nutné respektovat. Jako efektivní se v MR ukázaly intervence, které snižovaly dostupnost a/nebo koncentraci těchto látek: analgetika, kofeinové tablety a barbituráty, pesticidy a kyanid. V roce 2014 si život úmyslnou otravou vzalo celkem 152 osob, viz tabulka č. 11. Ta například ukazuje, že v daném roce se nikdo neotrávil pesticidy, stálo by tedy za zvážení přehodnotit zavádění intervencí ve snaze snižovat toxicitu a dostupnost pesticidů. Kofein jako prostředek sebevraždy není v rutinně sbíraných datech sledovaný zvlášť, to samé platí kyanid. Není tedy možné usuzovat na vhodnost těchto opatření. Intervence, která omezovala přístup ke kyanidu, měla v původní

⁵³ Po instalaci fyzických bariér přestal být například most přes nuselské údolí známý jako most sebevrahů.

studii formu institucionální univerzitní politiky. V tom smyslu je možnost intervencí zavádět např. na vysoké škole, kde je v rámci laboratoře volný přístup k vysoce toxickým látkám.

Do této kategorie intervencí byla zařazena i nově navržená intervence. Ta by měla motivovat k důslednějšímu navrácení nespotřebovaných léčiv z domácností do lékáren. Nahromaděná léčiva jsou potenciálně nebezpečná a je možno je využít k otravě. Poznámka o vhodnosti vracení prošlých a nepotřebných léčiv je sice součástí každého příbalového letáku, nicméně tam se podle názoru MUDr. Hanky míjí účinkem. Tato intervence by současně mohla překrývat období, kdy by měla být započata jednáním se SÚKL ve snaze zmenšit běžná balení léčiv nejčastěji používanými jako prostředek úmyslné otravy (v ČR se jedná o kategorii X61, viz tabulka č. 11).

kód	Způsob otravy	n
X60	Úmyslné sebeotrávení neopiátovými analgetiky, antipyretiky a antirevmatiky a expozice jejich působení	4
X61	Úmyslné sebeotrávení antiepileptiky, sedativy-hypnotiky, antiparkinsoniky, psychotropními léky a expozice, nezařazené jinde	32
X62	Úmyslné sebeotrávení narkotiky a psychodysleptiky [halucinogeny] a expozice jejich působení, nezařazené jinde	5
X63	Úmyslné sebeotrávení jinými léčivými působícími na autonomní nervovou soustavu a expozice jejich působení	4
X64	Úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými léky, léčivými, návykovými a biologickými látkami a expozice jejich působení	47
X65	Úmyslné sebeotrávení alkoholem a expozice jeho působení	7
X66	Úmyslné sebeotrávení organickými rozpustidly a halogenovanými uhlovodíky a jejich parami a expozice jejich působení	3
X67	Úmyslné sebeotrávení jinými plyny a parami a expozice jejich působení	40
X68	Úmyslné sebeotrávení pesticidy a expozice jejich působení	-
X69	Úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými chemikáliemi a škodlivými látkami a expozice jejich působení	10

Tabulka č. 11: Sebevraždy dle způsobu otravy za rok 2014⁵⁴

⁵⁴ [<https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-podle-pohlavi-a-veku-2006-2015-dfx2bxdr2u>; citováno dne 11.5.2017]

6.1.1.5 *Zodpovědná práce médií*

Do této kategorie byly zařazeny intervence, jejichž cílem bylo především změnit běžnou novinářskou praxi. V té je sebevražda vnímána jako téma zvyšující čtenost, a proto je žádoucí se mu podrobně věnovat. Evidence ukazuje, že právě v případech detailních zpráv s obrazovým doprovodem z místa činu a s popisem metody provedení, se zvyšuje pravděpodobnost výskytu Wertherova efektu, tedy vlny nápodobných sebevražd. V MR byly takové intervence identifikovány celkem čtyři. Intervence podobné situace řešily zaváděním metodik zodpovědného reportování, jejichž prostřednictvím byly novinářům komunikovány žádoucí praktiky v této oblasti. Z diskuze vyplynulo, že pro úspěch podobné intervence v českém prostředí je bezpodmínečně nutné do procesu vytváření takové metodiky zapojit důležité mediální aktéry a zajistit jejich spolupráci. Mgr. Koubová jako minimalistickou verzi tohoto přístupu navrhla kontaktování jednotlivých novinářů, kteří produkují necitlivé články. Dále bylo navrženo využít tento přístup případově v situacích, kdy by došlo k opakovaným sebevraždám na konkrétním místě, kdy opět hrozí riziko nápodoby. Podobný přístup byl s úspěchem využit v Rakousku v reakci na vlnu sebevražd ve vídeňském metru. Pro diskuzi s mediálními aktéry by bylo vhodné zpracovat mediální analýzu za využití předem definovaného rámce nevhodné praxe (obrazový materiál, glorifikace činu atd.).

6.1.1.6 *Zvyšování povědomí o duševních a závislostních poruchách a sebevraždě*

V rámci MR byla do této kategorie zařazena jedna intervence, jejíž prostřednictvím bylo zvyšováno povědomí o problematice sebevraždění u různých cílových populací. Právě přizpůsobení různým cílovým skupinám vzešlo jako návrh ze skupinové diskuze (cílové skupiny by měly být definovány na základě zvýšeného rizika spáchání sebevraždy). Tato oblast intervencí úzce souvisí s problematikou stigmatizace duševních a závislostních onemocnění a sebevraždy. Stigma má v této oblasti zásadní vliv na nízkou léčenost populace nemocných a důsledkem je také nízká motivace nemocných k vyhledání pomoci ale i třeba nízký zájem studentů medicíny o obor psychiatrie a tedy nedostatečné personální obsazení a další návazné problémy⁵⁵.

6.1.2 *Selektivní intervence*

6.1.2.1 *Intervence pro rizikové skupiny*

Do této podkategorie selektivních intervencí se dostalo celkem osm různých druhů intervencí s různými cílovými skupinami. V případě zvažování jejich implementace v českých podmínkách je nutné dostatečně zmapovat epidemiologii sebevraždění u daných cílových skupin. Intervence identifikované v MR se ukázaly jako efektivní u těchto skupin: armáda, mladí lidé ve věku do 25 let a

⁵⁵ [<http://www.zdravotnickyydenik.cz/2017/02/jak-zlepsit-prevenci-sebevrazd-v-cesku-meli-bychom-snizovat-stigma-dusevnych-chorob-rika-odbornik/>; citováno 16.5.2017]

studenti nespécifikovaní věkem. Jak bylo ukázáno v předchozích kapitolách, sebevražda je jednou z nejčastějších příčin úmrtí u dospívajících a to nejen v ČR, ale i globálně. Data o sebevražednosti v české armádě nejsou volně dostupná. V rámci skupinové diskuze bylo MUDr. Hankou za účelem zjištění situace v české armádě navržena možnost kontaktování MUDr. Vevery, který působí na pozici vedoucího psychiatra 7. polní nemocnice. Po vyhodnocení závažnosti problému by bylo možné přistoupit k zavádění intervence cílené například na vojáky po návratu z mise⁵⁶. Pro mladé lidi do věku 25 let se jako efektivní ukázaly intervence, které byly založené na zvyšování gramotnosti v oblasti duševního zdraví a sebevražednosti, psychoedukaci, sociální podpoře, motivačních rozhovorech a psychoterapii. Psychoterapie je problémová z důvodu nedostatku pracovních sil (tomu bude věnována větší pozornost v kapitole o indikovaných přístupech), ale pro vzdělávání ve školách nebyla na skupinové diskusi identifikována žádná překážka. Jednou z možností je také implementovat specifické programy, které se věnují prevenci sebevražd u mladých – několik z nich se v tom smyslu ukázalo jako efektivní. U nich je možné předjímat nějakou formu licenčních nákladů a nákladů na odborný překlad, které mohou představovat překážku. Před zaváděním jakékoliv z intervencí je nutné konzultovat s českými experty z oblasti školství.

6.1.2.2 Školení gatekeepers

Tento přístup se ukázal jako efektivní u řady cílových skupin: armáda, zaměstnanci škol, peer konzultanti v komunitní psychiatrické péči, praktičtí lékaři, železniční pracovníci, studenti. Spočívá ve školení členů kolektivu, kteří mohou přispět k řešení problémů vedoucích k sebevraždě, nebo v případě pozorovaných náznaků mohou kontaktovat povolanou osobu.

Zde, a to platí i pro předchozí kategorii, je vhodné nejprve určit několik nejvíce problematických skupin a to na základě posouzení a) absolutní četnosti sebevražd a b) míry sebevražednosti. Těžiště efektivních intervencí je ve všech případech stejné – vzdělávání. Mohou působit synergicky spolu intervencemi z kategorie Zvyšování povědomí o duševních a závislostních poruchách a sebevraždě. Zásadní rozdíl mezi nimi pak tkví v jinak definované cílové skupině a v tom, že vyškolení gatekeeperi jsou motivováni k přímé akci, zatímco druhý přístup spíše bojuje se stigmatem a nežádoucími postoji ve společnosti.

6.1.2.3 Krizové linky

Pro ty nebyla v rámci MR identifikována ani jedna efektivní intervence. Přesto, četnost telefonátů na krizové linky byla u některých intervencí používán jako indikátor efektivity intervence, protože takový kontakt může zabránit nejhoršímu. V tom smyslu je možné chápat existenci krizových linek v ČR jako důležitou složku možného budoucího komplexního přístupu k prevenci sebevražednosti. Ačkoliv ani jedna z krizových linek není přímo zasvěcena tématu sebevražedných myšlenek, tuto funkci plní zřejmě

⁵⁶ Ti jsou podle literatury ve zvýšeném riziku spáchání suicidia (Allen, Cross, & Swanner, 2005).

všechny. Jako zástupný příklad je možné uvést Linku bezpečí, která se soustředí na děti a mladé lidi do 26 let, kde ročně evidují 600-700 rozhovorů s tématem sebevraždy, jak uvedl Mgr. Porubský na skupinové diskuzi. Tím představují jakousi nárazníkovou službu prevence sebevražd. Ročně pracovníci Linky bezpečí přivolávají rychlou záchrannou službu až k 20 případům započaté sebevraždy. Mgr. Porubský dále nabídl možnost získání kvalitativních dat od České asociace pracovníků linek důvěry (ČAPLD). Interním předpisem všech krizových linek je, že z rozhovorů, kde se objeví téma sebevraždy, jsou povinně podávány zprávy. Jejich kvalitativní analýzou by bylo možné získat lepší přehled o příčinách problémů mezi různými cílovými skupinami krizových linek. Zefektivnit tak jejich práci a významně přispět ke znalosti problematiky, která může mít praktické uplatnění. ČAPLD sdružuje zaměstnance asi 30 krizových linek s různým zaměřením.

