

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

Bakalářská práce

2020

Vojtěch Vávra

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

**Synergický potenciál působení intervencí prevence
sebevraždy v ČR**

Bakalářská práce

Autor práce: Vojtěch Vávra

Studijní program: Sociologie a sociální politika

Vedoucí práce: Mgr. Alexandr Kasal

Rok obhajoby: 2020

Prohlášení

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

V Praze dne ...

Vojtěch Vávra

Bibliografický záznam

VÁVRA, Vojtěch. *Synergický potenciál působení intervencí prevence sebevraždy v ČR*. Praha, 2020. 40 s. Bakalářská práce (Bc). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí diplomové práce Mgr. Alexandr Kasal.

Rozsah práce: 88 308 znaků

Anotace

Autor se v této bakalářské práci zabývá synergickým působením intervencí prevence sebevraždy v ČR a tomu, jaký pohled na tyto intervence mají experti. Tato práce tedy podává přehled o tom, jak je vzájemné působení různých intervencí zmapováno a co se o něm ví, přičemž podává i poznatky o prevencích sebevraždy v ČR celkově. Pozornost je věnována také tomu, co o tomto vzájemném působení říká literatura, která je použita jako součást nesystematické rešerše zahrnující základní poznatky o problematice sebevraždy. Teoretická část se soustředí na to, aby čtenáře seznámila s teoretickými východisky této práce, provedenými výzkumy a se základními pojmy se kterými tato práce operuje. V praktické části se autor zaměřuje na svůj kvalitativní výzkum, který poskytuje odpovědi na výzkumné otázky a ve kterém byla primární data získána metodou polostrukturovaných rozhovorů, které byly vedeny s experty na zkoumanou oblast; rámec této práce následně tvoří sekundární data, která se skládají z vědecké literatury a přímých formulací politik ve formě veřejně politických dokumentů. Závěr této práce kompiluje tyto data a vykresluje to, jak na tom Česká republika je v rámci prevencí sebevraždy a jestli tyto preventivní opatření působí vzájemně či nikoliv.

Annotation

In this bachelor thesis the author discusses the synergistic effect of suicide prevention interventions in the Czech Republic and the view experts have on these interventions. This work thus provides an overview of how the interaction of different interventions is mapped and what is known about it, while also providing insights into the prevention of suicide in the Czech Republic overall. Attention is also paid to what the literature says about this interaction, which is used as part of a non-systematic research involving basic knowledge about the issue of suicide. The theoretical part focuses on bringing the reader up to date with the theoretical basis of this work, the research carried out, and the basic concepts with which this work operates. In practical part, the author focuses on his qualitative research, which provides answers to research questions, and in which the primary data was obtained by means of semi-structured interviews conducted with experts in the field of study; this work is then framed by secondary data, which consists of scientific literature and direct policy formulations in the form of public policy papers. The conclusion of this work compiles these

data and illustrates how the Czech Republic stands on preventing suicide and whether or not these preventive measures work together.

Klíčová slova

Sebevražda, Preventivní opatření, Prevence sebevraždy, Preventivní intervence, Synergická opatření

Keywords

Suicide, Preventive measures, Suicide prevention, Preventive intervention, Synergic measures

Title/název práce

Potential synergies in suicide prevention interventions in Czechia

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval vedoucímu mé práce Mgr. Alexandru Kasalovi za pomoc, podporu a cenné rady při psaní práce.

Obsah

1	ÚVOD	2
2	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	3
3	TEORETICKÁ ČÁST	3
3.1	TEORETICKÉ POZADÍ VÝZKUMU	3
3.2	STÁVAJÍCÍ VĚDĚNÍ O PROBLEMATICE	4
3.2.1	<i>Provedené výzkumy</i>	5
3.3	VÝKLAD ZÁKLADNÍCH POJMŮ	7
3.3.1	<i>Zdraví a duševní zdraví</i>	7
3.3.2	<i>Sebevražedné chování a sebevražda</i>	8
3.3.3	<i>Preventivní intervence</i>	8
3.3.4	<i>Synergické působení intervencí/politik</i>	10
4	METODOLOGIE	11
4.1	VÝZKUMNÝ DESIGN	11
4.2	PŘEDSTAVENÍ VZORKU	11
4.3	GENEROVÁNÍ DAT	12
4.4	ETIKA VÝZKUMU	13
4.5	PRIMÁRNÍ DATA	14
4.6	SEKUNDÁRNÍ DATA	14
4.7	ANALYTICKÁ METODA	15
4.8	ANALÝZA	16
4.9	KÓDOVACÍ SCHÉMA	17
4.10	REFLEXE	18
5	ANALYTICKÁ ČÁST	18
5.1	KATEGORIE 1: INTERVENCE MIMO ČR	18
5.1.1	<i>Srovnání s ČR</i>	18
5.1.2	<i>Dílčí shrnutí a reflexe 1. kategorie</i>	20
5.2	KATEGORIE 2: INTERVENCE V ČR; SOUČASNÝ STAV A NASTAVENÍ	21
5.2.1	<i>Hodnocení současného stavu</i>	22
5.2.2	<i>Hodnocení legislativního nastavení</i>	23
5.2.3	<i>Dílčí shrnutí a reflexe 2. kategorie</i>	24
5.3	KATEGORIE 3: PŘEKÁŽKY V PREVENTIVNÍCH OPATŘENÍCH	25
5.3.1	<i>Překážky v přístupu společnosti</i>	25
5.3.2	<i>Překážky v legislativě a v přístupu institucí</i>	26
5.3.3	<i>Dílčí shrnutí a reflexe 3. kategorie</i>	27
5.4	KATEGORIE 4: ASPEKTY ÚČINNÝCH SYNERGICKÝCH NASTAVENÍ	28
5.4.1	<i>Univerzální preventivní intervence</i>	28
5.4.2	<i>Selektivní a indikované preventivní intervence</i>	29
5.4.3	<i>Dílčí shrnutí a reflexe 4. kategorie</i>	30
5.5	ROZBOR VEŘEJNĚ POLITICKÝCH DOKUMENTŮ	31
6	ZÁVĚR A DISKUZE VÝSLEDKŮ	37
7	SUMMARY	39
8	POUŽITÁ LITERATURA	41
9	SEZNAM PŘÍLOH	45

1 ÚVOD

Na světě zemře v důsledku sebevražděního jednání každý rok téměř 800 000 lidí a téměř třetina těchto sebevražd je vykonána mladými lidmi. Světová Zdravotnická Organizace (WHO) odhaduje, že na každou sebevraždu připadá až 20 pokusů a pokud vezmeme v úvahu rodinné příslušníky, přátele a kolegy těch, kteří se o sebevraždu pokusili nebo následky sebevraždy zemřeli, je sebevražděním každoročně postiženo mnoho milionů lidí [WHO; 2018: 4].

V České republice je míra sebevražděního jednání dle *Situační analýzy prevence sebevražd* dlouhodobě vysoká a prevence sebevražděního jednání bývá velmi často opomíjená [WHO; 2019: 10]. V momentální situaci v České republice neexistují ucelené akční plány či strategie, které by se touto problematikou zabývaly. Národní strategie prevence sebevražd je však důležitá, protože naznačuje jasný závazek vlády upřednostňovat a řešit sebevraždu a zároveň poskytovat vedení v rovině klíčových intervencí zaměřených na prevenci sebevražd založených na důkazech. Sebevraždění a přesněji vzájemné působení intervencí prevence nejsou obecně v oboru veřejné politiky úplně probádaná témata. Tato práce tedy podává přehled o tom, jak je vzájemné působení různých intervencí zmapováno a co se o něm ví, přičemž podává i poznatky o prevencích sebevražděního jednání v ČR celkově. Otázky kladené v této práci se zaměřují na to, jaké intervence se vyskytují v rámci ČR, jestli se zde vyskytují, takové, které působí vzájemně a co o takových intervencích říká literatura. K plnému pochopení problematiky je nutné použití několika termínů, kterým se věnuje teoretická část, která se zaměřuje také na provedené výzkumy v této oblasti a teoretické pozadí výzkumu.

Vzájemné působení intervencí prevence sebevražděního jednání, téma, ačkoliv palčivé, shledávám jako zajímavé. Jedná o téma částečně neprobádané, což by i přesto, že se z velké části odehrává v rovině hypotetické, nemělo zabránit napsání přínosné práce.

2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem mé práce je zjistit, jaké je vzájemné působení různých intervencí prevence sebevražd v ČR. Na toto téma je pohlíženo pohledem expertů, kteří mají k cíli této práce co říct a od toho se následně odvíjejí i výzkumné otázky. Některé z otázek slouží spíše jako dílčí a jejich úkolem je zanalyzovat specifická zákoutí této problematiky. Pro dosažení výzkumných cílů jsem si proto stanovil následující výzkumné otázky:

- Jaké intervence se vyskytují v rámci ČR?
- Vyskytují se v ČR intervence, které vzájemně a souběžně působí?
- Co říká literatura o vzájemném, synergickém působení politik/intervencí?
- Jak účinné tyto intervence jsou?

3 TEORETICKÁ ČÁST

3.1 TEORETICKÉ POZADÍ VÝZKUMU

Svoji práci opírám o teorii sociálního konstruktivismu, jejíž paradigma tvoří jakési ohraničení této práce. Právě disciplínu zabývající se analýzou procesů sociálního konstruování reality (jak jí představují Berger s Luckmannem) shledávám pro tuto práci vhodnou. Tato disciplína zkoumající společnost zároveň jak objektivní realitu, tak realitu subjektivní se jeví jako ideální pro pohled na problematiku sebevražednosti na kterou je nutno pohlížet z obou pohledů a jak Berger s Luckmannem sami uvádějí: „*Jelikož společnost existuje jako objektivní i jako subjektivní realita, jakékoliv její analýzy musí zahrnovat oba tyto její aspekty... Totéž platí i pro jednotlivé členy společnosti, kteří svou existenci externalizují do společenského světa a zároveň internalizují jako objektivní realitu. Jinými slovy, být součástí společnosti znamená podílet se na její diakritice.*“ [Berger; Luckmann;1999: 128]

Konstruktivismu Bergera a Luckmanna je vlastní cirkularita, které si všimli a následně ji i rozvíjeli další autoři – jde o výše nastíněnou cirkularitu ve smyslu, že společnost je lidský produkt; společnost je objektivní realita a člověk je tedy společenský produkt.

Jedinec a jeho sociální prostředí na sebe reagují navzájem tak, že jeden působí hned zpět na druhého – produkt působí na producenta. Popis tohoto cirkulárního pohybu následně vede k vysvětlování sociálního dění dle tří kroků: a) popisem účinků vlastností (omezení) systému na orientace aktérů, b) popisem akcí aktérů v rámci systému, c) popisem toho, jak kombinace a interakce těchto akcí mají systemický účinek na chování systému [Kabele; 1996: 321]. Sebevražda a sebevražednost jsou z tohoto pohledu akce aktérů v rámci systému a zároveň se tedy odrážejí na chování celého systému, kterému se, ve specifické formě prevencí, věnuje tato práce.

3.2 STÁVAJÍCÍ VĚDĚNÍ O PROBLEMATICE

Literatura ke vzájemnému působení intervencí prevence sebevražd je v podstatě nedostupná. V obecné rovině se však dá zaměřit na synergický potenciál působení intervencí v jiném kontextu, než je prevence sebevražd. Právě na tuto synergii je často odkazováno ve výzkumech zaměřených na intervence v dynamických společenských systémech, kde tyto intervence označují systematicky plánované společenskovedně založené kulturní produkty zachycující životy lidí a institucí v souvislosti s mnoha dalšími událostmi a procesy, které mohou urychlit, zpomalit nebo snížit změnu směrem k požadovanému výsledku.

Víceúrovňové intervence se potom zabývají změnami na různých sociálních úrovních v naději, že účinky na každé úrovni vytvoří synergické vazby a usnadní pohyb směrem k požadované změně. U tohoto přístupu se předpokládá, že ke změně v sociálním systému dojde rychleji a efektivněji, když se intervence synchronizují a podporují napříč úrovněmi v sociálním systému. Při zkoumání intervencí z tohoto pohledu je synergie důležitý prvek nutný pro zajištění účinného fungování celku, přičemž ale víceúrovňové intervence musí být teoretizovány a měly by být kulturně a strukturálně shodné na každé úrovni — musí být navázána partnerství se zástupci spojenými s každou určenou úrovní, aby se dospělo k nejlepším teoriím a strategiím, tj. těm strategiím, které budou s největší pravděpodobností posilovat nebo doplňovat přístupy na jiných úrovních. Změny, které je třeba z tohoto pohledu pozorovat nebo měřit například ve školách nebo komunitních organizacích se následně budou lišit od změn na úrovni jednotlivců nebo politik, ale obsahy a směry těchto změn budou v ideálním případě synergické. V tomto přístupu funguje intervence jako „plán“, který je teoretizován, interpretován a implementován různými aktéry na každé úrovni [Schensul; 2009: 249].

Synergické působení intervencí lze nalézt také ve zdravotní politice a managementu, respektive v jejich sociálně ekologické perspektivě – v rovině, kde je možné nalézt přesvědčivé odůvodnění pro víceúrovňové intervence. Sociálně ekologická perspektiva je v tomto případě koncepčním rámcem, který se zaměřuje na vzájemné vztahy mezi lidmi a jejich prostředím. I když existuje mnoho variant sociálně ekologické perspektivy, dva principy je spojují. Prvním principem je, že lidské zdraví je výsledkem složité interakce osobních faktorů a různých aspektů fyzického a sociálního prostředí. Druhým principem je, že různé faktory, které ovlivňují zdraví, jsou vzájemně závislé – to znamená, že se vzájemně ovlivňují.

Vzájemná závislost má tři důležité důsledky pro víceúrovňové intervence. Prvním důsledkem je, že kauzální vliv neprotéká pouze jedním směrem. Fyzické a sociální rysy prostředí ovlivňují chování lidí a tím i jejich zdraví; zároveň mohou lidé ovlivňovat jejich zdraví úpravou fyzických a sociálních rysů svého okolí. Druhým důsledkem je, že determinanty na jedné úrovni vlivu mohou modifikovat účinky determinantů na jiné úrovni. Třetím důsledkem je, že změny na jedné úrovni vlivu mohou způsobit změny na jiné úrovni vlivu. Na základě těchto principů zastánci sociálně ekologického pohledu tvrdí, že víceúrovňové intervence by měly být při změně zdravotního chování a výsledků účinnější než jednostupňové intervence. Například kouření je ovlivněno několika vzájemně závislými faktory působícími na různých úrovních vlivu. Proto by víceúrovňový synergický zásah, který kombinuje například poradenství v oblasti odvykání kouření a politiky zákazu kouření na pracovišti měl být účinnější než jednotlivý zásah [Weiner a kol.; 2012: 34].

3.2.1 Provedené výzkumy

Aktuální výzkumy na téma prevence sebevražd v ucelené formě obsahuje Situační analýza prevence sebevražd v České republice; čerpá jak z epidemiologických dat, tak z provedené kvalitativní analýzy rozhovorů s relevantními aktéry. Na základě výsledků této analýzy a epidemiologických dat byly následně navrženy klíčové prvky, cílové skupiny a vhodné intervence. Právě tyto výsledky byly předány jako podklady a vstupní body pro vznikající Národní akční plán prevence sebevražd [WHO; 2019: 40]. Autory této analýzy jsou členové Pracovní skupiny prevence a výzkumu sebevražd Národního ústavu duševního zdraví,

tedy prominentní skupiny, která se tomuto tématu v České republice věnuje. Tato situační analýza je více rozebrána v analytické části této práce.

Existuje mnoho výzkumů, které se soustředí na fenomén sebevraždy. Výzkumů, které se soustředí na prevenci sebevraždy je již, na základně osobního desk research, méně, avšak nejedná se zanedbatelné množství. Existuje také velké množství závěrečných prací, které se na fenomén sebevraždy a sebevraždy soustředí, ale neshledávám je jako použitelné pro účely této práce. Příkladem výzkumu, který se nesoustředil primárně na prevenci, ale následně je nabídl v závěrech je studie S. Fazela z roku 2017. V této studii, stojící na kvantitativních datech, autoři zkoumali sebevraždu ve vězeňských systémech 24 zemí s vysokými příjmy na třech kontinentech a zkoumali míru sebevražd, poměry míry ve srovnání s běžnou populací a asociace s řadou vězeňských a ekologických faktorů. Celý výzkum proběhl mezi lety 2011 až 2014 a zkoumány byly i trendy míry sebevraždy v letech 2003 až 2014 [Fazel a kol.; 2017: 946]. Dle této studie vychází, že v České republice je míra sebevraždy na 100 000 osob mezi vězni trojnásobná v porovnání s běžnou populací a celková zjištění této studie vedou k tomu, že iniciativy v oblasti prevence sebevražd musí vycházet z multidisciplinárních přístupů, které se zabývají všemi částmi systému trestního soudnictví a zaměřují se na rizikové faktory jednotlivce i na úrovni systému [Fazel a kol.; 2017: 952].

Zásadní studií v oblasti prevence sebevraždy je gotlandská studie, plným názvem *Depression and suicide on Gotland: An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners*. V letech 1983 a 1984 uspořádal Švédský výbor pro prevenci a léčbu deprese (PTD) všem praktickým lékařům na švédském ostrově Gotland postgraduální vzdělávací program o diagnostice a léčbě deprese. V následujících letech se četnost sebevražd a ústavní péče v případě deprese významně snížila. Výsledky této studie poskytly důkazy pro názor, že včasné rozpoznání a adekvátní léčba deprese jsou jednou ze základních metod prevence sebevražd. Podrobná retrospektivní klinická analýza všech 115 obětí sebevražd v Gotlandu v letech 1981 až 1992 předložená v této studii ukázala, že mužské pohlaví a násilné metody byly nadměrně zastoupeny. Po ukončení programu PTD byl podíl depresivních sebevražd výrazně nižší než dříve. Toto zjištění silně naznačuje, že výrazný pokles počtu sebevražd po ukončení programu PTD je přímým důsledkem výrazného poklesu depresivních sebevražd v oblasti obsluhované vyškolenými

praktickými lékaři [Rihmer; Rutz; Pihlgren; 1995: 147]. Na základě této studie bylo prokázáno, že vzdělávání vedlo na ostrově Gotland k výraznému poklesu ústavní péče, sebevražd, úmrtnosti a nákladů na depresivní onemocnění. Snížilo se užívání anxiolytických a sedativních léků, a naopak se zvýšilo užívání antidepressivních léků. To vše ukázalo, že vzdělávací programy v oblasti primární péče zaměřené na léčbu deprese jsou účinné. Účinky se však časem v kombinaci s ukončením programu vytratily. Opakované vzdělávací aktivity v 90. letech však vedly opět k poklesu počtu sebevražd, zejména u žen [Rutz a kol.; 1997: 39].

Další studií, která zkoumá prevence sebevraždy je studie zaměřující se na tyto prevence v Letectvu Spojených států amerických s názvem *Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study*. Přesněji tato studie zkoumala dopady nově spuštěného programu, který byl tvořen intervencemi, které se zaměřovaly na snížení rizikových faktorů a posílení faktorů považovaných za ochranné. Intervence spočívaly v odstranění stigmatu vyhledání pomoci pro duševní zdraví, posílení porozumění duševnímu zdraví a hlavně změně společenských norem uvnitř letectva. Z výsledků této studie vyplývá, že začlenění programu bylo spojeno s trvalým poklesem míry sebevražd, přičemž právě systémový zásah zaměřený na změnu společenských norem ohledně vyhledání pomoci a začlenění odborné přípravy do prevence sebevražd mají značný dopad na podporu duševního zdraví [Knox a kol.; 2003: 1–5].

3.3 VÝKLAD ZÁKLADNÍCH POJMŮ

3.3.1 Zdraví a duševní zdraví

Zdraví a duševní zdraví jsou v této práci pojmy, které jsou velice zásadní a veškeré další pojmy se od nich odvíjí. Je nutné tedy mít tyto pojmy přiřazené ke správným definicím. Stejně tak, jak tedy množství termínů ze zdraví vychází, tak mnoho v této práci zmíněných dokumentů vychází z textů a publikací WHO a proto se jeví jako vhodné uvést, jak s těmito termíny WHO zachází. Uvádějí, že zdraví je předpokladem pro pohodu a kvalitu života. Je měřítkem pro měření pokroku při snižování chudoby, podpory sociální soudržnosti a odstraňování diskriminace a mluví o zdraví jako o schopnosti vést sociálně a ekonomicky produktivní život, přičemž potenciál zdraví každého jednotlivce je určován možnostmi starat se o sebe, ale i o druhé a také

schopností samostatného rozhodování a uchování si kontroly nad vlastním životem. Zároveň je dobré zdraví základem udržitelného hospodářského růstu [WHO; 1998: 8–10].

Duševní zdraví, neméně důležitá položka při řešení preventivních intervencí, označuje stav pohody, ve kterém si jedinec uvědomuje své vlastní schopnosti, dokáže se vypořádat s běžnými životními stresy, může pracovat produktivně a je schopen přispívat do své komunity [WHO; 2013: 38]. Tuto definici nám poskytuje dále rozebraný dokument *Mental health action plan 2013-2020*. Duševní zdraví poskytuje lidem možnost prožívat smysluplný život, štěstí a také naplňující mezilidské vztahy, realizovat svůj vlastní potenciál, produktivně pracovat a přispívat k blahobytu společnosti jako celku. Nejedná se ale pouze o absenci duševního onemocnění, nýbrž jde o základní komponentu zdraví [MZČR; 2020: 13-14].

3.3.2 Sebevražedné chování a sebevražda

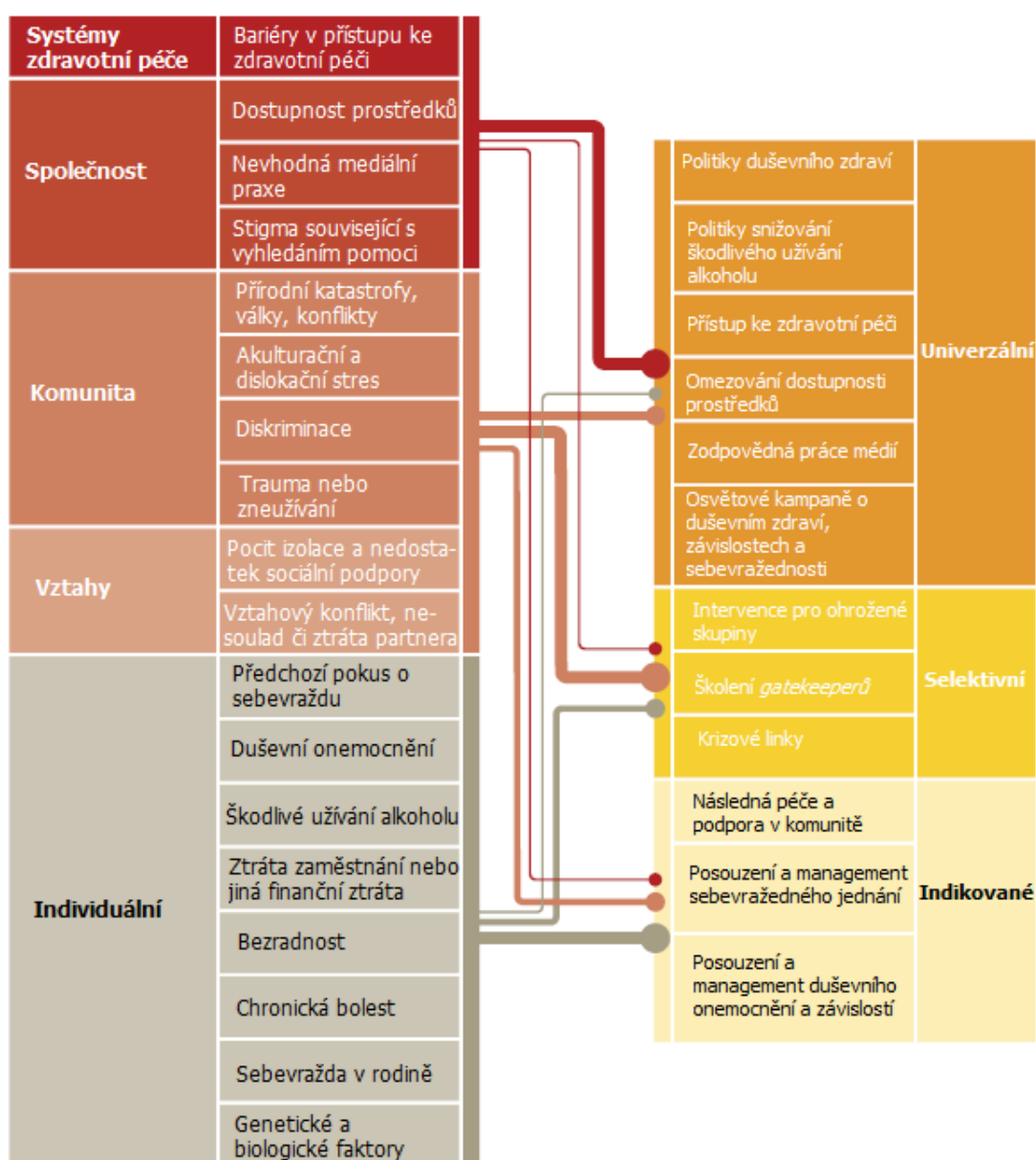
Pro účely této práce se přikláním opět k definicím WHO i přesto, že k tomuto termínu lze přistupovat skrze například filozofický pohled či různá jiná teoretická východiska. Sebevražda, tak jak ji pojímá WHO, je úmyslným zabitím sebou samým a sebevražedným pokusem se rozumí jakékoliv nefatální sebevražedné chování a vztahuje se na úmyslné sebepoškození nebo zranění, které může nebo nemusí mít fatální následek. Sebevražedné chování následně označuje řadu chování, která zahrnují přemýšlení o sebevraždě, plánování sebevraždy, pokus o sebevraždu a sebevraždu samotnou [Saxena; Krug; Chestnov; 2014: 18].

3.3.3 Preventivní intervence

Prevence sebevraždy a sebevražedného jednání označují kroky nejen k zabránění sebevraždy, ale i jednání k sebevraždě vedoucí, přičemž tyto prevence sebevražd jsou kolektivní odpovědností a musí být odpovědností nejen vlád, ale i občanské společnosti po celém světě. Protože existuje mnoho rizikových faktorů spojených se sebevraždou mimo duševní poruchy jako je například chronická bolest nebo akutní emocionální úzkost, kroky k zabránění sebevraždě musí pocházet nejen ze zdravotnického sektoru, ale také z jiných sektorů současně [WHO; 2013: 17].

Strategie prevencí lze podle WHO rozdělit do tří různých kategorií. Na základě relevantních rizikových a ochranných faktorů může národní strategie navrhnout nejvíce vhodný typ a

kombinaci intervencí založenou na důkazech – univerzální, selektivní nebo indikovanou. *Univerzální intervence* se zaměřuje na obecnou populaci bez ohledu na míru rizika. *Selektivní intervence* se zaměřuje na skupiny obyvatelstva, o nichž je známo, že jsou ohrožené (na základě například sociodemografických charakteristik, geografického rozložení nebo výskytu poruch duševního zdraví). *Indikovaná intervence* je zaměřena na ty, o nichž je známo, že mají k sebevraždě sklony nebo kteří se o sebevraždu již pokusili. Komplexní program prevence sebevražd obvykle využívá kombinaci těchto tří přístupů [WHO; 2012: 14]. Tyto tři typy znázorňuje graf č. 1 převzatý ze Situační analýzy prevence sebevražd v ČR.