6.1.3 Indikované intervence

6.1.3.1 *Následná péče a komunitní podpora*

Zde byl identifikován v MR jediný přístup, kterým jsou rodinné intervence. Ty spočívají v zapojení rodinných příslušníků do procesu léčby pacienta s duševním onemocněním nebo jedince, který se pokusil o sebevraždu. Dle evidence může taková intervence vést k poklesu sebevražedných představ a k poklesu následných hospitalizací a sebevražedných pokusů. Zde je s ohledem na české prostředí vhodné zmínit nedávnou studii, která zkoumala suicidalitu osob propuštěných z pobytové psychiatrické péče. U těch je v době několika týdnů po propuštění z hospitalizace významně zvýšené riziko spáchání sebevraždy. Zmíněná studie ukazuje, že v české populaci je zvýšené riziko asociováno s mužským pohlavím, historií opakované hospitalizace a s diagnózou afektivní, úzkostné nebo osobnostní poruchy (Winkler et al., 2015). Zde, na rozdíl od mnoha jiných oblastí prevence, je tak vhodná cílová skupina identifikována, což by mohlo usnadnit implementaci intervence v této oblasti.

Z diskuze pak vyplynul návrh využít projektu SPOLU, který sdružuje mladé studenty psychologie, ti na bázi dobrovolnosti tráví čas s psychiatrickými pacienty v průběhu hospitalizace. Zde je možné navázání spolupráce a v případě dalšího rozvoje projektu SPOLU je možné část aktivit cílit na pacienty propuštěné z hospitalizace s preferencí pacientů s úzkostnou, afektivní a osobnostní poruchou.

6.1.3.2 *Posouzení a management sebevražedného chování*

Do této podkategorie indikovaných intervencí bylo z výsledků MR zařazeno celkem šest intervencí, které jsou založeny na třech přístupech:

- 1) Elektrokonvulzivní terapie
- 2) Různé typy behaviorálních terapií
- 3) Léčba farmaky (v jednom případě i v kombinaci s behaviorální terapií)

Charakteristické pro tyto intervence je, že jejich cílovou skupinou jsou lidé v bezprostředním riziku spáchání sebevraždy, může se jednat o jedince, kteří trpí sebevražednými myšlenkami nebo o osoby, které už za sebou mají sebevražedný pokus. Ukázalo se, že určité typy medikace podstatně snižují riziko pokusů nebo i spáchání sebevraždy. Medikace v kombinaci s kognitivně behaviorální terapií (CBT) se zdá mít větší efekt, než samotná farmakoterapie. Elektrokonvulzivní terapie, která se běžně používá u pacientů s těžkou farmako-rezistentní depresí⁵⁷ a může jim značně ulevit, což je patrné i na tom, že snižuje riziko suicidia. O behaviorálních terapeutických přístupech jako je už zmíněné CBT nebo dialektická behaviorální terapie (DBT) je v řadě studií prokázán signifikantní efekt na snižování sebevražedných myšlenek a jednání včetně dokonaných sebevražd.

Přestože jsou behaviorálně terapeutické přístupy prokázány jako benefiční pro sebevražedné jedince, bylo by problematické je ve větší míře v českém prostředí v současnosti zavádět. Důvodem jsou zejména nedostatečně personální zdroje, kdy se na individuální terapii čeká až několik měsíců. Indikované přístupy k prevenci sebevražd jsou současně založeny na včasném zakročení u rizikových jedinců. Nízké personální zajištění je v české psychiatrické péči dlouhodobě problematické, nedostává se nejen terapeutů, ale i psychiatrů a psychiatrických sester. To může souviset i se špatnou pověstí psychiatrie, která není v očích studentů medicíny atraktivní. To, zdá se, souvisí i se stigmatem duševního onemocnění (Bankovská-Motlová, 2016). MUDr. Hanka kromě tohoto problému na diskuzi podotkl, že farmakoterapie je běžnou součástí péče o suicidální pacienty i v ČR.

Z diskuze dále vyplynulo, že možným řešením problému s nedostatkem terapeutů by mohla být internetová verze CBT, tzv. iCBT. Ta má s ohledem na český kontext několik výhod: náklady na její zavedení nejsou vysoké a výdaje na provoz nízké, je ze své podstaty nízkoprahová a mohla by být používána v různých obměnách pro různé cílové skupiny.

Bylo navrženo ještě jedno využití terapií s kognitivním základem. A to proškolení sester a/nebo pracovníků krizových sester v poskytování stručné formy CBT nebo jiné formy kognitivní terapie.

6.1.3.3 Posouzení a management duševních a závislostních poruch

Intervence, které byly zařazeny do této podkategorie, se zaměřují na osoby s duševním onemocněním a/nebo závislostní poruchou a pomáhají těmto lidem zvládat průběh onemocnění ve snaze předejít negativním důsledkům, jakým může být i sebevražda.

Mezi efektivní intervence, které byly nalezeny v MR patří: komunitní terénní programy péče o duševní zdraví seniorů, které vedly zejména u populace žen k podstatnému poklesu sebevražd. DBT se ukázala jako efektivní ve snižování sebevražednosti u osob trpících bipolární (dříve maniodepresivní) poruchou.

⁵⁷ Deprese, která se po medikaci nijak nezlepšuje.

CBT má u různých typů populace žádoucí efekt na prevalenci sebevraždění a představ, u osob starších 60 let má posiluje protektivní a zeslabuje rizikové faktory. Zde je nutné opět zmínit, že v ČR není v tuto chvíli dostatek personálních zdrojů na zajištění širšího spektra behaviorálních terapií.

Dále bylo jako efektivní prokázáno plošné testování pro depresi a suicidální myšlenky, které v případě zajištění návazné péče vedlo k nižšímu výskytu sebevražd. Poslední z intervencí je cílená na populaci osob starších 60 let a jejím těžištěm je záchyt depresivních jedinců a léčba, obojí na úrovni praktických lékařů. Výsledkem je pokles míry deprese i sebevraždění předstev seniorů.

Účastníci diskuze se shodli na tom, že čeští praktičtí lékaři jsou značně vytížení a bylo by obtížné prosadit praxi plošného testování pro depresi. Je nicméně patrné, že i jiné z této podkategorie intervencí jsou efektivní pro populaci osob starších 60 let. Věková kohorta 65+ patří v ČR mezi ty s nejvyšší mírou sebevraždění, což souvisí s vyšší prevalencí deprese a pocitu osamění. Bylo by proto žádoucí se zasadit o implementaci některé z intervencí, které na tuto populaci cílí. Že by bylo vhodné cílit specificky na vybrané rizikové skupiny, byla další poznámka, která vzešla z diskuze s experty a věková skupina 65+ by měla být v tomto smyslu prioritou.

Do této kategorie patří ještě jedna nově navržená intervence pro české prostředí psychiatrické péče – checklist/kontrolní seznam pro posouzení suicidality pacienta v léčbě. Vychází z běžné praxe ve Velké Británii, kde se takový checklist rutinně vyplňuje při přijetí pacienta do léčby, při jeho propuštění a v pravidelných intervalech v průběhu léčby. Tento postup umožňuje na základě rychlého vyplnění kontrolních otázek posoudit, zda je pacient ve stavu zvýšeného rizika a s ohledem na to upravit léčbu, případně odložit propuštění atd. Možné by bylo vyvinout i zkrácenou verzi, kterou by bylo vhodné uplatnit v krizových centrech nebo na linkách důvěry. Checklist by bylo možné převzít z VB a dá se předpokládat, že by nebylo nutné ho kromě odborného překladu jinak přizpůsobovat.

6.1.4 Jiné

Do této kategorie byly zařazeny výstupy ze skupinové diskuze, které se přímo netýkaly roviny intervencí a nebylo možné je zařadit do některé z předchozích kategorií. Patří sem zejména překážky efektivní prevence týkající se oblasti sběru dat a jejich analýzy.

V ČR je podle PhDr. Csémyho vysoká potřeba informací pro možnost zavádění cílených intervencí, které spadají do selektivní a indikované kategorie opatření. V současné chvíli je většina vědecké produkce týkající se problematiky sebevraždění pouze popisná. To znamená, že k dispozici jsou informace o míře sebevraždění v různých věkových skupinách, demografických proměnných osob, které si vzaly život aj. Nicméně tyto informace jdou, jak bylo v diskusi podotknuto, „po povrchu“. Chybí hloubkový vhled do vzorců jednání, konkrétní informace, jako je například historie čerpání zdravotní péče, jsou sice sledovány, nicméně jejich analýza chybí. Jedním z důvodů je, že registr, ve kterém jsou tato data

agregována, spravují zástupci pojišťoven. Současně také není propojen s registrem, kterým disponuje Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Data z ÚZIS jsou výzkumným institucím k dispozici a jejich propojení s registrem pojišťoven a následná analýza některých specifík sebevražd by mohla vést k hlubšímu vhledu. Dalším krokem pak může být efektivnější cílení preventivních aktivit.

Další aktivitou v této oblasti je rozšíření spektra informací, které se rutinně eviduje o každé dokonané sebevraždě. Zdrojem těchto informací jsou dva formuláře - List o prohlídce zemřelého a Hlášení o úmrtí. Minimálně je žádoucí prosadit do běžné praxe důsledné vyplňování místa spáchání sebevraždy a tato data retrospektivně i výhledově podstoupit analýze s cílem identifikovat kritické lokace.