Graf č. 1: Klíčové rizikové faktory a související intervence na univerzální, selektivní a indikované úrovni [WHO; 2019]

3.3.4 Synergické působení intervencí/politik

Synergické působení politik odkazuje na vzájemné a kladné působení více politik najednou. Zároveň to také ale odkazuje na jejich soudržnost, kterou lze definovat jako atribut politiky, který systematicky snižuje konflikty a podporuje synergie mezi různými oblastmi politiky a v rámci nich tak, aby bylo dosaženo výsledků souvisejících se společně dohodnutými politickými cíli. Soudržnost politik tedy odkazuje na synergickou a systematickou podporu směřující k dosažení společných cílů v rámci i napříč jednotlivými politikami [Nilsson a kol.; 2012: 2]. Obecně řečeno, soudržnost znamená, že různé politiky jdou spolu, protože sdílejí soubor myšlenek nebo cílů.

Za synergické působení politik a intervencí prevence sebevražd by šlo následně považovat to, jak WHO vidí ideální národní strategie prevence sebevražd. Hlavním cílem těchto národních strategií prevence sebevražd je koordinace a podpora vhodných meziodvětvových akčních plánů a programů pro prevenci sebevražedného chování na celostátní, regionální a místní úrovni, což vyžaduje víceodvětvový přístup, tedy sjednocení více politik, díky čemuž je možné tento problém kontextualizovat a nastítnit tak konkrétní opatření, která lze podniknout na více úrovních. Bez strategie prevence sebevražd nemohou jednotlivé vlády zavést mechanismy pro trvalé řešení tohoto problému [WHO; 2012: 7]. Kvůli tomu také WHO vytvořilo určitý návod pro jednotlivé vlády, jak tyto strategie vytvořit. Jednotlivé kroky tohoto návodu lze shrnout následovně: a) identifikace zúčastněných stran b) provedení situační analýzy c) posouzení požadavků a dostupnosti zdrojů d) dosažení politického závazku e) adresování stigmatu a za f) zvyšování povědomí [WHO; 2012: 8-11].

Strategie národních prevencí jsou jen jedním a zároveň zastřešujícím příkladem synergického působení politik a opatření prevence sebevražd, avšak příklady lze nalézt i na lokální či komunitní úrovni. Komunitním programem, který zahrnoval více druhů prevence, byl například projekt SUPRESS, který probíhal v Japonsku v letech 1999 až 2004 a zaměřoval se na starší obyvatelstvo (65+ let). Tento intervenční program zahrnoval tři hlavní složky: a) dvoustupňový screening deprese (s posouzením duševního zdraví vyškolenými zdravotními sestrami jednou ročně) b) workshop o duševním zdraví (edukační program poskytující informace týkající se

deprese, 3–4krát ročně); a c) program skupinových aktivit (účast na společenských, dobrovolných a rekreačních činnostech a cvičení jednou měsíčně) [Oyama a kol.; 2006: 111].

4 METODOLOGIE

V této části práce se věnuji metodologickým aspektům a jednotlivým postupům a metodám, o které moji práci opírám. Prvně zde představuji výzkumné otázky a také výzkumné cíle. Následně se v této části věnuji datům – povaze, vytváření a vybrané analýze, s nimiž jsem při výzkumu pracoval. Věnuji se zde také metodě výzkumu a představení vzorku. Závěrem této kapitoly je etika výzkumu a reflexe hodnotící použité metodologické přístupy a jejich výhody, nebo nevýhody a omezení z nich vyplývající.

4.1 VÝZKUMNÝ DESIGN

K odpovědím na výzkumné otázky se v této práci dostávám skrze kvalitativní výzkum, který shledávám pro tuto práci adekvátní, protože dodává výzkumu potřebnou pružnost, od které se odvíjí to, že v průběhu výzkumu vznikají hypotézy a nová rozhodnutí, jak upravit zvolený výzkumný problém a pokračovat dále při sběru a analýze [Hendl; 2016: 46]. Nutnost hlubších dat a určitá choulostivost celého tématu také v rozhodování hrály značnou roli. Právě zmíněná pružnost se ale do jisté míry stává i limitací tohoto výzkumu na kterou je třeba upozornit. „*Pro jeho pružný a nestrukturovaný charakter ho lze těžko replikovat. Protože pracuje s omezeným počtem jedinců (...) vznikají také obtíže se zobecňováním výsledku.*” [Hendl; 2016: 48]. Vzhledem k tomu, že se téma celé práce orientuje na Českou republiku, tak všichni komunikační partneři a partnerky, které jsem oslovil žijí a figurují na území ČR. Samotné rozhovory následně tvoří zásadní část praktické kapitoly této práce.

4.2 PŘEDSTAVENÍ VZORKU

V rámci této práce jsem provedl a zanalyzoval 5 výzkumných rozhovorů. Jména respondentů jsem v procesu anonymizace pozměnil na Respondent/ka č. 1 až Respondent/ka č. 5 a ze stejného důvodu jsem měnil či úplně vynechal jména pracovišť respondentů. Vzorek tvořili jak ženy, tak muži. Nejstaršímu respondentovi bylo v době rozhovoru 70 let a nejmladší respondentce 28 let, přičemž všichni stále aktivně pracují a všichni bydlí v Praze. Povolání a expertízu mají respondenti následující:

- Respondentka č. 1 – spoluzakladatelka a ředitelka neziskové organizace v oblasti duševního zdraví
- Respondentka č. 2 – ambulantní psychiatr a psychoterapeut
- Respondent č. 3 – sociální antropolog, zaměřený na komparativní studie o sebevraždě
- Respondent č. 4 – ředitel instituce v oblasti duševního zdraví, psychiatr a vysokoškolský pedagog
- Respondent č. 5 – psycholog a psychoterapeut

Tabulka respondentů:

	Profesní zařazení	Formát rozhovoru	Datum rozhovoru	Délka rozhovoru
Respondentka č. 1	ředitelka neziskové organizace	Online	3. 4. 2020	24 minut
Respondentka č. 2	ambulantní psychiatr a psychoterapeut	Osobní setkání	13. 4. 2020	38 minut
Respondent č. 3	sociální antropolog	Telefonicky	23. 3. 2020	20 minut
Respondent č. 4	ředitel instituce v oblasti duševního zdraví	Telefonicky	9. 4. 2020	15 minut
Respondent č. 5	psycholog a psychoterapeut	Online	8. 5. 2020	17 minut

4.3 GENEROVÁNÍ DAT

Respondenty pro můj výzkum jsem kontaktoval emailem, případně telefonicky a i vzhledem k napětí ve společnosti, které bylo způsobeno nemocí COVID-19, jsem zaznamenal a uvítal ochotu dotazovaných se výzkumu účastnit i v ne ideálních podmínkách. Rozhovory samotné jsem prováděl, až na výjimku, s ohlednutím na vládní opatření telefonicky či online skrze platformy Skype nebo Google Hangouts a začátkem rozhovoru jsem tedy respondenty

nenechával tradičně informovaný souhlas podepsat, ale přečetl jsem jim ho. Samotný informovaný souhlas je k nahlédnutí v přílohách (viz. Příloha č. 1). Výběr respondentů obsáhl experty jak z nevládního neziskového sektoru, tak ze státních příspěvkových organizací. Snažil jsem se také pokrýt akademickou sféru a k účasti jsem vyzval také pracovníky z „prvních linií“, tedy ambulantní psychiatry. Pro výběr komunikačních partnerů a partnerek jsem zvolil kombinaci metody sněhové koule a kriteriálního vzorkování. Snowball sampling neboli metoda sněhové koule je metoda, která zaručuje vzorek studie skrze doporučení provedených mezi lidmi, kteří sdílejí nebo jiné osoby, které mají vybrané charakteristiky výzkumu. Tato metoda je velmi vhodná pro řadu výzkumných účelů a je zvláště použitelná, když je studium zaměřeno na citlivou otázku, která se pravděpodobně týká relativně soukromé záležitosti, a proto vyžaduje znalost zasvěcených osob k vyhledání osob ke studiu [Biernacki; Waldorf; 1981: 141].

Díky kriteriálnímu vzorkování je výzkumu umožněno vybrání všech případů, které splňují daná kritéria [Hendl; 2016: 156]. Kritéria pro výběr v tomto výzkumu jsem si zvolil následující: a) expertní vědění a orientace v tématu a b) zájem o participaci ve výzkumech. Za kritérium by se dalo považovat i působení a znalost českého kontextu, ale vzhledem k tomu, že se celá práce specifikuje na Českou republiku, rozhodl jsem se toto kritérium považovat za redundantní. Expertním vědění v bodě a) jsou myšleny podstatné informace o tématu sebevražd a možné prevenci, které nejsou ostatními příliš známy. Odborník je následně obecně považován za osobu, která tyto informace má a je schopná je interpretovat. Tyto znalosti mohou být výsledkem školení, výzkumu a dovedností, ale mohou být také výsledkem osobní zkušenosti [Martin a kol.; 2012: 2].

4.4 ETIKA VÝZKUMU

Co se týče etické stránky mého výzkumu, tak všichni participanti byli předem obeznámeni s tématem výzkumu a také s tím, že rozhovor bude nahráván, následně přepsán a použit pro výzkumné účely. Participanti byli také poučeni, že účast na rozhovoru je zcela dobrovolná a kdykoli během rozhovoru mohou odmítnout odpovědět na otázky, na které nechtějí odpovídat a že mají právo rozhovor kdykoli ukončit skrze informovaný souhlas, který je součástí příloh (viz. Příloha č. 1). Respondenti mají všichni pozměněná jména, a to z toho důvodu, aby bylo ochráněno respondentovo soukromí, avšak takovým způsobem, aby nebylo narušeno celkové vyznění zprávy [Hendl; 2016: 157]. V prvotní emailové komunikaci byli účastníci poučeni o

tématu mé práce a pokud si to vyžádali, poskytl jsem jim předem všeobecné okruhy rozhovoru a vysvětlení.

4.5 PRIMÁRNÍ DATA

Primární data byla získána metodou polostrukturovaných rozhovorů a vedeny byly s experty na zkoumanou oblast. Polostrukturovaný rozhovor byl zvolen z toho důvodu, že poskytuje určitou volnost a manévratelnost v rozhovorech samotných. Analýza se následně odvíjí od principů zakotvené teorie. Rozhovory byly po uskutečnění přepsány doslovně, čímž jsem se snažil vyvarovat riziku, že by mi unikly zásadní informace; na druhou stranu se toto ale projevilo jako poměrně časově náročný úkon.

4.6 SEKUNDÁRNÍ DATA

Rámec této práce tvoří sekundární data, která se skládají z vědecké literatury a přímých formulací politik ve formě veřejně politických dokumentů. Právě tyto přímé formulace označují analytické materiály spojené s problematikou, zákony (a další právní normy), strategie, plány a koncepce, které lze dělit do čtyř základních typů [Veselý; Drhová; Nachtmannová; 2005: 13]. Analýza se soustřeďuje nejvíce na veřejně politické dokumenty strategické a výzkumné. Strategické dokumenty označují strategie a koncepce odvíjející se, v tomto případě, od vymezení problému sebevražednosti a je díky nim možné pohlédnout na základní představy, plány a vize vlády (a také v tomto případě EU). Narozdíl od výše zmíněných typů se dokumenty výzkumné, jak uvádí Veselý, Drhová a Nachtmannová, věnují analýze minulosti a to proto, aby byly schopné vysvětlit konkrétní situace a navrhnout nejlepší řešení – jedná se proto o dokumenty založené na velmi silném analytickém základu, které se opírají o dostupné teorie a empirická data [Veselý; Drhová; Nachtmannová; 2005: 17].

Nesystematická rešerše se opírala o kritéria výběru, kdy jsem si nestanovil předem daný počet dokumentů, naopak analyzoval jsem předem neurčený počet VPD. Mezi další kritérium patří přístup k sebevražednosti a prevenci/intervencím sebevražednosti a sebevražedného chování. Jde mi tedy o to, aby daný VPD identifikoval a věnoval se různým opatřením, případně na nich stavěl možná doporučení a další kroky (tedy například když samotný akční plán vychází z analýz předchozích prací – situační analýzy), čímž eliminuji práce, které nejsou na toto téma

primárně zaměřené a např. jen zmiňují sebevražednost jako riziko. Ve výsledku tyto dokumenty mají autorovi a čtenářům v tomto kompilátu vyjasnit kontext ve kterém se veřejně-politicky pohybujeme a jaké kroky jsou volené. V analytické části této práce tedy nalezené vybrané dokumenty narativně shrnuji.

4.7 ANALYTICKÁ METODA

V souvislosti s položenými výzkumnými otázkami má práce formu zakotvené teorie, která se soustředí na kvalitativní pojetí výzkumu, kdy systematické techniky a postupy analýzy poskytují možnost vytváření teorie vycházející z empirického základu [Strauss; Corbin; 1997: 20]. Právě zvolený rámec sociálního konstruktivismu následně jde ruku v ruce se zakotvenou teorií, protože nesměruje k vyjádření specifických sad čísel a řad, ale spíše k tomu, kdy výsledkem výzkumu je teoretické vyjádření zkoumané reality [Strauss; Corbin; 1997: 15]. Toto teoretické vyjádření zkoumané reality je zčásti dosaženo skrze distribuci znalostí od odborníků, které Berger s Luckmannem označují za správce oblasti vědění, která jim byla svěřena a kterým společnost umožňuje se na jejich odbornost soustředit [Berger; Luckmann; 1999: 79]. V tomto ohledu se mi proto pro tuto práci jeví tato analytická metoda jako vhodná.

Celkově vzato, použil jsem skrze tuto metodu všechny tři druhy kódování zakotvené teorie, tedy *otevřené*, *axiální* i *selektivní*. Přičemž použití, kategorizace a označování pojmů kopírovalo tuto posloupnost, tedy od otevřeného kódování k selektivnímu. Otevřené kódování, sloužící jako odrazový můstek, pomohlo k rozebrání všech údajů a jejich základní kategorizaci. Axiální kódování sloužilo v tomto případě jako určité lepidlo, protože tyto kategorie spojilo dohromady – tedy objasnilo a následně formovalo reálné hlavní kategorie. Tyto hlavní kategorie ucelilo do finální formy závěrečné selektivní kódování a zároveň je uvedlo do systematického vztahu. Ačkoliv se takto sepsaný postup jeví jako poměrně strukturovaný a jednotlivé části by šlo označit za oddělené, tak samotný proces nebyl tak plynulý, některé kategorie se například objevily až při selektivním kódování; hranice jsou totiž uměle vytvořené a při selektivním kódování se téměř vždy objeví pojmy a kategorie, které ještě nejsou dostatečně propracované nebo integrované [Strauss; Corbin; 1997: 40].

4.8 ANALÝZA

Data, která jsem získal z rozhovorů jsem za pomoci kódování rozdělil do čtyř kategorií, a to skrze kódování popsaná v minulé kapitole a to proto, abych zjistil, jak se tyto kategorie vyznačují v synergickém působení prevencí sebevraždy. Zkonstruované kategorie vypadají takto:

- Intervence mimo ČR
- Intervence v ČR; současný stav a nastavení
- Překážky v preventivních opatřeních
- Aspekty účinných synergických nastavení

Přepsané rozhovory jsem podrobil otevřenému kódování a sjednocení kódů jsem provedl skrze popsané kódování axiální. Následná integrace kódů do kategorií proběhla skrze selektivní kódování, kdy jsem již měl vypracované jejich charakteristické vlastnosti a odvíjející se dimenze. Ke každému konstrukt, tedy kategorii, zde nabízím popis toho, co obsahují, a to z toho důvodu, aby vše bylo přehledné. Podrobněji jsou jednotlivé kategorie popsané dále v analytické části práce. Následující kapitola nabízí tyto kategorie zařazené do vizuálně zajímavějšího kódovacího schématu.

- *Intervence mimo ČR.* První kategorie se týká intervencí mimo ČR. Zahrnuje účinnost zahraničních intervencí, jejich historický vývoj a také současný stav, což vše dohromady vede k vykreslení a pochopení kontextu v jakém se v ohledu intervencí a prevencí sebevraždy nachází Česká republika.
- *Intervence v ČR; současný stav a nastavení.* V tomto oddílu se zaměřuji na intervence prevencí sebevraždy v ČR. V této kategorii se dívám na faktory současného stavu a nastavení figurující v ČR. Přesněji mě zde zajímá hodnocení legislativního nastavení a názor na současný stav prevencí sebevraždy.
- *Překážky v preventivních opatřeních.* V této kategorii se zaměřuji na to, jaké překážky respondenti vidí v preventivních opatřeních, tedy jaké překážky se například vyskytují v přístupu společnosti či v přístupu institucí.
- *Aspekty účinných synergických nastavení.* Tato kategorie se zaměřuje na účinné preventivní intervence a je dělena na intervence univerzální, selektivní a indikované.

4.9 KÓDOVACÍ SCHEMA

Kategorie	Kód	Vlastnost	Dimenze
Intervence mimo ČR	Srovnání s ČR	Přístup ve srovnání s ČR	Lepší
			Srovnatelný
			Horší
			Odlišný
Intervence v ČR; současný stav a nastavení	Legislativa	Hodnocení legislativního nastavení	Pozitivní
			Neutrální
			Negativní
	Současný stav	Hodnocení současného stavu	Pozitivní
			Neutrální
			Negativní
Překážky v preventivních opatřeních	Překážky v legislativě	Složitost překonání překážek	Velká
			Malá
		Výskyt	Není
			Ano
	Překážky v přístupu společnosti	Složitost překonání překážek	Ne
			Velká
		Výskyt	Malá
			Není
	Překážky v přístupu institucí	Složitost překonání překážek	Ano
			Ne
		Výskyt	Velká
			Malá
Aspekty účinných synergických nastavení	Univerzální	Účinnost	Není
			Ano
	Selektivní	Účinnost	Ne
			Ano
	Indikované	Účinnost	Ne
			Ano

4.10 REFLEXE

Myslím si, že všichni respondenti byli toho názoru, že se jedná o téma, které si zaslouží větší pozornost veřejnosti a byli proto velmi sdílní a o práci projevovali zájem, což je například vidět i na tom, že většina z nich požádala o možnost si ji po dokončení přečíst. Jako limit se z mé pozice výzkumníka projevilo to, že u prvních rozhovorů jsem měl sklony k tomu pokládat lehce návodné a navádějící otázky, což si myslím, že jsem ale časem zlepšil. Rád bych zmínil, že jsem se snažil, aby rozhovory proběhly v profesionální, ale příjemné atmosféře, a to i v rámci telefonického/online rozhovoru a myslím si, že se to až na pár technických detailů (př.: zapnutí mikrofону na telefonu později a nahrávka je tedy o pár sekund useknutá) povedlo. Práce si pak s sebou samozřejmě nese limity kvalitativního výzkumu, tedy například, jak bylo zmíněno, že je těžké jej replikovat a nelze zobecnit výsledky.

5 ANALYTICKÁ ČÁST

5.1 KATEGORIE 1: INTERVENCE MIMO ČR

První kategorie se týká intervencí mimo ČR. Zahrnuje účinnost zahraničních intervencí, jejich historický vývoj a také současný stav, což vše dohromady vede k vykreslení a pochopení kontextu v jakém se v ohledu intervencí a prevencí sebevražednosti nachází Česká republika. V této kapitole jsou uvedené dobré a špatné příklady praxe ze zahraničí, stejně tak jako srovnání, které respondenti poskytli a také se tato kapitola zaměřuje na otázku možnosti převedení účinných prevencí na českou půdu a případné komplikace, které by tuto aplikaci provázely.

5.1.1 Srovnání s ČR

Obecně se respondenti shodovali v tom, že skandinávské země jsou na tom mnohem lépe a v Evropě jdou ostatním zemím příkladem. „*Dánsko, Švédsko; vím, že právě tyto země se soustředí i na podporu duševního zdraví a myslím si, že to jde ruku v ruce a že tam počty sebevražd výrazně klesly a myslím si, že je tam hodně příkladů dobré praxe.*“ (Respondentka č. 1) Respondentka č. 1 poznamenává, že tyto země vidí jako zářný příklad, ale že zdaleka nezná a nemá rozhled ve všech zahraničních strategických dokumentech a hodnotí tyto země proto

také na základě příkladů dobré praxe a destigmatizačních kampaní. „*No tak příkladem jdou tradičně skandinávské země, Holandsko a Anglie.*“ (Respondent č. 4)

Poukázání na skandinávské země se objevuje i u dalších respondentů, stejně tak jako se objevuje Velká Británie, kde je kladně hodnoceno i jejich komplexní přemýšlení nad trendem sebevraždnosti. „*Takže mě určitě napadne Británie a podle toho, co vím i od jiných lidí, tak třeba v té železniční dopravě je to poměrně pionýrství i v tom, že ty jejich opatření a třeba i důraz na výzkum jsou poměrně i světově na vysoké úrovni a myslím si, že důkaz toho je i to, že mě původně kontaktovali lidi, kteří to zkoumají v Británii daleko dříve, než se něco takového řešilo v Čechách. Pro mě čistě, bez toho, že bych dělal nějaké rigorózní srovnání toho, jak to funguje na světě, tak subjektivně mi přijde nejlepší ta Anglie, protože jsem viděl, že se zajímají o něco, co je sice vzdálené Anglii, ale snaží se o tom přemýšlet nějak komplexně.*“ (Respondent č. 3) Přesněji je u Anglie dobře hodnocené jejich zmíněné komplexní přemýšlení a respondent č. 3 by neviděl problém přenesení jejich prevencí na český kontext. „*Evropa je třeba z pohledu kultury poměrně hodně homogenní, sice vidíme ty rozdíly a rádi na ně dáváme velký důraz, ale třeba z pohledu rovníkové Afriky jsme si tady velmi podobní. Druhá věc, spousta těch opatření vyplývá z charakteru infrastruktury a v tomhle byla Anglie kolébkou železnice a my máme velmi propletenou železniční síť, takže s tím může člověk pracovat a analogie tady fungovat můžou a v neposlední řadě, co je přenosné v každém případě, tak je ten přístup. To znamená, že chci mít nějaký řekněme výzkum; chci mít ty opatření založená na nějakém think-tanku, na kolektivním zamyšlení se různých oborů a to si myslím, že může fungovat univerzálně.*“ (Respondent č. 3) A bezproblémově to vidí právě proto, že není přejímán obsah, ale forma těchto prevencí, tedy, že výsledky můžou být jiné, ale to, jak jsou například zorganizovaní lidé kolem tohoto problému lze přebrat a aplikovat i v České republice.

Na aplikace prevencí, které jsou funkční ve Velké Británii má jiný názor respondentka č. 1. „*Oni už tam přes 25 let jedou celonárodní destigmatizační kampaň a když se zeptáte kolemjdoucího Brita, tak bude mnohem větší pravděpodobnost, že vám odpoví, že by se tu službu pomoci nebál vyhledat, že se třeba cítil na dně a že by hlavně věděl kam zavolat.*“ (Respondentka č. 1) Překážkám prevencí v ČR se tato kapitola nevěnuje, ale právě Respondentka č. 1 upozorňuje v reakci na Velkou Británii na to, že samotným smýšlením a vzděláním je tato země napřed. V prevenci sebevraždnosti ale existují také špatné příklady, na

keré poukazuje respondent č. 3. „*Tak třeba když v Novosibirsku půjdete na nádraží, tak je tam nějaká zábrana, aby tam lidé nemohli spadnout nebo skočit nebo v opilosti zavazit, ale když půjdete přes jakýkoliv most, třeba i hodně vysoký, tak tam prostě nic není. Je to prostě úplně mimo zorné pole toho státu, tam se to neřeší. Ty opatření jsou tam nulová.*“ (Respondent č. 2)

Existují také nesrovnatelné země, proto byly dimenze této kategorie rozšířeny. Jednou z takových odlišných zemí je Čína, kde jsou potřeba naprosto specifické prevence neaplikovatelné na jiné země. „*V Číně, což je jedna z mála, snad jen ze dvou zemí, kde je sebevražednost vyšší u žen než u mužů, jinak je to všude v neprospěch mužů, tak takovým účinným opatřením je omezení dostupnosti insekticidů, protože ty jsou kupodivu jedním z hlavních nástrojů sebevražednosti v Číně, kde v každé kuchyni mají nějaký ten preparát na hubení hmyzu a ten je pro ty ženy dostupný, zatímco jinde to jsou jiná opatření.*“ (Respondent č. 4)

5.1.2 Dílčí shrnutí a reflexe 1. kategorie

V této kategorii mě zajímalo vykreslení kontextu opatření mimo Českou republiku a také možnost přenesení prevencí do ČR. Respondenti se shodovali v tom, že tradičně jsou za dobré pokládány skandinávské země a Velká Británie. A toto opravdu jsou země úspěšné; strategie Anglie je komplexní, založená na důkazech a klade důraz na meziodvětvovou spolupráci napříč vládou, jejími agenturami a dobrovolnými a charitativními organizacemi, což se podepisuje na tom, že míra sebevražd v Anglii je v současné době podle evropských standardů nízká. Mezi faktory, které pomohly k tomuto zjevnému úspěchu se řadí následující: 1) široká podpora profesí, charitativních organizací, akademiků a vládních institucí; 2) obhajoba pozůstalých rodin; 3) spoléhání se na aktuální údaje a důkazy; 4) vnitrostátní dohled, který umožňuje, aby se strategie rozvíjely tak, aby řešily nové priority; 5) partnerství s národními agenturami, jako je The National Institute for Health and Care Excellence (NICE); a 6) odkazy na širší politiku v oblasti duševního zdraví (např. o komunitní péči, psychologických terapiích a omezení stigmatizace) [WHO; 2018: 4].

Zmiňované skandinávské země si také vedou dobře. Za příklad může posloužit Dánsko, kde historicky byla míra sebevražd mezi nejvyššími na světě. V roce 1980 to bylo 38 na 100 000 obyvatel starších 15 let. Tato míra však začala klesat a v roce 2007 dosáhla 11,4 na 100 000,

tedy zhruba tam, kde je dodnes — to je jedna z nejnižších v zemích s vysokými příjmy. Jedním z neúčinnějších prvků této strategie je omezení přístupu k prostředkům ke spáchání sebevraždy. Vláda zahájila omezení dostupnosti léků s vysokým počtem případů úmrtí, jako jsou sedativa či opioidy a zavedla méně toxická antidepresiva. Kromě toho k poklesu přispěly také omezení dostupnosti střelných zbraní a nařízení vyžadující, aby byly zbraně a střelivo skladovány odděleně a uzamčeny. Stejně jako v jiných severských zemích zahrnuje dánský daňový, univerzální a bezplatný systém zdravotní péče od svého zavedení v roce 1933 duševní zdraví. Všichni občané mají přístup k bezplatné psychiatrické péči, včetně samostatných psychiatrických pohotovostních služeb, služeb včasné intervence pro mladé lidi a specializovanou léčbu úzkosti a deprese. Dánsko také provedlo iniciativy, aby oslovilo ty, kteří jsou bezprostředně ohroženi vysokým rizikem. Například kliniky pro prevenci sebevražd nabízejí od roku 2007 poradenství, terapii a praktickou podporu osobám se sebevražednými sklony nebo chováním na celostátní úrovni. Dále dánský tým psychiatrických pohotovostních záchranných služeb poskytuje podporu lidem v těžké krizi tím, že má psychiatra a ambulanci v pohotovosti 7 dní v týdnu a projekt Posílení ambulantní péče po propuštění (SAFE) nedávno začal nabízet domácí návštěvy a podporu rodiny pacientům propuštěným z psychiatrických léčeben [Nordentoft; Erlangsen; 2019].

Přenesení účinných opatření je otázka sporná a projevil se to i v názorech respondentů, ale obecně to není tak lehké, že by se čistě vzalo něco, co v zahraničí funguje a jen se to přeneslo; naopak vyžaduje si to kritický přehled v kombinaci s lokální znalostí. Tedy, jak upozorňuje Světová zdravotnická organizace, důležitým krokem je vždy pečlivá situační analýza, která identifikuje rozsah problému v určité zeměpisné oblasti (ať už je to celá země nebo konkrétní podoblast) [WHO; 2012: 9].