Prof. Bankovská-Motlová dále za problém označuje to, že se v lékařské praxi od přelomu století přestaly evidovat informace o sebevražedných pokusech (Bankovská-Motlová, 2016). Tuto informaci potvrzuje i dokument Zdraví 21, ve kterém je uvedeno, že sebevražedné pokusy nejsou evidovány od roku 1992. Ty představují zásadní díl evidence, který může v propojení s dalšími informacemi poskytnout cenné podklady pro rozhodování o konkrétní podobě prevence suicidia v českém kontextu.

6.1.5 Metodologické nedostatky

6.1.5.1 MR

Navzdory doporučené metodologii nebyl do procesu MR zapojen žádný další výzkumník/výzkumníci. Spolupráce s dalšími osobami je obzvlášť žádoucí při identifikaci studií, hodnocení jejich metodologické kvality a také při extrakci dat a formulování závěrů. Nástroj AMSTAR, který byl použit při hodnocení konkrétních SR/MA, na tuto metodologickou dimenzi cílí jednou z otázek (otázka č. 2, viz AMSTAR check-list v příloze) a v případě, kdy se na uvedených aktivitách nepodílí alespoň dva výzkumníci, je toto důvodem ke snížení hodnocení dané publikace. (Shea et al., 2007; Shea et al., 2009) V tom smyslu se tedy jedná o pochybení, které snižuje celkovou kvalitu výstupu. Zapojení více výzkumníků eliminuje subjektivní zatížení, které může vzniknout v případě provádění zmíněných činností jedinou osobou. Autor nicméně dodržel všechny další metodologické zásady doporučované pro MR (viz metodologická kapitola), které je v tom smyslu transparentní a může tak být replikováno a ověřeno pro věrohodnost a nezatíženost.

V metodologické části byla uvedena sekvence jednotlivých kroků v provádění SR. Tento postup byl adaptován i v případě MR. Tato práce vykazuje jistou nedostatečnost v šestém kroku, kterým je podle Pawsona rozšíření závěrů SR (Pawson, 2006). Autor usuzuje, že diplomová práce není ideálním nástrojem k šíření závěrů MR.

6.1.5.2 Skupinová diskuze

V případě skupinové diskuze je jako metodologické pochybení možné označit absenci přepisu nahrávky. Ta bohužel nebyla pořízena. Je tedy možné, že některé z podnětů, které během diskuze zazněly, nebyly zaznamenány. A to přes snahu autora vést poznámky ke všem důležitým tématům. Do jisté míry byl tento problém vyřešen rozesláním závěrů diskuze všem zúčastněným k posouzení a případnému doplnění. Všichni účastníci se závěry vyjádřili souhlas a současně z jejich strany nepřišlo žádné doplnění k obsahové stránce. Z toho je možné usoudit, že vědomě nebylo pominuto žádné důležité téma. Jiná témata a implementační překážky se však mohou objevit v případné diskusi s aktéry, kteří se nemohly dostavit.

Absence některých relevantních aktérů je závažnou limitací. Na výzvu zúčastnit se nereagovali, nebo neměli v daný termín čas tito aktéři:

- Zástupce krizových služeb; osloveno bylo krizové centrum RIAPS na Žižkově
- Zástupce komunitních a terénních služeb pro osoby s duševním onemocněním; oslovena byla organizace Fokus Praha
- Zástupce uživatelů (psychiatrických) služeb; v této věci byla také oslovena organizace Fokus Praha

Nepřítomnost zmíněných aktérů mohla vést k informačnímu ochuzení závěrů diskuze. V případě, kdy by na výsledcích této práce měla být vystavěna reálná politika, by bylo nutné znovu nahlédnout intervence i optikou chybějících aktérů formou skupinové diskuze.

6.1.6 Kritika výsledků

Autor dále považuje za nezbytné zmínit i jistou kritiku výsledků MR a skupinové diskuze. Určitá nejasnost výsledků MR bude prezentována na příkladu kognitivně behaviorální terapie (CBT).

CBT je doporučována k implementaci (v tuto chvíli není brán v potaz komentář o nedostatečných lidských zdrojích) jako efektivní intervence snižující sebevražednost a současně je opakovaně tvrzeno, že prevence sebevražednosti v ČR prakticky neexistuje. To nutně neznamená, že CBT není v ČR vůbec dostupná nebo že v ČR poskytovaná CBT nemá vliv na sebevražednost. Podobným případem jsou také intervence zabraňující sebevražednosti na hot-spotech, která byla v několika případech v ČR zaváděna (např. opatření na Nuselském mostě); tyto intervence však nejsou systematicky zaváděny na nejvíce kritických míst. Současně ani nejsou evaluovány pro efektivitu ve vztahu k sebevražednosti.

Výše už bylo zmíněné opatření omezující dostupnost a toxicitu pesticidů, které se v konečném důsledku ukazuje pro ČR jako ne zcela vhodné. Důvodem je, že úmyslnou otravou touto látkou zemřelo za posledních deset let deset osob, což je v porovnání s jinými způsoby výrazně méně. Přesto toto

opatření prošlo sítím MR a skupinové diskuze. To může sloužit jako ilustrace toho, že rozhodnutí skupinové diskuze by nemělo být poslední instancí při rozhodování o podobě prevence sebevraždy. V případě zavádění komplexního přístupu k prevenci sebevraždy v ČR je nutné se posouzení intervencí věnovat znovu.

Výzkumná otázka týkající se účinnosti intervencí prevence sebevraždy byla zodpovězena až příliš jednoduše. To, že v rámci MR nebyly identifikovány žádné studie, které by kromě efektivity intervencí referovaly i o jejich účinnosti, pak může být důsledkem nedostatečného množství evidence. Jak bylo zmíněno, SR a MA jsou publikovány z důvodu nadměrného množství článků, které by musel výzkumný pracovník vstřebat, aby dokázal udržet krok s vývojem svého oboru. Je opodstatněné předpokládat, že na téma účinnosti prevence sebevraždy zatím nebyl publikován dostatek studií, které by mohly být sloučeny pod hlavičkou SR nebo MA. Námět pro další výzkum na toto téma je zmíněn ve zvláštní podkapitole.

6.1.7 Vhodnost použitých nástrojů a optiky přístupu EBP

MR se ukázalo jako vhodný nástroj. Jeho metodologie snižuje možnost *cherry-pickingu* nebo jiné formy zaujatého výběru, což z něj činí nástroj ideální pro tvorbu podkladů pro EBP přístup k tvorbě politiky. Ve výsledcích MR současně nechybí žádný z přístupů prevence sebevraždy zmiňovaných v předchozí podobné studii (Van Der Feltz-cornelis et al., 2011), bylo jich identifikováno dokonce víc. Z toho lze usuzovat, že vyhledávací strategie byla formulována dostatečně široce a žádné důležité studie nebyly vyloučeny. Formát SR (předstupeň MR) se autorovi jeví jako vhodný i pro hledání podkladů pro EBP přístup v jiných oblastech veřejné politiky a to z výše zmíněných důvodů (transparentnost, možnost replikace, a při správně definované vyhledávací strategii a kritériích výběru také vysoká informační hodnota plynoucí z kompletního přehledu evidence publikované na dané téma).

Optika přístupu EBP se pro potřeby této práce ukázala jako přínosná. Veřejné politika může být v mnoha případech formulována na základě dostupné evidence. V této práci byly vzaty v potaz i kritické poznámky k tomuto přístupu, které se ukázaly jako hodnotné. I díky nim bylo předejito technicistnímu pojetí EBP, jehož výstupem by bylo pouze MR. Jak se později ukázalo, kritické nahlédnutí identifikovaných intervencí mělo za výsledek řadu hodnotných poznámek a připomínek, které přispěly ke kvalitě závěrů této práce.

6.1.8 Možnosti dalšího výzkumu

Diplomová práce může posloužit jako výchozí bod pro další výzkum. Jednou z možností by bylo studovat podrobněji vzájemné působení intervencí prevence sebevraždy, nebo alespoň

analyzovat jejich synergický potenciál. Tento okruh výzkumu jen zkratkovitě zmiňuje Zalsman (G. Zalsman et al., 2016).

Možnost studia synergického efektu intervencí však nutně předpokládá dostatečný počet evaluačních studií včetně evaluací vícesložkových intervencí. Autorovi není známo, že by některé z mála intervencí implementovaných v českém prostředí byly hodnoceny. Mezi zavedené intervence patří krizové linky a intervence založené na přístupu k omezování přístupu k prostředkům sebevraždy jako např. zábrany na vysokých místech. To úzce souvisí s dříve zmíněnou dimenzí sběru dat a jejich analýzy.

Další výzkumné téma vyplývá z příliš jednoduché odpovědi na výzkumnou otázku, která se tázala na účinnost intervencí prevence sebevražd. Ke zjištění této informace by bylo nutné zvolit jiný metodologický design, například SR.

Zmíněna byla nedostatečná analýza geografického rozložení sebevražd. Ing. Volavka zmínil, že SŽDC by měla disponovat daty o lokaci sebevražd za poslední roky. V případě poskytnutí takových dat ze strany SŽDC by bylo možné za použití jednoduchých nástrojů identifikovat hot-spoty, tj. místa, kde se za poslední roky událo nejvíce sebevražd. Na těchto místech je možné implementovat některé z efektivních opatření. Variantou je působit alespoň minimalisticky instalací informačních cedulí odkazujících na možnosti pomoci v krizi.

Poslední téma, které s touto prací na úrovni veřejné politiky souvisí, je proces transferu vědecké (a jiné) evidence do politické praxe v prostředí ČR. Autor se domnívá, že praxe přístupu k EBP a proces přenosu vědění do praxe se bude v jednotlivých sektorech veřejné politiky výrazně lišit, což představuje zajímavý výzkumný problém.