5.2 KATEGORIE 2: INTERVENCE V ČR; SOUČASNÝ STAV A

NASTAVENÍ

V tomto oddílu se zaměřuji na intervence prevencí sebevražednosti v ČR. V této kategorii se dívám na faktory současného stavu a nastavení figurující v ČR. Přesněji mě zde zajímá hodnocení legislativního nastavení a názor na současný stav prevencí sebevražednosti. Tato kategorie zapadá do prostoru, který pomohla vykreslit přecházející kapitola a v textu je

uvedeno, jaké strategie a výzkumy jsou zde voleny a s jakým úspěchem se setkaly a jak na ně respondenti reagují.

5.2.1 Hodnocení současného stavu

Obecně se respondenti shodovali na tom, že zde existuje snaha o přínosné prevence, ale že tato snaha častokrát naráží na mnohá úskalí na různých stupních systému. *„Dosud to bylo velmi nekoordinované a že teď je vlastně posledních pár let první snaha trochu, ale byl tu velký nezáměr a nekoordinovanost, co se týče politické reprezentace a nebo celkově toho zdravotnického systému a ani nebyly pořádně zpracovaná data, že jsme něco sbírali, ale že se tím nikdo moc nezabýval – na té politické úrovni, na té vědecké ano, ale na té politické moc ne.“* (Respondentka č. 1) V tomto ohledu vládne v Čechách jistá nekoordinovanost, kterou zmiňují mnozí a se kterou je zde nutné počítat; právě tato nekoordinovanost pramení z toho, že se zde ani ucelenější formy, jak respondenti zmiňují, nevyskytovaly. *„No ony tu víceméně nebyly. Nic systematického, čeho bych si já všimla a co by fungovalo celorepublikově tady určitě není. Tady jsou 4 krizová centra z toho dvě v Praze, jedno v Ostravě a jedno v Brně a jinde nic není“* (Respondentka č. 1)

Respondenti přikládají daným krizovým centrům velkou roli v prevenci sebevražd a zmínky o nich padly mnohokrát a projevil se zde fakt, že krizová centra neplní jen svoji primární úlohu, ale fungují i jako psychiatrické pohotovosti. *„V dnešní době ta krizová centra de facto mají funkci psychiatrické pohotovosti, kde máte nonstop provoz, takže tam je dostupná okamžitá pomoc.“* (Respondentka č. 2) Což jen podtrhává další fakt a tím je to, že celkově je krizových center pomálu a rozhodně nedostačují na potřeby České republiky a jejichž funkcí je krom zmíněných i následný screening a pomoc ohroženým osobám v návratu do komunity. *„Spoustu sebevražd spáchají lidi těsně po propuštění z psychiatrické nemocnice, tak tam jeden z kroků je, že budou kontaktováni momentálně v tom novém vznikajícím systému těch center duševního zdraví. Tedy, že budou kontaktováni ještě před odchodem z té nemocnice a nebude tam žádná velká prodleva mezi tou péčí, která jim byla poskytována v nemocnici a která jim bude poskytována potom v komunitě, když se vrátí domů.“* (Respondentka č. 1)

Respondenti nezůstávají ale jen u obecnějších prevencí a věnují se i konkrétním opatřením mezi které zahrnují například opatření na Nuselském mostě, úpravu pražského metra či speciální

druhy terapií a praxí. „*No tak my máme určitě zavedené krizové linky, otázka je, jak fungují a jak jsou dostupné, ale určitě to je důležitý základní kámen. Máme tady typicky, klasický Nuselský most, který se v jeden moment stal opevněnou infrastrukturou z hlediska pohybu pěších a všichni víme, proč tam ty ploty jsou.*“ (Respondent č. 3) Specifické terapie DBT (Dialektická behaviorální terapie) a kde se tyto terapie aplikují zmiňuje respondentka č. 3. „*Máte tady třeba Kaleidoskop, co funguje v Praze a DBT terapii aplikují na brněnském oddělení*“ (Respondentka č. 2)

5.2.2 Hodnocení legislativního nastavení

V tomto směru se respondenti shodli na tom, že legislativně a systémově se v ČR dávají věci do pohybu, ale že nemalá část práce leží i na neziskovém sektoru. „*Tady spousta prevence dělá neziskový sektor, který v tomhle odvede brutální množství práce, protože sociální služby a sociálně zdravotní služby v tuhle chvíli z velké části zajišťují neziskové organizace. Vlastně organizace, ať jsou již neziskové nebo ať patří někam pod stát, které se snaží o nějakou tu implementaci opatření a prevenci, tak jejich podpora a nějaká jejich prosířovanost/spolupráce je zásadní.*“ (Respondentka č. 1)

Respondenti se také vyjadřovali ke vznikajícím akčním plánům a k jeho odkladům; přičemž jsem jim nechal prostor, aby se vyjádřili i k tomu, jestli jim ve vznikajících/stávajících plánech něco nechybí. „*Já jsem toho názoru, že ten Národní akční plán prevence sebevražd může fungovat velmi dobře a může být velmi úspěšný, pokud půjde ruku v ruce s Národním akčním plánem pro duševní zdraví. To jsou dva neoddělitelné dokumenty, že ten Národní akční plán prevence sebevražd velmi dobře popisuje ty intervence – já tomu říkám bariérové metody – to stavění těch plotů, tu spolupráci se správou železničních cest, to vydávání těch léků na předpis.*“ (Respondentka č. 1) A až na určité minimální neshody, označují celkový průběh a plán samotný za kladný. „*Ne, já myslím, že tam nic nechybí, protože ti lidé, kteří se na tom podíleli nebo k tomu podávali expertízu, tak si ten přehled o tom, jak to vypadá jinde a co všechno spadá v úvahu udělali a ty názorové rozdíly, které mezi těmi lidmi jsou, tak to jsou rozdíly zcela pochopitelné, a to prostě podle toho, jaký úhel pohledu zaujímáte. Jiný úhel pohledu má někdo, kdo pracuje v bezpečnostních složkách, v justici a podobně a jiný pohled má ten, kdo pracuje ve zdravotnictví, a ještě jiný ten, kdo pracuje v sociální sféře a podpůrných povoláních čili to, že se ti lidé ne úplně na všem neshodnou je docela srozumitelné, a nakonec to vyplývá i z té*

*diskuse na evropské úrovni, tedy co je a co není účinnou prevencí sebevraždy.“
(Respondent č. 3)*

Krom těchto plánů ale již moc jiných systémových opatření nezmínili, což samo o sobě respondenti uváděli, že je smutný fakt České republiky. „*Co se týče systémových věcí, tak už mě tolik věcí nenapadá, možná ještě nějaká protidrogová politika a takové věci. A co se týče lokálních věcí, tak i v tom Národním akčním plánu pro duševní zdraví je sice nějak pokrytá prevence třeba ve školách, ale není to tam vůbec vyčerpávající, už z toho důvodu, že Ministerstvo školství nebylo moc otevřeno spolupráci na tom. Takže si myslím, že hodně důležité budou lokální iniciativy a neziskové organizace, které s tím budou chtít pracovat a které budou zajišťovat třeba terénní službu. Z některých se časem stávají nová centra duševního zdraví a pak jsou tady organizace třeba primární prevence, kde si myslím, že je velký potenciál taky k tomu, aby toto téma otvíraly, protože primární prevence dosud v Česku zahrnovala zejména prevenci šikany, prevenci užívání drog a prevenci kriminality“ (Respondentka č. 1) Absence programů a správného systémového uchopení je tedy prvek, který se vyskytoval mnohokrát. „*Opravdu velmi rizikovou skupinou osob, kteří páchají sebevraždy jsou lidé s emočně nestabilní poruchou osobnosti. Bohužel jich není málo a ty programy, které pro tyhle lidi jsou, jsou neuvěřitelně nákladné a fungují strašně málo.“ (Respondentka č. 4)**

5.2.3 Dílčí shrnutí a reflexe 2. kategorie

Současný stav je respondenty vnímán poměrně optimisticky, a to hlavně díky vznikajícím národním akčním plánům, které se problému sebevraždy věnují. Tyto plány jsou vnímány pozitivně díky úsilí, které jim bylo vynaloženo a díky tomu, že se jedná o velmi propracované strategické dokumenty stojící na množství proběhlých výzkumů. Ku příkladu u Národního akčního plánu prevence sebevraždy se jedná o Situační analýzu prevence sebevražd v České republice, která slouží jako kompilát aktuálních epidemiologických dat a výstupů z rozhovorů s relevantními aktéry a jedná se tedy o základní kámen Národního akčního plánu prevence sebevražd, prvního strategického dokumentu upravujícího oblast prevence sebevražedného jednání v České republice [WHO; 2019: 10].

V současné situaci je spousta práce v rukou neziskového sektoru, který byl také mnohokrát zmíněn (DBT Terapie, specifické neziskové organizace), ačkoliv je státem mnohdy

znevýhodňován například vyjadřováním politiků v médiích. V této kategorii jednotliví respondenti také odpovídali na to, jaké specifické prevence se zde vyskytují mimo těch všeobecných strategií; zde se nejčastěji objevovaly bariérové prevence typu Nuselský most či bariérové úseky u železnic. U těchto typů prevence se často předpokládá, že jako typy zaměřené na metodu sebevraždy budou neúčinné, protože snížení dostupnosti na jednu metodu může problém pouze převést na jinou. Na podporu této teorie je však málo důkazů. Naproti tomu většina empirických zjištění naznačuje značný preventivní dopad těchto opatření s mírnými přenosovými účinky [Rádbo a kol.; 2008: 735].

5.3 KATEGORIE 3: PŘEKÁŽKY V PREVENTIVNÍCH OPATŘENÍCH

V této kategorii se zaměřuji na to, jaké překážky respondenti vidí v preventivních opatřeních, tedy jaké překážky se například vyskytují v přístupu společnosti či v přístupu institucí. Díky rozsahu expertního zaměření respondentů, jmenované překážky zaujímají široké spektrum; některé se ale častokrát opakovaly – u těchto shodných odpovědí se jednalo především o nutnost destigmatizace tématu. Krom překážek nynějších, někteří respondenti nabídli ve svých odpovědích i to, co považují, že se jako překážka účinných opatření teprve může projevit.

5.3.1 Překážky v přístupu společnosti

Jeden z hlavních problémů v přístupu a nastavení společnosti viděli respondenti ve stigmatu sebevraždy ve společnosti. „*Za mě největší překážka je z toho dělat bubáka, tedy, že sebevražda rovná se hrůza. Ano, smrt nás všechny čeká a jde o to abychom jako společnost dali prostor lidem, kteří si na život sáhli třeba z nějaké bezmoci a že neví kudy dál a aby nebyli stigmatizováni, že to je něco špatného.*“ (Respondent č. 5) „*Základní pointa je, že musí dojít k té destigmatizaci; to je úplný základ, protože jestliže nedojde k destigmatizaci a k tomu odtabuizování, tak se na to [formy pomoci] lidi stejně neobrátní.*“ (Respondentka č. 2) Přičemž bylo poukázáno na to, že nejde jen o destigmatizaci tohoto tématu ve společnosti, ale o celkovou změnu smýšlení. „*No jde o změnu myšlení, není to jen o změně plotů a je to běh na dlouhou trať.*“ (Respondentka č.1) Změnou myšlení je v tomto kontextu myšleno zmíněné odtabuizování tématu sebevraždy a začlenění řešení tohoto problému do veřejného prostoru. „*My tady sice něco děláme a zachraňujeme, ale zdaleka jsme nemohli pokrýt tolik jako třeba státem podporované Time To Change (britská nezisková organizace zaměřená na problémy*

duševního zdraví). Takže si myslím, že jejich strategie prevence můžou vypadat i tak, že s těmi lidmi více mluví a ti lidé jsou ochotní poslouchat, protože už je to pro ně normální téma ... zatímco my bychom museli začít tam, kde Británie začala před 25 lety v mnoha těch věcech.“ (Respondentka č. 1) Na překážky v přístupu společnosti se lze dívat ale i z jiného pohledu, tedy zaměřit se, kde tyto překážky například vznikají. „Překážkami tedy jsou například nezdravá výchova k poslušnosti ve školách, výchova k uniformitě, nedostatečné vzdělání socio-kulturní, neúplné rodiny, netolerance k jinakosti, prostě všechny tyhle věci, které jsou ale ve výsledku více sociologické než psychologické. Z těch psychologických to ale vyrůstá.“ (Respondent č. 5)

5.3.2 Překážky v legislativě a v přístupu institucí

Jako zásadní překážka se v této kategorii projevil postoj státu a institucí k neziskovému sektoru, který hraje v preventivních opatřeních zásadní roli. „Jedna věc je, že to občas to je málo koordinované, ale největší problém je ta podpora, tedy to plivání na neziskovky ... to plivání a nějaké pohoršování nad nimi (neziskovými organizacemi) a to že pak komunisti navrhnou, aby se výrazným způsobem zkrouhly dotace pro neziskové organizace, tak to si myslím, že má velmi negativní vliv.“ (Respondentka č. 1) Problémem institucí ať již státních či neziskových je také to, že na pokrytí potřeb České republiky jich není dostatek. „To pokrytí službami zdaleka není takové, jaké by mělo být; těch center ale zdaleka není tolik, aby pokryly celou republiku. Jsou spádové, takže k nim nemají přístup všichni, kteří by k nim přístup mít měli.“ (Respondentka č. 1) V tomto ohledu je tedy zmiňováno, že není dostatečné pokrytí krizovými centry a také, že není ani dostatek psychologů a ostatních poskytovatelů sociálních služeb a duševní pomoci, kteří mohou tvořit záchytnou síť. „Takže na státu je určitě to, aby vytvořil dostatek psychologů a sociálních služeb, které můžou toho člověka zachytit. Tak bych to viděl, že je to ve větších městech typu Praha a Brno dobré, ale v menších městech určitě ne. Navíc tam se lidé i bojí, že je někdo bude znát a tak dále.“ (Respondent č. 5) V minulých kapitolách byly zmíněny speciální programy typu DBT terapie. U těchto programů a množství jiných, zaměřených na rizikové skupiny osob – například na osoby s emočně nestabilní poruchou osobnosti – se ale také projevují nedostatky, a to nejen ve zmíněném pokrytí, ale také v neinformovanosti odborníků o těchto programech. „Bohužel jich není málo a ty programy, které pro tyhle lidi jsou, jsou neuvěřitelně nákladné a fungují strašně málo a oni o nich dokonce ani někteří odborníci nevědí, ale ono to vůbec nevádí, protože ty programy jsou stejně plné, takže oni kdyby

to náhodou věděli, tak se jen zvýší ta poptávka. Lidi na to čekají strašně dlouho.“
(Respondentka č. 2)