6.1.9 Možnosti evaluace

Tato diplomová práce se zabývala návrhem intervenčního obsahu potenciální komplexní politiky prevence sebevražd v ČR. Její závěry jsou založeny na značném počtu evaluačních studií. V té souvislosti vyvstává otázka, jak by bylo možné takovou komplexní politiku evaluovat. Je jisté, že evaluace politiky jako celku by byla téměř nemožná vzhledem k počtu zvažovaných intervencí. Bylo by nicméně možné provádět evaluace jednotlivých intervencí. Současně by bylo téměř nemožné usuzovat na jejich dílčí efektivitu v rámci široké palety preventivních opatření, které cílí na jednu a tu samou věc. To dále souvisí se znalostí možného synergického efektu intervencí v rámci komplexního přístupu k prevenci sebevražd.

Některé indikované intervence by však bylo možné smysluplně evaluovat. V případě intervence cílené na prevenci sebevražd u populace propuštěných z psychiatrické hospitalizační péče by bylo možné v datech pocházejících z registrů ÚZIS sledovat, zda došlo k poklesu suicidality této populace v období

po implementaci intervence. Samozřejmě není možné efekt intervence očistit od opatření *means-restriction*, které by bylo zavedeno v regionu psychiatrické léčebny. Přesto by taková a jí podobná evaluace intervencí cílených na specifickou skupinu, kterou je možné (i retrospektivně) sledovat v datech, mohla mít nějakou výpovědní hodnotu o efektivitě.

Další možností evaluace je design přerušovaných časových řad. V datech by bylo možné průběžně sledovat výskyt konkrétních způsobů sebevraždy spolu s charakteristikami jako věk, pohlaví, region a další. Tato data by bylo možné sledovat ve vztahu k zaváděným opatřením a usuzovat tak na jejich efektivitu. Není však možné předpokládat, že by výsledek nebyl nijak zatížený.

Pro smysluplný návrh evaluace tohoto komplexního přístupu by bylo nutné v prvním kroku znát finální obsah, odpovědnosti za provádění a další detaily včetně implementačního plánu. Současně toto není předmětem práce a není možné se tomuto tématu detailněji věnovat.

6.1.10 Vymezení se vůči střetu zájmů

Obě výzkumné části, tedy MR a skupinová diskuze vznikly v rámci projektu MZČR a NUDZ⁵⁸. Autor této práce v souladu s původním čestným prohlášením deklaruje, že obě zmíněné výzkumné části jsou plodem jeho duševní práce. Současně deklaruje, že výsledky práce nejsou nijak ovlivněny jeho zaměstnaneckým poměrem v NUDZ ani žádným jiným způsobem.

7 Závěr

Předkládaná diplomová práce se věnovala problematice sebevraždnosti v ČR a možnostem její prevence optikou veřejné politiky.

Konkrétním cílem pak bylo navrhnout intervenční obsah komplexního prevenčního opatření, které se jeví jako nejvhodnější přístup i proto, že se snaží problém řešit v celé jeho šíři a nejen jeho dílčí části. Ten navíc dlouhodobě doporučují etablované instituce v oblasti veřejného zdraví jako je WHO. Prevenci sebevražd jako důležité téma adoptovala i ČR v několika veřejně politických dokumentech, ve kterých byly i vytyčeny konkrétní cíle jako je snížení míry sebevraždnosti v ČR do roku 2020 o 10% (MZČR, 2013).

Problematika byla nahlédnuta optikou přístupu evidence-based policy (EBP). V souladu s doporučením o evidenci, která má stát v základu EBP (Pawson, 2006), byla provedena systematická rešerše systematických rešerší (meta-rešerše; MR), jejíž smyslem bylo identifikovat efektivní intervence. Z původního počtu 2540 vědeckých článků jich bylo na základě transparentního procesu vybráno do konečného souboru 18. Těchto 18 studií bylo z důvodu značné heterogenity narativně shrnuto a bylo

⁵⁸ Identifikační číslo projektu: 47/16/RPZP

v nich identifikováno celkem 73 různých intervencí včetně evidence o jejich efektivitě. Na základě sady kritérií bylo vybráno 47 intervencí, které byly dále doporučeny k dalšímu zhodnocení pro český kontext.

Za účelem posouzení souboru intervencí byla uspořádána skupinová diskuze, které se účastnilo celkem sedm expertů z různých relevantních oblastí. Ve vztahu k EBP byla skupinová diskuze důležitou složkou celé práce, protože nejčastější kritika EBP je nadměrný technicismus a snaha o přenos intervencí bez řádného zhodnocení jejich vhodnosti pro cílové prostředí. Výsledkem skupinové diskuze je soubor komentářů, návrhů nových intervencí a několika existujících politik, které jsou pro prevenci sebevražd relevantní.

Výstupy z obou výzkumných částí jsou propojeny v diskuzní kapitole a jsou uvedeny do vztahu k širšímu kontextu, který byl prezentován v úvodních kapitolách (epidemiologie jevu, rizikové a protektivní faktory, problematika sebevraždnosti jako předmět VPD na různých úrovních). Diskuze tak představuje hlavní kapitolu, ve které jsou provázány všechny předchozí. Nechybí ani diskuze možných metodologických nedostatků, vhodnosti použitých nástrojů, možností evaluace a dalšího výzkumu.

Práce splnila vytyčené cíle, které mají značný potenciál praktického využití. Závěry této práce poskytují pevný základ, na kterém je možné formulovat komplexní politiku prevence sebevraždnosti. Současně je potenciálním zdrojem informací i pro menší územní celky, které mohou na základě vlastní iniciativy reagovat na nadměrný výskyt suicidií například na *hot-spot* lokacích.

V ČR každým dnem přijdou vlastní rukou o život čtyři osoby a tato práce přináší návrh intervenčního obsahu komplexního přístupu, který má potenciál toto změnit.

8 Zdroje

- Ahmad, O. B., Boschi-Pinto, C., Lopez, A. D., Murray, C. J., Lozano, R., & Inoue, M. (2001). Age standardization of rates: a new WHO standard. *Geneva: World Health Organization*, 31, 1-14.
- Allen, J. P., Cross, G., & Swanner, J. (2005). Suicide in the Army: A review of current information. *Military medicine*, 170(7), 580.
- Anderson, L. M., Brownson, R. C., Fullilove, M. T., Teutsch, S. M., Novick, L. F., Fielding, J., & Land, G. H. (2005). Evidence-based public health policy and practice: promises and limits. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(5), 226-230.
- Artlová, M., Antonová, M. (2016) Statistická analýza sebevraždy v České republice z pohledu časových řad. *Demografie*, 58, 29-48.
- Bankovská-Motlová, L. (2016) *Neformální diskuze v rámci setkání pracovníků výzkumného programu Sociální psychiatrie NUDZ.*
- Baxter, A. J., Harris, M. G., Khatib, Y., Brugha, T. S., Bien, H., & Bhui, K. (2016). Reducing excess mortality due to chronic disease in people with severe mental illness: meta-review of health interventions. *The British Journal of Psychiatry*, bjp. bp. 115.163170.
- Biesta, G. (2007). Why “what works” won’t work: Evidence-based practice and the democratic deficit in educational research. *Educational theory*, 57(1), 1-22.
- Bohanna, I., & Wang, X. D. (2012). Media Guidelines for the Responsible Reporting of Suicide A Review of Effectiveness. *Crisis-the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 33(4), 190-198. doi:10.1027/0227-5910/a000137
- Calear, A. L., Christensen, H., Freeman, A., Fenton, K., Grant, J. B., van Spijker, B., & Donker, T. (2016). A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(5), 467-482. doi:10.1007/s00787-015-0783-4
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395-405. doi:10.1017/s0033291702006943
- Cox, G. R., Owens, C., Robinson, J., Nicholas, A., Lockley, A., Williamson, M., . . . Pirkis, J. (2013). Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review. *BMC public health*, 13. doi:10.1186/1471-2458-13-214
- Davoudi, S. (2006). Evidence-based planning: rhetoric and reality. *disP-The Planning Review*, 42(165), 14-24.
- Dublin, L. I. (2001). *Suicide: A sociological and statistical study.* American Psychological Association.
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide: étude de sociologie:* F. Alcan.

- Dzůrová, D., Dragomirecká, E. (2002) *Sebevražednost obyvatel České republiky v období transformace společnosti*. Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta, katedra sociální geografie a regionálního rozvoje
- Edejer, T. T.-T. (2003). *Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis* (Vol. 1): World Health Organization.
- European Commission. (2005). *Green Paper: Improving the Mental Health of the Population: Towards a Strategy on Mental Health in the European Union*. OOEPEC.
- Europe, W. (2008). *European Pact for mental health and Well-being*. Paper presented at the EU Highlevel conference "Together for mental health and wellbeing": Brussels.
- Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N. J., . . . Värnik, A. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 703-709.
- Fountoulakis, K. N., Kawohl, W., Theodorakis, P. N., Kerkhof, A. J., Navickas, A., Höschl, C., . . . Palova, E. (2014). Relationship of suicide rates to economic variables in Europe: 2000-2011. *The British Journal of Psychiatry*, 205(6), 486-496.
- Freiberg, A., & Carson, W. (2010). The Limits to Evidence-Based Policy: Evidence, Emotion and Criminal Justice1. *Australian Journal of Public Administration*, 69(2), 152-164.
- Grznár, M. (2015) Psychologické autopsy: Vývoj a uplatnění metody výzkumu sebevražd. *Psychiatrie*, 19(4), 190-196.
- Harmon, L. M., Cooper, R., Nugent, W. R., & Butcher, J. J. (2016). A review of the effectiveness of military suicide prevention programs in reducing rates of military suicides. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 26(1), 15-24.
- Harrod, C. S., Goss, C. W., Stallones, L., & DiGuseppi, C. (2014a). Interventions for primary prevention of suicide in university and other post-secondary educational settings. *The Cochrane Library*(10), CD009439. doi:10.1002/14651858.CD009439.pub2
- Harrod, C. S., Goss, C. W., Stallones, L., & DiGuseppi, C. (2014b). Interventions for primary prevention of suicide in university and other post-secondary educational settings. *The Cochrane Library*.
- Havarneanu, G. M., Burkhardt, J.-M., & Paran, F. (2015). A systematic review of the literature on safety measures to prevent railway suicides and trespassing accidents. *Accident Analysis and Prevention*, 81, 30-50
- Head, B. (2010). Evidence-based policy: principles and requirements. *Strengthening evidence-based policy in the Australian federation*, 1, 13-26.
- Head, B. W. (2008). Three lenses of evidence-based policy. *Australian Journal of Public Administration*, 67(1), 1-11. doi:10.1111/j.1467-8500.2007.00564.x
- Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A., & Niklewski, G. (2006). The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine*, 36(09), 1225-1233.

- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry, 13*(2), 153-160. doi:10.1002/wps.20128
- Katz, C., Bolton, S.-L., Katz, L. Y., Isaak, C., Tilston-Jones, T., & Sareen, J. (2013). A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depression and Anxiety, 30*(10), 1030-1045.
- Kennelly, B. (2007). The economic cost of suicide in Ireland. *Crisis-the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 28*(2), 89-94. doi:10.1027/0227-5910.28.2.89
- Lai, M. H., Maniam, T., Chan, L. F., & Ravindran, A. V. (2014). Caught in a Web: A review of Web-based suicide prevention. *Journal of medical Internet research, 16*(1), 170-177.
- Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., De Leo, D., Oyama, H., Scocco, P., . . . Int Res Grp Suicide, E. (2011). A Systematic Review of Elderly Suicide Prevention Programs. *Crisis-the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 32*(2), 88-98. doi:10.1027/0227-5910/a000076
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., . . . Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry, 63*(7), 757-766.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., . . . Marusic, A. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama, 294*(16), 2064-2074.
- Masaryk, T. G. *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*. Čin, 1926.
- Meerwijk, E. L., Parekh, A., Oquendo, M. A., Allen, I. E., Franck, L. S., & Lee, K. A. (2016). Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry, 3*(6), 544-554. doi:10.1016/S2215-0366(16)00064-X
- Moher, D., Tsertsvadze, A., Tricco, A., Eccles, M., Grimshaw, J., Sampson, M., & Barrowman, N. (2008). When and how to update systematic reviews. *The Cochrane Library*.
- Mulrow, C. D. (1994). Rationale for systematic reviews. *BMJ: British Medical Journal, 309*(6954), 597. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8086953>
- MZČR (2014). *Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*
- MZČR (2015). *Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Akční plán č. 3: Duševní zdraví*.
- MZČR (2002). *Zdraví pro všechny v 21. století, cíle 1-9*.

- Noh, D., Park, Y. S., & Oh, E. G. (2016). Effectiveness of Telephone-Delivered Interventions Following Suicide Attempts: A Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing, 30*(1), 114-119. doi:10.1016/j.apnu.2015.10.012
- WHO. (2002). Suicide prevention in Europe: the WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies.
- WHO. (2013). Mental health action plan 2013-2020.
- WHO. (2016). World health statistics 2016: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.
- Palmer, C., Halpern, M., & Hatziandreu, E. (1995). The Cost of Suicide and Suicide Attempts in the United States. *Clinical Neuropharmacology, 18*, S25-S33.
- Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O., & Panos, A. (2014). Meta-Analysis and Systematic Review Assessing the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT). *Research on Social Work Practice, 24*(2), 213-223. doi:10.1177/1049731513503047
- Pawson, R. (2006). *Evidence-based policy: A realist perspective*: Sage publications.
- Perry, Y., Werner-Seidler, A., Calear, A. L., & Christensen, H. (2016). Web-based and mobile suicide prevention interventions for young people: A Systematic Review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 25*(2), 73-79.
- Pirkis, J., Spittal, M. J., Cox, G., Robinson, J., Cheung, Y. T. D., & Studdert, D. (2013). The effectiveness of structural interventions at suicide hotspots: a meta-analysis. *International Journal of Epidemiology, 42*(2), 541-548. doi:10.1093/ije/dyt021
- Pirkola, S., Sund, R., Sailas, E., & Wahlbeck, K. (2009). Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *The Lancet, 373*(9658), 147-153.
- Plewis, I., Pantazis, C., & Gordon, D. (2000). Educational inequalities and education action zones. *Tackling inequalities: Where are we now and what can be done*, 87-100.
- Potůček, M. (2016) *Veřejná politika*. C. H. Beck. ISBN 978-80-7400-591-6.
- Ruffolo, M. C., & Capobianco, J. (2012). Moving an evidence-based intervention into routine mental health care: a multifaceted case example. *Social work in health care, 51*(1), 77-87.
- Rutz, W., Knorrning, L. v., & Wålinder, J. (1992). Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 85*(1), 83-88.
- Sanderson, I. (2003). Is it 'what works' that matters? Evaluation and evidence-based policy-making. *Research papers in education, 18*(4), 331-345.
- Shaxson, L. (2005). Is your evidence robust enough? Questions for policy makers and practitioners. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice, 1*(1), 101-112.

- Shea, B. J., Grimshaw, J. M., Wells, G. A., Boers, M., Andersson, N., Hamel, C., . . . Bouter, L. M. (2007). Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *Bmc Medical Research Methodology*, 7(1), 1.
- Shea, B. J., Hamel, C., Wells, G. A., Bouter, L. M., Kristjansson, E., Grimshaw, J., . . . Boers, M. (2009). AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *Journal of clinical epidemiology*, 62(10), 1013-1020.
- Singal, A. G., Higgins, P. D. R., & Waljee, A. K. (2014). A Primer on Effectiveness and Efficacy Trials. *Clin Trans Gastroenterol*, 5, e45. doi:10.1038/ctg.2013.13
- Smith, V., Devane, D., Begley, C. M., & Clarke, M. (2011). Methodology in conducting a systematic review of systematic reviews of healthcare interventions. *Bmc Medical Research Methodology*, 11(1), 1.
- Stanhope, V., & Dunn, K. (2011). The curious case of Housing First: The limits of evidence based policy. *International journal of law and psychiatry*, 34(4), 275-282.
- SZÚ (2014). *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva v ČR v letech 2003-2012*.
- Trikalinos, T. A., Salanti, G., Zintzaras, E., & Ioannidis, J. P. (2008). Meta-analysis methods. *Advances in genetics*, 60, 311-334.
- Van Der Feltz-cornelis, C. M., Sarchiapone, M., Postuvan, V., Volker, D., Roskar, S., Grum, A. T., . . . Maxwell, M. (2011). Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies. *Crisis*.
- van Spijker, B. A., Majo, M. C., Smit, F., van Straten, A., & Kerkhof, A. J. (2012). Reducing suicidal ideation: Cost-effectiveness analysis of a randomized controlled trial of unguided web-based self-help. *Journal of medical Internet research*, 14(5), e141.
- Veselý, A. (2014) Vymezení veřejně politických problémů. Učební text k veřejné politice. *Univerzita Karlova*. Nепublikovaný rukopis.
- Värnik, A., Kolves, K., van der Feltz-Cornelis, C. M., Marusic, A., Oskarsson, H., Palmer, A., . . . Aromaa, E. (2008). Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(6), 545-551.
- Wasserman, D. (2016). *Suicide: an unnecessary death*: Oxford University Press.
- Wei, Y., Kutcher, S., & LeBlanc, J. C. (2015). Hot idea or hot air: A systematic review of evidence for two widely marketed youth suicide prevention programs and recommendations for implementation. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry / Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 24(1), 5-16.
- Weinstein, M., Siegel, J., Gold, M., Kamlet, M., & Russell, L. (1996). Cost-effectiveness in health and medicine. *New York: Oxford University*, 55.
- WHO. (2013). Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century.
- WHO. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*: World Health Organization.

- WHO. (2015). *Health for the World's Adolescents. A second chance in the second decade, 2014*: Geneva, Switzerland: World Health Organization Press.
- Winkler, P., Mladá, K., Csémy, L., Nechanská, B., & Höschl, C. (2015). Suicides following inpatient psychiatric hospitalization: A nationwide case control study. *Journal of Affective Disorders, 184*, 164-169.
- Winter, D., Bradshaw, S., Bunn, F., & Wellsted, D. (2013). A systematic review of the literature on counselling and psychotherapy for the prevention of suicide: 1. Quantitative outcome and process studies. *Counselling & Psychotherapy Research, 13*(3), 164-183
- Winter, D., Bradshaw, S., Bunn, F., & Wellsted, D. (2014). A systematic review of the literature on counselling and psychotherapy for the prevention of suicide: 2. Qualitative studies. *Counselling & Psychotherapy Research, 14*(1), 64-79
- Yip, P. S. F., Caine, E., Yousuf, S., Chang, S. S., Wu, K. C. C., & Chen, Y. Y. (2012). Means restriction for suicide prevention. *The Lancet, 379*(9834), 2393-2399.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., . . . Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry, 3*(7), 646-659. doi:10.1016/S2215-0366(16)30030-X
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., . . . Balazs, J. (2017). Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. *European Neuropsychopharmacology*.

9 Přílohy

9.1 Vyhledávací řetězce

Embase, Medline, Social Policy and Practice

1 suicide attempt/ or suicidal behavior/ or suicide/ or suicid*.mp.

2 prevention/ or prevent*.mp.

3 „review“/

4 meta analysis/

5 3 or 4

6 1 and 2 and 5

PsycINFO

1 exp Attempted suicide/ or exp Suicidal Ideation/ or exp Suicide Prevention/ or suicid*.mp.

2 exp Prevention/ or prevent*.mp.

3 exp „LITERATURE REVIEW“/ or review.mp.