U samotného zaměření na rizikové osoby jeden respondent poznamenal, že v kontextu České republiky je se potřeba, vzhledem k trendům, začít zaměřovat na nové rizikové skupiny u kterých právě trendy v míře sebevraždnosti rostou a bez účinných opatření si v tomto směru zakládáme na budoucí problém. „*Snad jen dodat, že ten důraz by se měl přesouvat do nejmladších věkových skupin, protože zatímco sebevraždnost u nás v posledních desetiletích klesá, tak to, co nemá příznivý vývoj je sebevraždnost u dětí a mladistvých. U dětí je tedy naprosto ojedinělá, ale myslím tím třeba v tom post-pubertálním věku, kdy sebevraždnost mírně stoupá, a to je varovný trend a tam se také zakládá na problémy do budoucna.“*
(Respondent č. 4)

5.3.3 Dílčí shrnutí a reflexe 3. kategorie

V této kategorii je shrnuto, jaké překážky se vyskytují v preventivních intervencích. Nejčastěji zmiňovanou překážkou bylo stigma, které téma sebevraždy obklopuje, a proto je potřeba se ve společnosti zaměřit na destigmatizaci. Není přitom pochyb o tom, že stigma znevažuje hodnotu lidí s duševním onemocněním, jakož i systémy sociální a profesionální podpory určené k jejich podpoře. Stigma také vytváří vážné nerovnosti v kvalitě a dostupnosti léčby a podkopává kvalitu života a možnosti zotavení lidí s duševním onemocněním. Poskytování podpory místním destigmatizačním iniciativám z pozice nejen například státních institucí, ale také z pozice expertů, nejenže destigmatizuje, ale také zvyšuje důvěryhodnost odborníků v této oblasti. Z expertního pohledu, mohou být odborníci v oblasti duševního zdraví a prevence sebevraždnosti silnými partnery v destigmatizačních iniciativách a mohou obhajovat spravedlivé zacházení s lidmi s duševními chorobami, a to jak v rámci zdravotnického systému, tak na širší společenské úrovni [Arboleda-Flórez; Stuart; 2012: 462].

Jako překážka byla častokrát zmíněna také nekoordinovanost a absence spolupráce mezi státními institucemi a neziskovým sektorem. Nekoordinovanost se objevuje také v tom, že odborníci samotní častokrát ani o poskytovaných programech a možnostech pomoci nevědí a jak zmiňuje jedna respondentka, povoláním ambulantí psychiatricka, i přesto, že v některých případech o speciálních programech vědí, vládne mezi nimi rozkol v tom, jestli pacientům tyto

programy doporučovat kvůli nízké dostupnosti a vysoké ceně. Většinu těchto překážek a nedostatků adresuje Situační analýza prevence sebevražd v ČR. Tedy mezi navržené klíčové prvky pro národní akční plán řadí například jak zvýšení služeb pro osoby se zvýšeným rizikem spáchání suicidia (podpora rozvoje krizových center, návaznost jednotlivých služeb, spolupráce s pojišťovny – otázka financování služeb, ...), tak školení a vzdělávání (možnost setkání se s pracovníky, kteří pracují se suicidální tematikou, vzdělávání v jednotlivých profesích, vytvoření instrukcí a vzdělávací akce, ...) [WHO; 2019: 41–42].

5.4 KATEGORIE 4: ASPEKTY ÚČINNÝCH SYNERGICKÝCH NASTAVENÍ

Tato kategorie se zaměřuje na účinné preventivní intervence a je dělena na intervence univerzální, selektivní a indikované. Preventivní intervence jako takové lze dělit podle zaměření na specifickou cílovou populaci či míru obecnosti na tři hlavní typy – univerzální, selektivní a indikované. Univerzální preventivní intervence se zaměřují plošně na populaci; selektivní cílí na ohrožené vzorky populace a indikované následně označují přístupy přímo v kontaktu a práci s osobami ohroženými sebevražedným chování [WHO; 2019: 13]. Zachyceny jsou zde tyto intervence z pohledu respondentů. V odpovědích na některé otázky se respondenti převážně shodovali, tak to bylo hlavně u univerzálních prevencí. U indikovaných a selektivních se toto pomyslné spektrum odpovědí roztáhlo a odpovědi se různily.

5.4.1 Univerzální preventivní intervence

V rámci univerzálních preventivních intervencí bylo častokrát zmiňováno, že se celkově musí začínat u vzdělávání a osvěty o duševním zdraví. *„Já si myslím, že abychom se opravdu nějak zasloužili o snížení počtu sebevražd, tak se musíme podívat na ten systém v rámci vzdělávání a v rámci destigmatizace.“ (Respondentka č. 1)* Mezi účinné univerzální preventivní intervence se řadí také intervence založené na omezování přístupu k vykonání sebevraždy, ale také politiky snižování užívání alkoholu. *„Účinnou prevencí je také prevence spotřeba alkoholu a závislosti na návykových látkách, protože ty jsou také rizikovým faktorem sebevražednosti a pak jsou to celková pracovní-sociální opatření, protože se ví, že sebevražednost je do určité míry sycena také nezaměstnaností a souvisí s individuální úspěšností v osobním životě, tedy myslí se tím například míru chudoby a souvisí i s rozvodovostí, čili rodinná politika, pracovní právo a*

sociální politika velmi nepřímá, ale prokazatelně se sebevraždami souvisejí.“ (Respondent č. 4)

Do této kategorie se řadí ale i poněkud specifické preventivní opatření; takové opatření, které se projevují například v tom, jak jsou určitá zařízení koncipována a stavěna. Jeden z respondentů na toto poukázal na příkladu pražského metra. *„Když se podíváte na to, že člověk je v kolejišti, tak to opatření je mnohoznačné – tedy, nevíme, jestli tam chtěl člověk skočit, ale sám ten tvar toho kolejiště má pokrýt všechny tyto eventuality a zvýšit šanci, že to ten člověk přežije a to znamená, že ne všechny prevence, které vedou k zabránění dokonání sebevraždy, tak jsou zaměřené jenom tímto směrem a jsou spíše víceúčelové.*“ (Respondent č. 3) Mezi tyto specifické účinné preventivní intervence se v této kategorii řadí i zmiňované bariéry, tedy přístupy omezující dostupnost. *„Jsou to takové bariérové věci, třeba že prostě postavíte plot nebo někam dáte ceduli, což jsou ale také věci, které fungují, a když se správně implementují, tak to bude mít za následek zaručený pokles sebevražd.*“ (Respondentka č. 1) V rámci účinných univerzálních preventivních intervencí byla zmíněna také důležitá sekce zodpovědné práce médií. *„Všichni jsme si tak nějak vědomi toho, že reportování toho fenoménu sebevraždy má nějaké vazby na ten fenomén samotný a klasický případ je literatura u Goetha. Tedy Wertherův efekt.*“ (Respondent č. 3)

5.4.2 Selektivní a indikované preventivní intervence

Mezi zásadní selektivní preventivní intervence patří školení gatekeeperů, tedy školení osob, které díky členství v kolektivu či komunitě mají možnost rozpoznat krizi včas. *„Největší prevence je samozřejmě ale v nejbližším okolí, aby byla dostatečná vzdělanost, že když se chce někdo zabít, tak aby lidé v okolí věděli, že jsou tady nějaké možnosti i na jiných úrovních, než je ta peer-úroveň. Tedy že ho to okolí podpoří, aby o tom svém problému mluvil. To mně přijde, že je důležitá prevence.*“ (Respondent č. 5) Oproti tomu v indikovaných preventivních opatřeních je za velmi důležité považované posouzení duševního zdraví či onemocnění a také následná péče v komunitě. *„Je tu Národní akční plán pro duševní zdraví, který zajišťuje tu péči pacientům, kteří odcházejí z psychiatrických nemocnic a tento plán tam právě má i ten plán prevence ve školách a v nějakých destigmatizačních kampaních a když se tohle spojí dohromady, tak si myslím, že to má velký potenciál.*“ (Respondentka č. 1)

Respondenti považovali za účinnou preventivní intervenci také léčbu deprese, která se jako opatření řadí mezi selektivní intervence. *„Zejména to je včasná a správná léčba deprese, protože většina sebevražd je na nějakém chorobném podkladu a taky to je osvěta, to ukázala Gotlandská studie.“* (Respondent č. 4) V této odpovědi respondent poukázal také na univerzální preventivní intervence, které byly zmíněny výše, ale zajímavé bylo, že je vložil do kontextu Gotlandské studie, jejíž výsledky prokázaly, že včasné rozpoznání a adekvátní léčba deprese je jednou z nejučinnějších metod prevence sebevražd [Rihmer a kol.; 1995: 147]. V indikovaných preventivních opatřeních se vyskytují také opatření na individuální úrovni, tedy opatření, které berou v potaz například genetické a biologické faktory. *„Ono to má takové dvouvrcholové rozložení, jednak takové ty nešťastné lásky a demonstrativní sebevraždy v mládí a potom je docela značný nárůst sebevraždnosti v té nejvyšších věkových skupinách u těch osamělých a opuštěných lidí nad sedmdesát a to je další taková cílová skupina, kde prevencí je prevence té opuštěnosti, protože většina lidí v domácnostech nad 65 let je sama, více než polovina lidí a samota je významným rizikovým faktorem deprese a deprese je rizikovým faktorem pro sebevraždu.“* (Respondent č. 4)

5.4.3 Dílčí shrnutí a reflexe 4. kategorie

Tato kategorie byla zaměřena na to, co považují respondenti za účinné preventivní intervence. Nejčastěji zmiňovanou účinnou preventivní intervencí se synergickým potenciálem byla osvěta a vzdělání, nikoliv ale jen pracovníků ze zdravotního sektoru, ale také širší veřejnosti. Jak zmiňuje JJ Mann, vzdělávání lékařů v rozpoznávání a léčbě deprese a omezování přístupu k smrtícím metodám zaručeně snižuje míru sebevražd; jedná se tedy o jednu z nejslibnějších intervencí [Mann a kol.; 2005: 2071]. Toto preventivní opatření, z podstaty univerzální, ale nebylo jediným zmiňovaným. V synergii s ostatními, hrají důležitou roli také politiky snižování užívání alkoholu a omezování dostupnosti prostředků. U tohoto bodu je důležité poznamenat, že konzumace alkoholu je prokazatelně spojena se sebevraždou a důležitým rizikovým faktorem sebevraždného chování je také závislost na alkoholu, přičemž zvláště vysoké riziko představují hlavně muži středního věku a starší lidé se závislostí na alkoholu a poruchami nálady [Sher; 2006: 57].

Důležitým opatřením z kategorie selektivních preventivních opatření je školení gatekeeperů, tedy lidí, kteří jsou v kontaktu s osobami ohroženými sebevraždou a identifikují je rozpoznáváním sebevražedných rizikových faktorů. Školení gatekeeperů je slibné jako součást mnohostranné strategie v boji proti sebevraždě. Bylo prokázáno, že tyto školení pozitivně ovlivňují dovednosti, postoje a znalosti lidí, kteří absolvují školení v mnoha prostředích – nejúspěšnější vzdělávací programy gatekeeperů jsou začleněny do větších iniciativ v oblasti prevence sebevražd [Isaac a kol.; 2009: 266]. Stejně tak důležité jsou opatření ze sekce indikovaných, kde nejčastěji zmiňovaným byla péče a podpora v komunitě a podpora v bezradnosti, tedy například péče o seniory, kteří bývají často osamělí.

5.5 ROZBOR VEŘEJNĚ POLITICKÝCH DOKUMENTŮ

Název dokumentu	Autor	Úroveň dokumentu	Hlavní zaměření	Téma synergického působení
Situační analýza prevence sebevražd v České republice	WHO	Národní	Prevence sebevražd	Ano
Preventing suicide: A global imperative	WHO	Celosvětová	Prevence sebevražd	Ano
Mental health action plan 2013-2020	WHO	Celosvětová	Duševní zdraví	Ano
Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí	MZČR	Národní	Zdraví jako celek	Ne
Zdraví 21	MZČR	Národní	Zdraví jako celek	Ne
Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva: Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii	Evropská komise	Nadnárodní	Duševní zdraví	Ne

Jak již bylo zmíněno, v České republice je sebevražednost a prevence sebevražedného jednání stále opomíjené téma, ačkoliv v poslední době se věci začaly posouvat správným směrem, a to totiž s představením Národního akčního plánu prevence sebevražd 2020–2030 (NAPPS) Ministerstvem zdravotnictví. Samotný plán sice v době psaní této práce nebyl veřejnosti dostupný, ale k dispozici je Situační analýza prevence sebevražd v České republice, která slouží jako oficiální podklad právě pro chystaný akční plán. Samotný plán je unikátní v tom, že právě v kontextu České republiky se jedná vůbec o první strategický dokument, který se věnuje prevencím sebepoškození a sebevražedného jednání.

Situační analýza prevence sebevražd v České republice (dále jen SAPS) je analytickým dokumentem, který slouží jako jeden ze základních kamenů Národního akčního plánu prevence sebevražd a do jisté míry i Národního akčního plánu pro duševní zdraví. Tato obsáhlá analýza kompiluje jak data kvalitativní, tak data kvantitativní a přináší přehled nejen, jak název napovídá, o prevencích sebevražd, ale také o současné situaci a následně i o navržených krocích pro NAPPS. Díky tomu shledávám tento dokument pro svoji práci kriticky důležitý. Samotná analýza neslouží následně jen pro účely vzniku NAPPS, ale pomáhá tím také k plnění cílů vztyčených Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a k plnění *Cílů udržitelného vývoje* Organizace spojených národů (OSN).

SAPS, jako taková, splňuje všechny mé parametry a představuje možná podrobná preventivní opatření v celém spektru klíčových oblastí. Nspecifikuje ale pouze ty účinné prevence sebevražednosti, ale zaměřuje se i na ty, které svoji roli neplní, ostatně sami autoři již v úvodu uvádějí, že v České republice prevence sebevražednosti víceméně neexistuje až na výjimky ve formě psychiatrické péče a linek důvěry [WHO; 2019: 8].

SAPS představuje ve své finální části 10 klíčových prvků, které pokrývají všechny možné sektory a k většině představuje efektivní intervence. Někdy je představeno intervencí více (př. 1. Omezování dostupnosti prostředků k vykonání sebevraždy – navržených intervencí: 14), jindy pouze jedna (př. 7. Zajištění služeb pro pozůstalé (...) po vykonaném pokusu) a jindy naopak žádné (př. 10. Zajištění dohledu a koordinace v oblasti výzkumu a prevence sebevražd).

Ty prevence, které jsem identifikoval v jiných materiálech, se vždy vyskytovaly v této situační analýze, často s přenesením na český kontext. Příkladem je prevence zahrnující *gatekeeping* programy na kterou jsem původně narazil v *Preventing suicide: A global imperative* a která se v SAPS vyskytuje také, a to pod navrženým klíčovým prvkem č. 4. Gatekeeping označuje školení osob, kteří se nacházejí v úzkém kolektivu a je to kdokoliv, kdo je v pozici zjistit, zda někdo může uvažovat o sebevraždě a následně kontaktuje povolanou osobu [Saxena; Krug; Chestnov; 2014: 38]. Téma synergického působení intervencí tato analýza zahrnuje okrajově. Je poukázáno na to, že prevence sebevraždnosti je multidisciplinární, a proto je potřeba mezioborová spolupráce za účelem účinných intervencí, čemuž se věnuje desátý z navržených klíčových kroků, tedy bod s názvem Zajištění dohledu a koordinace aktivit v oblasti výzkumu a prevence sebevražd [WHO; 2019: 47].

Preventing suicide: A global imperative je první publikací Světové zdravotnické organizace svého druhu a shrnuje to, co je známo, ve vhodné formě, aby bylo možné následně podniknout okamžitá opatření. Cílem této zprávy je zvýšit povědomí o závažnosti pokusů o sebevraždu a učinit z prevence sebevražd vyšší prioritu globální agendy veřejného zdraví. Cílem tohoto dokumentu je povzbuzovat a podporovat členské země při vývoji nebo posilování komplexních strategií prevence sebevražd v rámci multisektorového přístupu k veřejnému zdraví. Tento veřejně-politický dokument mimo jiné určuje to, že aby národní prevence sebevraždnosti byly účinné, tak musí být správně navrženy tak aby:

- identifikovaly a zacílily na zranitelné skupiny;
- zlepšily hodnocení a řízení sebevraždného chování;
- podporovaly environmentální a individuální ochranné faktory;
- zvyšovaly informovanost prostřednictvím veřejného vzdělávání;
- zlepšily společenské postoje a přesvědčení a odstranily stigma vůči lidem s duševními poruchami nebo projevujícím sebevraždné chování;
- omezily dostupnost prostředků k vykonání sebevraždy povzbuzovaly média k přijetí lepších politik a postupů při hlášení sebevražd; a
- podporovaly jednotlivce, kteří zůstali zasaženi sebevraždou (příbuzní apod.) [Saxena; Krug; Chestnov; 2014: 78].

Právě z těchto bodů vychází následně navržené klíčové prvky SAPS, tedy podle toho, jak je navrhuje WHO. Dále také tato zpráva jmenuje to, jak účinnost daných prevencí měřit. Kvantitativní ukazatele, které měří hlavní výstupy národní strategie mohou zahrnovat:

- procentuální snížení počtu sebevražd;
- počet úspěšných realizovaných preventivních opatření proti sebevraždě;
- snížení počtu hospitalizovaných pokusů o sebevraždu [Saxena; Krug; Chestnov; 2014: 105].

Preventing suicide: A global imperative na téma synergického působení prevencí poukazuje na účinných strategiích Spojeného království, které je vykresleno jako dobrý příklad ostatním zemím a kde se ukázalo, že integrace více intervencí a programů má synergické účinky [Saxena; Krug; Chestnov; 2014: 63]. Celý tento dokument přitom stojí na tom, že úsilí o prevenci sebevraždnosti musí být koordinované a vyžaduje si spolupráci mezi různými sektory a aby jednotlivé navržené národní prevence sebevraždnosti byly účinné, tak v nich obsažené intervence musí být navzájem synergické [Saxena; Krug; Chestnov; 2014: 16].

Strategickým veřejně-politickým dokumentem, který se věnuje prevencím sebevraždnosti, je *Mental health action plan 2013-2020*. Tento dokument, který také vznikl pod hlavičkou Světové zdravotné organizace má tyto cíle:

- posílit účinné vedení a správu v oblasti duševního zdraví;
- poskytovat komplexní, integrované a citlivé služby v oblasti duševního zdraví a sociální péče v komunitním prostředí;
- implementovat strategie na podporu a prevenci duševního zdraví;
- posílit informační systémy, evidence a výzkum duševního zdraví [WHO; 2013: 10].

Ačkoliv se tento dokument soustředí primárně na duševní zdraví prevence sebevražd je také důležitou prioritou. Autoři zmiňují, že míra sebevražd bývá podceňována z důvodu slabých systémů sběru dat, chybného přiřazování sebevražd náhodným úmrtím a kriminalizace v některých zemích. Většina zemí nicméně vykazuje buď stabilní nebo rostoucí trend v počtu sebevražd. Právě vzhledem k tomu, že existuje mnoho rizikových faktorů spojených se sebevraždou mimo duševní poruchu, jako je chronická bolest nebo akutní emocionální úzkost, kroky k zabránění sebevraždě musí pocházet nejen ze zdravotnického sektoru, ale také z jiných

sektorů současně¹ [WHO; 2013: 13]. Cíle vztahující se k prevencím sebevraždy, v tomto případě, jsou následující:

- 80 % zemí bude mít do roku 2020 nejméně dva fungující národní, nad-resortní propagační a preventivní programy v oblasti duševního zdraví.
- Míra sebevraždy se do roku 2020 sníží o 10 % [WHO; 2013: 17]

Tento dokument se nevěnuje synergickému působení preventivních intervencí přímo, ale celkově byl vypracován tak, aby synergicky s ostatními dokumenty a akčními plány působil, tedy i v rovině prevence sebevraždy, což se projevuje v tom, že vychází z regionálních akčních plánů a strategií WHO pro duševní zdraví a zneužívání návykových látek, které byly přijaty nebo se vyvíjejí. Akční plán byl vytvořen za účelem vytvoření synergie s dalšími příslušnými programy organizací v systému OSN, meziregionálních skupin OSN a mezivládních organizací [WHO; 2013: 6].

Z kroků navrhovaných WHO vychází také Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí (dále jen Zdraví 2020) a účelem tohoto dokumentu je „...především stabilizace systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví a nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace. Rozpracovává vizi systému veřejného zdraví jako dynamické sítě zainteresovaných subjektů na všech úrovních společnosti a je tedy určena nejen institucím veřejné správy, ale také všem ostatním složkám – jedincům, komunitám, neziskovému a soukromému sektoru, vzdělávacím, vědeckým a dalším institucím.“ [MZČR; 2014]

Prevencím sebevraždy se věnuje Prioritní oblast 1, kdy snaha o co nejlepší zdravotní stav během celého života zvyšuje šanci na delší dobu prožitou ve zdraví i na dlouhověkost, což přináší nejen ekonomický užitek, ale také užitek sociální a individuální. Zajištění a rozšíření programů orientovaných na podporu duševního zdraví je proto velmi důležité, úkolem těchto zajištění a rozšíření je včasná diagnostika a prevence sebevražd. Přínosem jsou komunitní intervenční programy. V tomto směru napomáhá výzkum lépe pochopit nebezpečné vazby mezi duševními problémy a sociální marginalizací, nezaměstnaností a bezdomovectvím [MZČR; 2014: 23].

¹ Na to, že tento problém je multidisciplinární, ostatně upozorňují téměř všechny zkoumané dokumenty.

V českém prostředí vznikl rovněž dokument Zdraví 21, který působí jako lokální verze a podpora programu Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny ve 21. století. Právě cíle tohoto dokumentu se o zmíněný dokument Světové zdravotnické organizace opírají, nejsou ale pasivně přebírány – současně s těmito cíli bylo zavedeno monitorování ukazatelů, které dané cíle indikují a zároveň upozorňují na problémy [MZČR; 2002: 5]. Duševnímu zdraví a potažmo sebevraždám se v tomto dokumentu věnuje Cíl 6, tedy zlepšení duševního zdraví a dílčí úkol tohoto cíle č. 6. 2. – Snížení počtu sebevražd alespoň o jednu třetinu k roku 2020. Uváděna je zde problematika znatelného vzestupu počtu dokonaných sebevražd od roku 1990 a zároveň také toho, že evidence a analýza sebevražedných pokusů byla v roce 1992 zrušena a rozborů sebevražednosti se v té době neuskutečňovaly. Dále také upozorňuje na to, že speciální evidence a prevence v té době neexistovaly. Určené aktivity ke splnění tohoto cíle jsou tyto:

- Systematické školení lékařů primární péče v rozpoznávání a léčení deprese, nebezpečí sebevraždy a kultivace vztahu lékař – pacient
- 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
- Snížení stigmatu psychicky nemocných a odstranění jejich diskriminace
- Opětné zavedení evidence sebevražedných pokusů [MZČR; 2002: 34].

Následujícím dokumentem je zelená kniha Evropské komise nazvaná Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva: Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii vydaná roku 2005. Celkovým cílem tohoto dokumentu je zahájení prospěšné diskuse s širokým spektrem aktérů, mezi které patří občanská společnost, evropské orgány, vlády, zdravotničtí odborníci a výzkumná obec. Samotná diskuse se věnuje významu duševního zdraví pro EU, potřebě strategie na úrovni EU a jejích možných prioritách. K tomuto cíli směřují autoři pomocí tří cílových pilířů, jak duševní zdraví obyvatelstva EU zlepšit. První z těchto bodů/pilířů se věnuje přímo sebevražednosti a říká, že duševní nemoci nepříznivě ovlivňují jednoho ze čtyř obyvatel a mohou vést k sebevraždám, jež jsou příčinou příliš mnoha úmrtí [EK; 2005: 3] a následně autoři vyzdvihují možná řešení tohoto problému a ukazují na některá úspěšná opatření v rámci EU. Citovaným úspěšným opatřením zaměřujícím se na snížení počtu sebevražd a pokusů o sebevraždu je opatření organizace „The European Alliance against Depression“, která si klade za cíl snížit depresi a sebevražedné chování tvorbou regionálních sítí pro výměnu informací

mezi zdravotnictvím, pacienty a jejich příbuznými, komunitními zprostředkovateli a širokou veřejností – z pilotního projektu této organizace vyplynulo, že počet sebevražd a pokusů o sebevraždu poklesl o 25 %, a to zejména mezi mladými lidmi [EK; 2005: 10]. Dalšími opatřeními, která se zaměřují celkově na podporu duševního zdraví jsou například sítě sociální podpory; poradenství rizikovým skupinám; podpora zaměstnávání duševně nemocných a osob s duševním postižením a u mládeže podnětné školní prostředí a mravní charakter a informační balíčky o duševním zdraví pro studenty, rodiče a učitele [EK; 2005: 8]. Nutno poznamenat, že na synergické působení intervencí prevence sebevraždnosti se tento dokument nezaměřuje.

6 ZÁVĚR A DISKUZE VÝSLEDKŮ

Tato bakalářská práce se věnovala problematice prevencí sebevraždnosti v ČR a jejich možnému vzájemnému působení. Odborná literatura o tomto vzájemném, synergickém působení intervencí prevence sebevraždnosti v podstatě není dostupná. Synergické působení politik a intervencí obecně je ale téma, kterému se věnují obory zdravotní politiky a managementu a také výzkumy zaměřené na intervence v dynamických společenských systémech. Ze zkoumaných dokumentů se na vzájemné působení preventivních opatření v oblasti duševního zdraví a prevence sebevraždnosti zaměřují odlišnou mírou tři. Jedná se o Situační analýzu prevence sebevražd v České republice, Preventing suicide: A global imperative a Mental health action plan 2013-2020. Zbytek dokumentů, ač o sebevraždě a její prevenci pojednává, synergii opomíjí. Tyto tři dokumenty v rámci synergického působení poukazují na nutnost multidisciplinární spolupráce, která zajišťuje účinné, a hlavně koordinované intervence.

Hlavním cílem mé práce bylo zjistit, jaké intervence prevence sebevraždnosti se vyskytují v rámci ČR. V České republice intervence prevence sebevraždnosti téměř neexistují [WHO; 2019: 8]. Tento smutný fakt bohužel tato práce až na výjimky potvrzuje. Z rozhovorů s respondenty vyšlo najevo, že Českou republiku provází v tomto směru v této práci mnohokrát zmiňovaná nekoordinovanost, která se objevuje také v tom, že odborníci samotní častokrát ani o poskytovaných programech a možnostech pomoci nevědí a i přesto, že v některých případech o speciálních programech vědí, vládne mezi nimi rozkol v tom, jestli pacientům tyto programy doporučovat kvůli nízké dostupnosti a vysoké ceně. Prevence zde ale víceméně stojí na linkách důvěry a krizových centrech, které de facto mají funkci psychiatrické pohotovosti. Ojedinele se

zde vyskytují osamocená opatření, která se soustřeďují na metodu sebevraždy. Taková opatření respondenti nazývali bariérová a za příklad uváděli opatření zabráňující skoku z Nuselského mostu či oplocení kolem *hot-spotů* na kolejích. U těchto opatření se žádná synergie nenachází. Prevence sebevraždnosti v ČR je částečně v rukou soukromého a neziskového sektoru, kde ale chybí spolupráce a podpora od státu. Toto je bod, kde by se synergie mohla časem projevit, a to například skrze připravovaný Národní akční plán prevence sebevraždnosti (z dostupných informací k synergii nejvíce směřuje navržený klíčový krok č. 10 v situační analýze), který byl mnohokrát respondenty zmíněn. Daná synergie by se zde časem mohla projevit právě skrze spolupráci těchto sektorů.