4 Meta Analysis/

5 3 or 4

6 1 and 2 and 5

Web of Science

1 **TOPIC:** („attempted suicide“ OR „suicidal ideation“ OR „suicide prevention“ OR suicid*) AND **TOPIC:** ((prevention OR prevent*)) AND **TOPIC:** ((Review OR „literature review“ OR „meta analysis“))

Cochrane Library

1 **Title, Abstract, Keywords:** („attempted suicide“ OR suicidal ideation“ OR „suicide prevention OR suicid*) AND **Search All Text:** (prevention OR prevent*)

9.2 Výsledky hodnocení metodologické kvality nástrojem AMSTAR

article	1_a priori design provided?	2_two rev	3_comprehensive search?	4_publication status	5_list of in/excluded studies provided?
<i>A review of the effectiveness of...</i>	Y 4	N	Y 4	Y 4	pouze included
<i>A Systematic Review of El...</i>	Y 3	N	Y 3	Y 3	pouze included
<i>A systematic review of ps...</i>	Y 2	Y 2, 4	Y 2, 3	Y 2	pouze included
<i>A systematic review of sci...</i>	Y 2	Y 2	Y 3	Y 2	pouze included
<i>A systematic review of th...</i>	Y 2	Y 2	Y 3	Y 3	pouze included (5,9,7)
<i>A systematic review of th...</i>	Y 2, 3	Y (3)	Y 3	Y 3	pouze included
<i>A systematic review of th...</i>	Y 3,4	N	Y 4	Y 4	included pouze částečně
<i>Caught in a Web: A review...</i>	Y 2	Y 2	Y 2, 3	Y 2	Pouze included (web appendix)
<i>Direct versus indirect psyc...</i>	Y 2, 3	Y 3	Y 2, 3	Y 3	pouze included 5, 6
<i>Effectiveness of Telephon...</i>	Y 1, 2	Y 2	Y 2	Y 2	pouze included
<i>Hot idea or hot air: A syst...</i>	Y 3	Y 3	Y 3	Y 3	pouze included
<i>Interventions for primary...</i>	Y 10	Y 12	Y 11	Y 11	Y 33
<i>Interventions to reduce su...</i>	Y 0	N	N	Y 10	pouze included
<i>Media Guidelines for the I...</i>	Y 2	N	Y 2	Y 2	pouze included 3-4
<i>Meta-Analysis and System...</i>	Y 3	Y 4	Y 3	Y 4	pouze included 6
<i>Suicide prevention strateg...</i>	Y 2	Y 2	Y 2-3	Y	N
<i>The effectiveness of struc...</i>	Y 1, 2	Y 2	Y 2	N	pouze included 4
<i>Web-based and mobile su...</i>	Y 3	Y 4	Y 3	Y 3	pouze included

article	6_aggregated form of data?	7_assesment of quality	8_study quality use	9_data combining met	10_publication bias	11_conflict o	score
<i>A review of the effectiveness of...</i>	Y 4	Y 5-8	Y 9	NA	N	N	8
<i>A Systematic Review of Elder...</i>	Y 16-18	Y 3	Y 4, 16-18	NA	N	N	8
<i>A systematic review of psych...</i>	Y 5-10	Y 2, 4	Y 12	Y 4	N	pouze pro SR	10
<i>A systematic review of schol...</i>	Y 10-16	Y 2	Y 3, 7	NA	N	pouze pro SR	10
<i>A systematic review of the i...</i>	N	Y 3,4	Y (oddělená analýz...	Y 4	Y 8	N	9
<i>A systematic review of the i...</i>	Y 5-10	Y 3	Y 7, 15	NA	N	N	9
<i>A systematic review of the i...</i>	Y 4-7	N	N	NA	Y 19	pouze pro SR	8
<i>Caught in a Web: A review...</i>	Y (web appendix)	Y 2,3	Y 3, 5, 7	NA	N	pouze pro SR	9
<i>Direct versus indirect psych...</i>	Y (online appendix)	Y 3	Y 8	Y 3	Y 3	pouze pro SR	11
<i>Effectiveness of Telephone-</i>	Y 4	Y 2	N	Y 2	N	pouze pro SR	9
<i>Hot idea or hot air: A syste...</i>	Y 6	Y 3	Y 5	NA	N	pouze pro SR	10
<i>Interventions for primary p...</i>	Y	Y 12, 19	Y 19	Y 12	Y 13	pouze pro SR	11
<i>Interventions to reduce suic...</i>	Y 4-6	N	N	NA	N	pouze pro SR	6
<i>Media Guidelines for the Re...</i>	Y 3, 4	N	N	NA	N	pouze pro SR	7
<i>Meta-Analysis and System...</i>	Y 6	Y 4	Y 11	Y 7, 8	Y 10	pouze pro SR	11
<i>Suicide prevention strategi...</i>	Y 6-	Y 2	Y 5	NA	N	pouze pro SR	9
<i>The effectiveness of structu...</i>	Y 4	N	N	Y 2	N	pouze pro SR	7
<i>Web-based and mobile suic...</i>	NA	N	N	NA	N	pouze pro SR	8

9.3 Kompletní AMSTAR check-list

Dostupný na http://amstar.ca/Amstar_Checklist.php

AMSTAR – a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews.

1. Was an 'a priori' design provided?

The research question and inclusion criteria should be established before the conduct of the review.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: Need to refer to a protocol, ethics approval, or pre-determined/a priori published research objectives to score a "yes."

2. Was there duplicate study selection and data extraction?

There should be at least two independent data extractors and a consensus procedure for disagreements should be in place.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: 2 people do study selection, 2 people do data extraction, consensus process or one person checks the other's work.

3. Was a comprehensive literature search performed?

At least two electronic sources should be searched. The report must include years and databases used (e.g., Central, EMBASE, and MEDLINE). Key words and/or MESH terms must be stated and where feasible the search strategy should be provided. All searches should be supplemented by consulting current contents, reviews, textbooks, specialized registers, or experts in the particular field of study, and by reviewing the references in the studies found.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: If at least 2 sources + one supplementary strategy used, select "yes" (Cochrane register/Central counts as 2 sources; a grey literature search counts as supplementary).

4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion?

The authors should state that they searched for reports regardless of their publication type. The authors should state whether or not they excluded any reports (from the systematic review), based on their publication status, language etc.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: If review indicates that there was a search for "grey literature" or "unpublished literature," indicate "yes." SIGLE database, dissertations, conference proceedings, and trial registries are all considered grey for this purpose. If searching a source that contains both grey and non-grey, must specify that they were searching for grey/unpublished lit.

5. Was a list of studies (included and excluded) provided?

A list of included and excluded studies should be provided.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: Acceptable if the excluded studies are referenced. If there is an electronic link to the list but the link is dead, select "no."

6. Were the characteristics of the included studies provided?

In an aggregated form such as a table, data from the original studies should be provided on the participants, interventions and outcomes. The ranges of characteristics in all the studies analyzed e.g., age, race, sex, relevant socioeconomic data, disease status, duration, severity, or other diseases should be reported.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: Acceptable if not in table format as long as they are described as above.

7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented?

'A priori' methods of assessment should be provided (e.g., for effectiveness studies if the author(s) chose to include only randomized, double-blind, placebo controlled studies, or allocation concealment as inclusion criteria); for other types of studies alternative items will be relevant.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: Can include use of a quality scoring tool or checklist, e.g., Jadad scale, risk of bias, sensitivity analysis, etc., or a description of quality items, with some kind of result for EACH study ("low" or "high" is fine, as long as it is clear which studies scored "low" and which scored "high"; a summary score/range for all studies is not acceptable).

8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions?

The results of the methodological rigor and scientific quality should be considered in the analysis and the conclusions of the review, and explicitly stated in formulating recommendations.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: Might say something such as "the results should be interpreted with caution due to poor quality of included studies." Cannot score "yes" for this question if scored "no" for question 7.

9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate?

For the pooled results, a test should be done to ensure the studies were combinable, to assess their homogeneity (i.e., Chi-squared test for homogeneity, I^2). If heterogeneity exists a random effects model should be used and/or the clinical appropriateness of combining should be taken into consideration (i.e., is it sensible to combine?).

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: Indicate "yes" if they mention or describe heterogeneity, i.e., if they explain that they cannot pool because of heterogeneity/variability between interventions.

10. Was the likelihood of publication bias assessed?

An assessment of publication bias should include a combination of graphical aids (e.g., funnel plot, other available tests) and/or statistical tests (e.g., Egger regression test, Hedges-Olken).

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: If no test values or funnel plot included, score "no". Score "yes" if mentions that publication bias could not be assessed because there were fewer than 10 included studies.

11. Was the conflict of interest included?

Potential sources of support should be clearly acknowledged in both the systematic review and the included studies.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: To get a "yes," must indicate source of funding or support for the systematic review AND for each of the included studies.

Shea et al. *BMC Medical Research Methodology* 2007 **7**:10 doi:10.1186/1471-2288-7-10

Additional notes (in italics) made by Michelle Weir, Julia Worswick, and Carolyn Wayne based on conversations with Bev Shea and/or Jeremy Grimshaw in June and October 2008 and July and September 2010.

9.4 Analýza VPD dokumentů

9.4.1 Zlepšování duševního zdraví obyvatelstva: Ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii; zelená kniha

Jedná se o text publikovaný roku 2005 pod hlavičkou Evropské komise a jeho primárním tématem je návrh možného postupu s cílem formulace strategie duševního zdraví pro EU. Je nutné podotknout, že

zelené knihy Evropské komise (ale i jiné) jsou obecně dokumenty, jejichž účelem je předběžná diskuze návrhů politik k další diskuzi, nejedná se tedy o závazné politické dokumenty. Zelené knihy nicméně reprezentují postoj publikující instituce a někdy slouží jako podklady pro tzv. bílé knihy, ve kterých jsou již formulovány legislativní návrhy.⁵⁹

Základní východisko dokumentu je následující: „*Duševní zdraví evropské populace je zdrojem k dosažení některých strategických policy cílů EU jako je návrat Evropy zpět na cestu dlouhodobé prosperity, dostát evropského závazku solidarity a sociální spravedlnosti a přínos reálných hmotných výhod a benefitů pro kvalitu života evropských občanů.* (EK, 2005: 7)“

Autoři problém duševního zdraví evropské populace specifikují ve třech zásadních bodech, z nichž první je relevantní pro téma prevence sebevraždy:

1. Každý čtvrtý člověk se potýká s problémy s duševním zdravím, **což může v krajním případě vést až ke spáchání sebevraždy;**
2. Duševní onemocnění vede k podstatným ztrátám a omezením ve sférách ekonomického, sociálního, vzdělávacího ale i soudního a právního systému;
3. Stigmatizace, diskriminace a dis-respekt k lidským právům duševně nemocných a jinak znevýhodněným a jejich důstojnosti stále přetrvává, což představuje výzvu pro základní evropské hodnoty. (EK, 2005)

Současně s vytyčením těchto zásadních bodů autoři konstatují, že zlepšení situace je možné.

Z prvního bodu je patrné, že téma sebevraždy je s problematikou duševního onemocnění úzce spjaté. Tento fakt potvrzuje i dříve zmiňovaná studie, která souvislost se sebevraždou prokázala až u 90% všech zkoumaných sebevražd (Cavanagh et al., 2003). Z toho mimo jiné vyplývá, že řešením problémů s duševním zdravím je souběžně jako „vedlejší“ produkt řešena i sebevraždy.

V dokumentu je dále konstatováno, že v době jeho publikace v EU přišlo ročně o život z důvodu sebevraždy zhruba 58 000 osob, což představuje více úmrtí než souhrn obětí dopravních nehod, vražd nebo HIV/AIDS. Toto číslo je alarmující a samo o sobě je dostatečným argumentem pro aktivní zakročení, tím spíše ve světle konsenzu vědecké komunity na tom, že sebevraždě je možné předcházet. (EK, 2005)

Zmíněny jsou také rozdíly v míře sebevraždy mezi členskými státy i v jejich rámci, která se v době publikace pohybovala mezi 3.6 a 44.0 pro Řecko, respektive Litvu (tehdy nejvyšší míra sebevraždy celosvětově). (EK, 2005) V příloze je možné nalézt tabulky s mírami sebevraždy pro všechny státy.

⁵⁹ [http://eur-lex.europa.eu/summary/glossary/green_paper.html; citováno dne 22.3.2017]

Konečně v sekci pojednávající o řešení problematiky duševního onemocnění pomocí preventivních aktivit je zmínka i o předcházení sebevraždám. Dokument uvádí, že v některých členských státech jsou vyvíjeny prevenční strategie. Je uveden i výčet několika opatření, která jsou doporučena na základě vědecké evidence:

- 1) Omezování přístupu k metodám ke spáchání sebevraždy,
- 2) vzdělávání poskytovatelů zdravotní péče a
- 3) spolupráce mezi sekundární a následnou (tzv. follow-up) péčí u jedinců, kteří se pokusili o sebevraždu.

Jako příklad úspěšné praxe je uváděna Evropská aliance proti depresi. Ta usiluje o snižování a léčbu deprese a sebevražedného jednání vytvářením regionálních informačních sítí mezi zdravotním sektorem, pacienty a jejich příbuznými, zprostředkovateli komunitní péče a obecnou veřejností; pilotní projekt tohoto přístupu vedl k 25% poklesu sebevražd a sebevražedných pokusů zejména mezi mladými osobami. (EK, 2005)

9.4.2 Zdraví 21

Publikace Zdraví 21 vychází z pozice ČR jako signatáře deklarace WHO z roku 1998, která byla přijata za účelem podpory a zdůraznění programu WHO Zdraví pro všechny ve 21. století. Zdraví 21 tak představuje dokument, který zmíněný program WHO rozpracovává v českých podmínkách. Mezi 21 cíli, které program stanovuje, se nachází i cíl akcentující téma duševního zdraví, který je na obecné úrovni formulován jako:

Do roku 2020 zlepšit podmínky pro psychosociální pohodu lidí a pro lidi s duševními poruchami zajistit dostupnost komplexních služeb.

S podcíli:

1. Podstatně omezit výskyt a nežádoucí zdravotní důsledky duševních poruch a posílit schopnost vyrovnávat se se stresujícími životními podmínkami
2. **Snížit do roku 2020 počet sebevražd alespoň o jednu třetinu (MZČR, 2002)**

Co se týká sebevražd, dokument konstatuje, že ty od roku 1970 do roku 1999 (v době publikování zřejmě poslední dostupná data) pozvolna klesají, že příčiny tohoto poklesu nejsou známy a zřejmě je diskutován vztah sebevražd s některými rizikovými faktory jako výskyt duševního onemocnění, vyšším věkem, ochranný faktor náboženského přesvědčení a jiné. (ibid.)

Pro potřeby této diplomové práce je důležitá zmínka o dřívějším evidování a analýze sebevražedných pokusů, které byla zrušena roku 1992 a absence jiných rozborů sebevražednosti.

Aktivity, které měly napomoci splnění dílčího úkolu snížení sebevraždnosti, byly vytyčeny následovně:

1. Systematické školení lékařů primární péče v rozpoznávání a léčení deprese, nebezpečí sebevraždy a kultivace vztahu lékař – pacient; odpovědnost MZ
2. Zlepšení a zvýšení efektivity psychiatrických služeb rozšířením sítě Krizových center, linek důvěry a psychiatrických oddělení nemocnic, vybudování sítě proti alkoholním poraden (AT) a zlepšení dostupnosti inovativních psychofarmak; odpovědnost MZ a MPSV
3. Snížení stigma psychicky nemocných a odstranění jejich diskriminace; odpovědnost MZ a MPSV
4. Opětovné zavedení evidence sebevraždných pokusů; odpovědnost MZ. (tamtéž)

Navrhované aktivity, ačkoliv jejich předmětem není ryzí prevence sebevraždnosti, adresují rizikové faktory sebevraždy a podceňované oblasti jako je sběr a analýza dat o sebevraždných pokusech, která může vést k většímu pochopení příčin tohoto nežádoucího fenoménu a v dalším kroku i možnost jim efektivně předcházet. Rizikovým faktorům je věnována pozornost v pozdějších kapitolách.;

9.4.3 Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a nemoci

Tento dokument publikovaný ministerstvem zdravotnictví ČR v roce 2014 staví na principech programu WHO „Health 2020“, „(...) který klade důraz na zlepšení zdraví a životní pohody obyvatel, snížení nerovností v oblasti zdraví a posílení role veřejného zdravotnictví. Cílem je vytvořit udržitelný zdravotní systém, založený na kvalitě, dostupnosti a principu rovnocenného postavení lidí, jako partnerů při dosahování lepšího zdraví pro všechny. (MZČR, 2014: 6)“ a na programu WHO „Health for all“ a s ohledem na české prostředí je jeho východiskem hodnotící zpráva, dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva, jež jeho součástí v podobě přílohy. (MZČR, 2014)

Text této národní strategie má zastřešovat rozvoj zdravotní politiky ve všech prioritních oblastech ochrany a podpory zdraví. Strategie by měla být klíčovým dokumentem určujícím směr v oblasti zdravotnictví až do roku 2020, který stojí v jejím názvu. (MZČR 2014) A v obecné rovině je strategie Zdraví 2020 v mnoha ohledech příbuzná s programem Zdraví 21.

Ve Zdraví 2020 je zmínka o prevenci sebevraždnosti v jedné ze čtyř prioritních oblastí a to v prioritní oblasti 1, jejíž cíl je „Realizovat celoživotní investice do zdraví a prevence nemocí, posilovat roli občanů a vytvářet podmínky pro růst a naplnění jejich zdravotního potenciálu. (MZČR 2014: 23)“, která staví na předpokladu, že čím lepší je zdravotní stav jedince během celého jeho života, tím vyšší ekonomický, sociální i individuální užitek. (MZČR 2014) Sebevražda je v tomto případě krajně nežádoucím jevem, který má za následek širokou škálu negativních důsledků ve všech zmiňovaných rovinách, kde je zdravý člověk zdrojem užitku.

Sebevražda je ve Zdraví 2020 zmiňována opět v úzké souvislosti s duševním onemocněním. Strategie navrhuje rozšíření programů, jejichž cílem je podpora duševního zdraví. Jako **naléhavý úkol** je označováno zajištění včasné diagnostiky deprese a **prevence sebevražd**. Přínosné se podle autorů v této sféře zdají komunitní intervenční programy. Ty jsou však zmiňovány v souvislosti obecně s duševním zdravím, konkrétní formy prevence suicidalita nejsou uvedeny. (MZČR 2014) Aktivity s cílem zlepšit duševní zdraví obyvatelstva však mohou mít žádoucí vliv i na sebevražednost.

Strategie má být uváděna do praxe v sérii akčních plánů, z nichž třetí v pořadí se zabývá problematikou duševního zdraví a je mu věnována pozornost v dalším oddílu.

9.4.4 Akční plán č. 3: Duševní zdraví; Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí

Tento dokument má plnit cíle strategie Zdraví 2020 a vychází ze Strategie reformy psychiatrické péče. Mezi jeho hlavní cíle patří:

- a) Zvýšení kvality života duševně nemocných osob za využití preventivních aktivit primární, sekundární a terciární prevence. To by mělo vést k efektivnějšímu záchytu projevů duševních nemocí.
- b) Vybudování sítě komunitního pilíře péče, v rámci které by multidisciplinární týmy poskytovaly sociální intervence duševně nemocným v jejich přirozeném prostředí.
- c) Zavedení nových a inovovaných typů péče. (MZČR 2015)

Přestože dosažením vytyčených cílů by pravděpodobně došlo ke snížení výskytu sebevražd, v akčním plánu oproti zdrojovému strategickému dokumentu Zdraví 2020 téma prevence sebevražednosti chybí.

Jak se zdá, téma prevence sebevražd je někdy začleňováno do balíku primární prevence duševních poruch, patrně z důvodů prokázané souvislosti s duševním onemocněním a s tím souvisejícího předpokladu, že když bude předejito samotnému duševnímu onemocnění, nemusí dojít ani k potenciální sebevraždě (Hegerl, Althaus, Schmidtke, & Niklewski, 2006). To také dokládá program nedávného symposia Primární prevence duševních poruch, kde byl mj. přednesen příspěvek Prevence suicidů u závažných duševních chorob.