Mimo tyto body byla jako účinná prevence sebevraždnosti zmíněna psychiatrická péče společně s léčbou deprese a stejně tak protidrogové politiky. Mezi hlavní zjištění této práce patří tedy to, že vyloženě synergické intervence prevence sebevraždnosti v ČR neexistují; vyskytují se zde ale intervence a vznikající zastřešující plány, které k této synergii mají předpoklady. Je zde tedy základ do budoucna, což představuje prostor pro další výzkumy. Na základě analýzy rozhovorů účinnou prevencí v České republice nejvíce brzdí stigma ve společnosti kolem tématu sebevraždy; předpokladem účinnosti je tedy odtabuizování a destigmatizace, což respondenti ukázali na zahraničních příkladech, že je správným krokem (krom tradičně dobře hodnocených skandinávských zemí, byla jako příklad dobré praxe uváděna Velká Británie).

V tento moment považuji za vhodné upozornit na omezení mé práce. Lze poukázat na nereprezentativnost metody výběru respondentů, tedy pomocí sněhové koule a stejně tak lze poukázat na limity kvalitativního výzkumu, kdy celý výzkum i získané znalosti mohou být zkreslené samotnou osobou výzkumníka. Mezi další omezení kvalitativního přístupu se řadí také to, že nálezy nelze rozšířit na širší populaci se stejným stupněm jistoty, a to z toho důvodu, že výsledky výzkumu nejsou testovány, aby se zjistilo, zda jsou statisticky významné nebo náhodné [Ochieng; 2009: 6].

Jako námět na další výzkum s touto tematikou se nabízí zaměřit se destigmatizační kampaně, tedy jestli jsou prokazatelně účinné či nikoliv. Dalším námětem je neomezovat se na Českou republiku a synergii hledat podrobněji v evropském kontextu. Vhodné by bylo také dotazovat

na stejné výzkumné otázky po uplynutí většího časového úseku, tedy ve chvíli, kdy již určitou dobu budou fungovat jak Národní akční plán pro duševní zdraví, tak Národní akční plán prevence sebevraždy.

7 SUMMARY

This bachelor thesis was devoted to the issue of preventing suicide in the Czech Republic and possible interaction of prevention interventions. There is virtually no scientific literature on this mutual, synergistic action of suicide prevention interventions. But the synergy of policies and interventions in general is a theme appearing in health policy and management, as well as in research focused on interventions in dynamic social systems. Of the papers examined, three focus on the interaction between mental health preventive measures and suicide prevention at different rates. These are *Situational Analysis of Suicide Prevention in the Czech Republic*, *Preventing suicide: A global imperative* and *Mental health action plan 2013-2020*. The rest of the documents, while dealing with suicide and its prevention, neglect synergy. The three synergistic documents point to the need for multidisciplinary cooperation that ensures effective, and mainly coordinated, interventions.

The main goal of my work was to find out what kind of suicide prevention events occur within the Czech Republic. In the Czech Republic, suicide prevention is almost non-existent [WHO; 2019: 8]. Unfortunately, this sad fact is borne out by this work. It became clear from interviews with respondents that the Czech Republic was accompanied in this way by a much-mentioned uncoordination, which also appears in the fact that experts themselves are often unaware of the programmes provided and even though in some cases they are aware of the special programmes, there is a split between them as to whether to recommend these programmes to patients because of their low availability and high cost. But prevention more or less stands on lines of trust and crisis centers that have a de facto psychiatric emergency function. There are occasional isolated measures that focus on the method of suicide. Such measures were called barrier measures by respondents, citing measures to prevent jumping off the Nusel Bridge or fencing around hot-spots on tracks as examples. There is no synergy within these measures. Suicide prevention in the Czech Republic is partly in the hands of the private and non-profit sectors, but there is a lack of cooperation and support from the state. This is the point where synergy could manifest itself over time, for example through the forthcoming National Action Plan on Suicide

Prevention (the proposed key step 10 in situational analysis is the most likely direction from available information to synergy), which has been mentioned many times by respondents. Over time, the synergy could be felt through the cooperation of these sectors.

Beyond these points, psychiatric care was mentioned as an effective prevention of suicide, along with treatment for depression and drug policies as well. Among the main findings of this work is therefore that outright synergistic suicide prevention interventions do not exist in the Czech Republic; but there are interventions and emerging overarching plans that are predisposed to this synergy. So there is a basis for the future, which provides scope for further research. Based on an analysis of the interviews, effective prevention in the Czech Republic is most hampered by stigma in society around the topic of suicide; therefore, destigmatisation is a prerequisite for effectiveness, which respondents have shown on foreign examples to be the right move (apart from traditionally well-regarded Scandinavian countries, the UK has been cited as an example of good practice).

At this point, I feel it appropriate to draw attention to the limitations of my work. One can point to the unrepresentative nature of the respondent selection method, i.e. with a snowball method, and one can also point to the limits of qualitative research, where the entire research and the knowledge gained can be distorted by the researcher himself. Other limitations of the qualitative approach include that the findings cannot be extended to a wider population with the same degree of certainty, on the grounds that the research results are not tested to determine whether they are statistically significant or random [Ochieng; 2009: 6].

As a topic for further research on this topic, it is suggested to focus on destigmatisation campaigns, that is, whether they are demonstrably effective or not. Another idea is not to limit ourselves to the Czech Republic and to look for synergy in more detail in the European context. It would also be appropriate to ask the same research questions over a longer period of time, when both the National Mental Health Action Plan and the National Suicide Prevention Action Plan have been in place for some time.

8 POUŽITÁ LITERATURA

ARBOLEDA-FLÓREZ, Julio; STUART, Heather. From sin to science: fighting the stigmatization of mental illnesses. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2012, 57.8: 457-463.

BERGER, Peter L. a Thomas LUCKMANN. Sociální konstrukce reality: pojednání o sociologii vědě. *Centrum pro studium demokracie a kultury*, 1966, 1: 103.

BIERNACKI, Patrick; WALDORF, Dan. Snowball sampling: Problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological methods & research*, 1981, 10.2: 141-163.

EUROPEAN COMMISSION. Green Paper: Improving the Mental Health of the Population: Towards a Strategy on Mental Health in the European Union. *OOPEC*, 2005.

FAZEL, Seena; RAMESH, Taanvi; HAWTON, Keith. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *The Lancet Psychiatry*, 2017, 4.12: 946-952.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: *Portál*, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

ISAAC, Michael, et al. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2009, 54.4: 260-268.

KABELE, Jiří. Sociální konstruktivismus/Social Constructivism. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 1996, 317-337.

KASAL, Alexandr, BECHYŇOVÁ, Laura, DAŇKOVÁ, Šárka, MELICHAROVÁ, Hana, WINKLER, Petr. Situační analýza prevence sebevražd v České republice. *World Health Organization*, 2019.

KNOX, Kerry L., a kol. Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *Bmj*, 2003, 327.7428: 1376.

MANN, J. John, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, 2005, 294.16: 2064-2074.

MARTIN, Tara G., et al. Eliciting expert knowledge in conservation science. *Conservation Biology*, 2012, 26.1: 29-38.

MZČR. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*, 2020.

MZČR. Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. *Ministerstvo zdravotnictví ČR, Palackého náměstí*, 2014, 4.128: 01.

MZČR. Zdraví pro všechny v 21. století. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*, 2002.

NILSSON, Måns, et al. Understanding policy coherence: analytical framework and examples of sector–environment policy interactions in the EU. *Environmental Policy and Governance*, 2012, 22.6: 395-423.

NORDENTOFT, Merete; ERLANGSEN, Annette. Suicide—turning the tide. 2019.

OCHIENG, P. A. An analysis of the strengths and limitation of qualitative and quantitative research paradigms. *Problems of Education in the 21st Century*, 2009, 13: 13.

ÖRGÜTÜ, Dünya Sağlık. Mental health action plan 2013-2020. *WHO*, 2013, 150602.

OYAMA, Hirofumi, et al. Local community intervention through depression screening and group activity for elderly suicide prevention. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 2006, 60.1: 110-114.

RÅDBO, Helena; SVEDUNG, Inge; ANDERSSON, Ragnar. Suicide prevention in railway systems: Application of a barrier approach. *Safety Science*, 2008, 46.5: 729-737.

RIHMER, Zoltán; RUTZ, Wolfgang; PIHLGREN, Hans. Depression and suicide on Gotland an intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *Journal of Affective Disorders*, 1995, 35.4: 147-152.

RUTZ, Wolfgang, et al. Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 1997, 1.1: 39-46.

SAXENA, Shekhar, Etienne G. KRUG a Oleg CHESTNOV. Preventing suicide: a global imperative. *Geneva: World Health Organization*, 2014. ISBN 9789241564779.

STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie. Brno: *Sdružení Podané ruce*, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-60-x.

VESELÝ, Arnošt; DRHOVÁ, Zuzana; NACHTMANNOVÁ, Marta. Veřejná politika a proces její tvorby: co je "policy" a jak vzniká. *CESES FSV UK*, 2005.

WEINER, Bryan J., et al. In search of synergy: strategies for combining interventions at multiple levels. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 2012, 2012.44: 34-41.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health 21: An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. *WHO*, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. National suicide prevention strategies: Progress, examples and indicators. *WHO*, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Public health action for the prevention of suicide: a framework. *WHO*, 2012.

TEZE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Fakulta sociálních věd

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

Předpokládaný název práce

Synergický potenciál působení intervencí prevence sebevraždnosti v ČR

Námět práce zahrnující formulaci a vstupní diskusi poznávacího problému

V České republice je míra sebevraždnosti dle posledních dostupných dat WHO (data z roku 2018) nad průměrem EU. Sebevraždnost a přesněji působení intervencí prevence nejsou obecně v oboru veřejné politiky úplně probádaná témata. Tato práce tedy podává přehled o tom, jak je vzájemné působení různých intervencí zmapováno a co se o něm ví, přičemž podává i poznatky o politice prevence sebevraždnosti v ČR. Z velké části bude práce vedena v hypotetické rovině, jelikož reálně preventivních intervencí tolik není, to by ale nemělo bránit napsání přínosné práce.

Předpokládané metody zpracování a předběžná struktura práce

Předpokládanou metodou této práce je nesystematická rešerše mapující základní poznatky o problematice sebevraždnosti, a to obecně i specificky. U této práce předpokládám použití kvalitativních hloubkových rozhovorů s velikostí vzorku odvíjející se od saturace tématu. Práce bude dělena klasicky, tedy na praktickou a teoretickou část. V rámci výzkumu se pokusím kontaktovat organizace a instituce, které se touto problematikou zabývají za účelem sběru dat. Mezi tyto instituce patří například Národní ústav duševního zdraví (NUDZ), Český statistický úřad (ČSÚ) a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS).

Předběžná struktura:

- Úvod – charakteristika problematiky a shrnutí výsledků z předchozích výzkumů na podobné téma.
- Rozbor základních pojmů
- Popis postupů, metod a cílů této práce
- Analýza a interpretace a diskuse výsledků
- Shrnutí poznatků ve formě závěru

Orientační seznam literatury

ARLOTOVÁ, Markéta & ANTONOVÁ, Michaela. (2016). Statistická analýza sebevraždnosti v České republice z pohledu časových řad. *Demografie*. 58. 29-48.

DURKHEIM, Emile; SUICIDE, A. A study in sociology. *Routledge & K. Paul*, 1952.

HEGERL, Ulrich, et al. Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach. *BMC public health*, 2009, 9.1: 428.

MASARYK, Tomáš Garrigue. Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty. 5. české vyd. Praha: *Masarykův ústav AV ČR*, 2002. ISBN 80-86495-13-2.

MATSUBAYASHI, Tetsuya; UEDA, Michiko. The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Social science & medicine*, 2011, 73.9: 1395-1400.

POTŮČEK, Martin, et al. Veřejná politika. *Sociologické nakladatelství (SLON)*, 2005.

VÄRNIK, Airi, et al. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the “European Alliance Against Depression”. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2008, 62.6: 545-551.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide prevention in Europe: the WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies. *Copenhagen: WHO Regional Office for Europe*, 2002.

ZALSMAN, Gil, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 2016, 3.7: 646-659.

Jméno konzultanta a jeho písemný souhlas se spoluprací

Kasal Alexandr, Mgr.

Kontakt: alexandr.kasal@gmail.com

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s výzkumným rozhovorem

Byl/a jste požádán/a o rozhovor v rámci sběru dat pro bakalářskou práci, která se zabývá prevencemi sebevraždy v ČR. Účast na rozhovoru je zcela dobrovolná a kdykoli během rozhovoru můžete odmítnout odpovědět na otázky, na které nechcete odpovědět. Máte také právo rozhovor kdykoli ukončit.

S Vaším svolením bude tento rozhovor nahráván. Nahraný rozhovor bude přepsán a použit pro výzkumné účely.

K záznamu budu mít přístup pouze já, jako autor výzkumu a můj vedoucí Mgr. Alexandr Kasal a bude využíván výhradně pro výzkumné účely. Veškeré informace sdělené v rámci rozhovoru budou důvěrné ve smyslu zákona 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

Zakroužkujte prosím Vaši odpověď:

Souhlasím s provedením rozhovoru	ANO NE
Souhlasím s využitím poskytnutých informací ve výzkumné práci	ANO NE
Souhlasím s nahráváním rozhovoru	ANO NE

V dne:

Podpis:

Poznámka:

.....
.....
.....

Po skončení rozhovoru jsem se rozhodl/a, že si nepřeji, aby byly pro účely výzkumu použity následující pasáže:

.....
.....
.....