9.4.5 Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva v ČR v letech 2003-2012; souhrn hodnotící zprávy

Tento souhrn slouží mj. jako podklad pro formulaci strategie Zdraví 2020, které je věnován následující oddíl. V jeho rámci jsou shrnuty nejdůležitější výstupy a závěry hodnocení programu. Bodem č. 13 je duševní zdraví; je zdůrazňována důležitost této problematiky v souvislosti se stárnutím populace,

prodlužováním naděje dožití a se změnami životního tempa, stylu, společenskými změnami, ekonomickou krizí, nezaměstnaností a dalšími civilizačními aspekty. Autoři ne zcela srozumitelně uvádí, že „počty sebevražd dle statistik v české populaci v posledních letech klesají, s výjimkou věkové skupiny 50-59 let a ve vysokých věkových skupinách. (MZČR, 2014: 28)“ Dokument je obsahově spřízněn se Zdravím 21. (SZÚ, 2014)

9.4.6 Preventing suicide: Global imperative

Tato publikace je první, která se problematice prevence sebevraždnosti věnuje komplexně a nejen jako dílčímu tématu podruženému oblasti duševního zdraví, ačkoliv tento vztah reflektuje a potvrzuje. Oproti ostatním však klade prevenci na první místo a jedná se tak o unikát.

Preventing suicide publikovaný v roce 2014 přináší aktuální přehled možností prevence sebevraždnosti a pozornost věnuje i všem souvisejícím tématům jako jsou rizikové a protektivní faktory a související intervence, přehled současného stavu v oblasti prevence, možnosti zavádění a prosazování komplexního národního programu prevence a související výzvy na národní úrovni.

Autoři mimo jiné pokládají otázku: Co lze udělat a kdo musí být zahrnutý? Odpověď na ní je rozpracovaná pro tři výchozí stavy prevence v daném státě:

- a) Státy bez jakékoliv prevence, kde by měl být kladen důraz na akci. Cílem by mělo být jednat oportunisticky v těch oblastech, kde je nejvyšší potřeba, nebo kde jsou pro to zdroje. Je vhodné podporovat v růstu veškeré iniciativy, které v této oblasti možná existují. V poslední řadě je žádoucí pracovat na evidenční základny, tedy vést registry, jejichž analýza umožňuje hlubší porozumění problému.
- b) Státy, kde je dostupná dílčí prevence, je variantou provést situační analýzu, která může pomoci identifikovat nedostatky ve službách. Krokem ke komplexnímu národnímu přístupu k prevenci sebevraždnosti může dále být identifikace a zmapování všech aktérů a přidělení odpovědnosti v rámci komplexního přístupu. Patříčná pozornost může být věnována rizikovým skupinám.
- c) Státy s komplexním přístupem k prevenci suicidia na celonárodní úrovni by se měly zaměřit na hloubkovou evaluaci a zkvalitňování stávajících aktivit. Důraz by měl být kladen na průběžnou analýzu relevantních dat a zajištění efektivity a účinnosti preventivních aktivit. (WHO, 2014)

9.4.7 Mental health action plan 2013-2020

V tomto strategickém dokumentu je prevence sebevraždnosti opět zasazena do kontextu péče o duševní zdraví. V cíli, který se věnuje podpoře a prevenci v oblasti duševního zdraví je věnována pozornost právě i prevenci suicidálního jednání. Autoři zdůrazňují, že je důležité, aby preventivní

aktivity nevycházely pouze ze zdravotního sektoru, ale současně i z jiných. Problém sebevraždy totiž nespadá čistě do sektoru působnosti zdravotních politik, ale i dalších. Z možných přístupů k prevenci jsou jmenovány následující: omezení přístupu k prostředkům ke spáchání sebevraždy nebo záměrného sebepoškození, ochrana osob s vysokým rizikem spáchání sebevraždy a včasný záchyt a práce s duševním onemocněním a suicidálním jednáním. (WHO, 2013)

Dále jsou formulovány dva cíle vztahující se k podpoře a prevenci v oblasti duševního zdraví:

- 1) *„80% všech států bude mít k roku 2020 alespoň dva probíhající, multi-sektorální programy podpory a prevence v oblasti duševního zdraví na národní úrovni.*
- 2) *Míra sebevraždy bude k roku 2020 ve všech státech nižší o 10% (WHO, 2013: 17).“*

9.4.8 European pact for mental health and well-being

Tento dokument představuje výstup konference *Together for mental health and well-being*, která se konala v Bruselu v červnu roku 2008. Jejím výstupem je mimo jiné konsenzus na důležitosti a relevanci duševního zdraví a pohody pro EU, její členské státy, různorodé aktéry i její občany.

Dokument vytyčuje pět prioritních oblastí:

1. Duševní zdraví mladých a vzdělávání
2. Duševní zdraví na pracovišti
3. Duševní zdraví ve stáří
4. Boj se stigmatem a sociálním vyloučením jako důsledkem duševní nemoci
5. **Prevence deprese a sebevraždy** (Europe, 2008)

V souvislosti s pátým bodem jsou tvůrci politik a další aktéři vyzýváni k podniknutí kroků v prevenci deprese a sebevražd zejména v následujících oblastech:

- a) Vzdělávání zaměstnanců v oblasti duševního zdraví ve zdravotním a klíčových pracovníků v sociálním sektoru;
- b) Omezení přístupu k možným prostředkům sebevraždy;
- c) Zvyšování povědomí o duševním zdraví široké veřejnosti, pracovníků ve zdravotním sektoru a dalších relevantních sektorech;
- d) Učinit opatření za účelem snížení rizikových faktorů jako je nadměrná konzumace alkoholu, užívání nelegálních drog, sociální vyloučení, deprese a stres;
- e) Zajištění podpory pro osoby, které se pokusily o sebevraždu a pro pozůstalé, jako například krizové linky emoční podpory (EU, 2008)

9.5 Mental Health Atlas 2014: Czech Republic country profile⁶⁰

Mental health Atlas country profile 2014

Czech Republic

Total population (UN official estimate) ^a	10,740,467	Burden of mental disorders (WHO official estimates)	
WHO Region:	EUR	Disability-adjusted life years (per 100,000 population) ^c	3,017
Income group:	High income	Suicide (age-standardized rate per 100,000 population) ^d	15.6
Total health expenditure per person (US\$, 2013) ^b	\$1,367		
Availability / status of mental health reporting	Mental health specific data compiled in last two years for public sector only		

MENTAL HEALTH SYSTEM GOVERNANCE

Mental health policy		Mental health legislation	
Stand-alone policy or plan for mental health: (Year of policy / plan):	Yes 2013	Stand-alone law for mental health: (Year of policy / plan):	No Not applicable
Implementation status:	Available but not implemented	Implementation status:	Available and partially implemented
Policy / plan is in line with human rights covenants (self-rated 5-point checklist score; 5 = fully in line)	4	Law is in line with human rights covenants (self-rated 5-point checklist score; 5 = fully in line)	3
Involvement of service users and families (as reported by MoH focal point)			
a. INFORMATION gathered / disseminated by MoH	Not implemented	d. PARTICIPATION in MoH planning, policy, service development and evaluation	Partially implemented
b. POLICY on participation developed / published by MoH	Not implemented	e. RESOURCES available for participation and reimbursement	Not implemented
c. EARLY INVOLVEMENT in mental health policy and law	Partially implemented		

RESOURCES FOR MENTAL HEALTH

Mental health financing		Mental health workforce (rate per 100,000 population)	
Main source of funds for care of severe mental disorders	Government	Psychiatrists	Not reported
Inpatient / outpatient budget breakdown reported	No	Other medical doctors	Not reported
If yes, estimated mental health spending per capita (US\$)	Not applicable	Nurses	Not reported
		Psychologists	Not reported
		Social workers	Not reported
		Occupational therapists	Not reported
		Other mental health workers	Not reported
Human resources for mental health			
Total reported staff (mental health inpatient care)	6,699		
Total reported staff (mental health outpatient care)	1,254		
Total mental health workers per 100,000 population	Not reported		

MENTAL HEALTH SERVICE AVAILABILITY AND UPTAKE

Outpatient care (total facilities)		Outpatient care (per 100,000 population)	
Mental health outpatient facility	1,015	Mental health outpatient visits	26,386
Mental health day treatment facility	73	Mental health day treatment sessions	Not reported
Inpatient care (total facilities)		Inpatient care (per 100,000 population)	
Mental hospitals	18	Mental hospital beds / annual admissions	82.4 / 369.1
Psychiatric units in general hospitals	30	General hospital psychiatric unit beds / annual admissions	11.7 / 168.8
Residential care facilities	Not reported	Residential care beds / annual admissions	Not reported / Not reported
Mental hospitals		Mental hospitals (length of stay)	
Total number of inpatients	8,133	Inpatients staying less than 1 year	Not reported
Admissions that are involuntary	Not reported	Inpatients staying 1-5 years	Not reported
Discharged inpatients followed up within one month	Not reported	Inpatients staying more than 5 years	Not reported
Treated prevalence (total cases)		Treated prevalence (per 100,000 population)	
Treated cases of severe mental disorder	63,441	Treated cases of severe mental disorder	590.7

MENTAL HEALTH PROMOTION AND PREVENTION

Existence of at least two functioning programmes	Yes	Existence of a suicide prevention strategy	Yes
Programme examples	Category of programme	Target group	Scope
<i>Clear Soul</i>	Mental health awareness/advocacy/anti-stigma	Universal	All ages
<i>Are you crazy? And what? Promotion of mental health in schools [www.blaznis-no-a.cz/]</i>	Mental health promotion in schools	Adolescents / young people	Indicated

^a UN World Population Prospects, 2013; <http://esa.un.org/unpd/wpp/>

^b WHO Global Health Expenditure Database; <http://apps.who.int/nha/database>

^c WHO Global Health Estimates; http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/

^d WHO, 2013: Preventing suicide; a global imperative; http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention

Note: Age-standardised suicide rates - computed using standard categories, definitions and methods - are reported to facilitate comparisons over time and between countries, and may not be the same as official national estimates.

⁶⁰ [http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/cze.pdf?ua=1; staženo 18.5.2017]