

Situační analýza prevence sebevražd v České republice

Podklady pro Národní akční plán prevence sebevražd 2020-2030



Situační analýza prevence sebevražd v České republice

Podklady pro Národní akční plán prevence sebevražd 2020-2030

Alexandr Kasal ^{1,2}, Laura Bechyňová ¹, Šárka Daňková ³, Hana Melicharová ³, Petr Winkler^{1, 4}

¹ Národní ústav duševního zdraví, Klecany, Česká republika

² Fakulta sociálních věd, Univerzita Karlova, Česká republika

³ Ústav zdravotnických informací a statistiky, Česká republika

⁴ Institut psychiatrie, psychologie a neurověd, King's College, Velká Británie

Klíčová sdělení

PREVENCE

SEBEVRAŽDA

DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

ČESKÁ REPUBLIKA

© Světová zdravotnická organizace 2019

Všechna práva vyhrazena. Regionální úřad pro Evropu Světové zdravotnické organizace vítá žádosti o povolení reprodukovat nebo překládat své publikace, a to zčásti nebo v plném rozsahu.

Použitá označení a prezentace materiálů v této publikaci neznamenaají vyjádření jakéhokoli názoru ze strany Světové zdravotnické organizace, pokud jde o právní postavení jakékoli země, území, města nebo oblasti nebo jejích orgánů nebo pokud jde o stanovení jejích státních hranic. Tečkované čáry na mapách představují přibližné hraniční linie, na nichž nemusí být úplná shoda.

Zmínka o konkrétních společnostech nebo výrobcích některých výrobců neznamenaá, že jsou schváleny nebo doporučeny Světovou zdravotnickou organizací na úkor jiných podobných společností, které nejsou zmíněny. S výjimkou chyb a opomenutí se názvy patentovaných výrobků rozlišují počátečními velkými písmeny.

Světová zdravotnická organizace přijala veškerá přiměřená opatření k ověření informací obsažených v této publikaci. Zveřejněné materiály jsou však distribuovány bez jakékoli záruky, ať už vyjádřené nebo předpokládané. Odpovědnost za výklad a použití materiálů nese čtenář. Světová zdravotnická organizace v žádném případě neodpovídá za škody způsobené jejím používáním. Názory vyjádřené autory, redaktory nebo expertními skupinami nemusí nutně představovat rozhodnutí nebo deklarovanou politiku Světové zdravotnické organizace.

OBSAH

Stránka

Předmluva	5
Předmluva WHO.....	6
Poděkování	7
Shrnutí	8
Úvod.....	8
Epidemiologická data	8
Kvalitativní analýza rozhovorů s relevantními aktéry.....	9
Navržené klíčové prvky Národního akčního plánu prevence sebevražd (NAPPS)	9
Souhrn.....	10
Úvod	12
Rizikové faktory	13
Preventivní intervence.....	14
Současný stav prevence sebevražedného jednání v ČR	16
Epidemiologická data	16
Vývojové trendy sebevražednosti v ČR.....	18
Hospitalizace pro úmyslné sebepoškození (2008–2018).....	28
Signální kódy v Národním registru hrazených zdravotnických služeb (NRHZS).....	31
Suicidální pokusy v datech Toxikologického informačního střediska	32
Kvalitativní analýza rozhovorů s relevantními aktéry	34
Navržené klíčové prvky NAPPS	40
1. Omezování dostupnosti prostředků k vykonání sebevraždy	40
2. Zlepšování práce médií při informování o problematice.....	41
3. Dostupnost služeb pro osoby se zvýšeným rizikem spáchání suicidia	41
4. Školení a vzdělávání.....	42
5. Zajištění léčby založené na důkazech (specificky se zaměřením na osoby po pokusu o sebevraždu).....	42
6. Zajištění dostupnosti krizové intervence pro osoby procházející krizí (včetně on-line a telefonní intervence).....	43
7. Zajištění služeb pro pozůstalé, rodiny a blízké osoby po vykonaném pokusu	43

8. Zlepšování obecného povědomí o problematice prostřednictvím informačních a osvětových kampaní a snižování stigmatu uživatele psychiatrické péče se zaměřením na problematiku sebevraždy	44
9. Výzkum a sběr dat (včetně identifikace ohrožených skupin).....	44
10. Zajištění dohledu a koordinace aktivit v oblasti výzkumu a prevence sebevražd	44
Závěr	45
Použitá literatura	46
Seznam obrázků.....	48
Seznam grafů.....	48
Seznam tabulek.....	49
Seznam zkratk.....	50
Přílohy	51

Předmluva

Každá sebevražda je tragickou událostí. Ročně si v České republice vlastní rukou vezme život na 1300 osob, v průměru tedy každý den nejméně tři lidé. Tím sebevražda jako příčina úmrtí ve smutných statistikách násobně předčí dopravní nehody. Výsledky desítek let vědeckého výzkumu i zahraniční praxe současně ukazují, že předcházet sebevraždám je možné, doposud však nebyla v České republice prevenci sebevražd věnována dostatečná pozornost.

V reakci na to vznikla v rámci Biennial Collaborative Agreement mezi ministerstvem zdravotnictví a Regionální úradovnou Světové zdravotnické organizace pro Evropu Situační analýza prevence sebevražd v České republice, a to za přispění Národního ústavu duševního zdraví a Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky. Jedná se o první dokument svého druhu, který systematicky shrnuje dostupné informace a jehož smyslem je poskytnout podklady pro připravovaný Národní akční plán prevence sebevražd.

Text je vystavěn na datech o problematice, informacích z rozhovorů s širokým spektrem relevantních aktérů a předchozích projektech. Výsledný dokument podrobně mapuje vývoj problematiky sebevražednosti v České republice v minulých letech, na základě dat identifikuje možné ohrožené skupiny, diskutuje rizikové faktory a především navrhuje možná preventivní opatření v řadě klíčových oblastí.

Jsem rád, že se Česká republika, jako jedna z prvních zemí regionu střední a východní Evropy, hlásí na národní úrovni k problematice prevence sebevražd. Věřím, že se prostřednictvím Situační analýzy a na ni navazujícího akčního plánu podaří zachránit mnoho životů a ušetřit spoustu zbytečného utrpení.

Ministr zdravotnictví ČR

Adam Vojtěch



Předmluva WHO

Každý akt sebepoškození, každý pokus o sebevraždu a každá sebevražda představuje tragickou událost. Nejen pro přímo zasažené, ale i pro jejich rodiny, přátele, vrstevníky a komunity. Sebevražda je nejviditelnější a nejhorší myslitelnou manifestací hlubokého vnitřního utrpení, kterým si prochází tolik lidí. Tato bolest a trápení mnohdy zůstávají pro ostatní skryté, často i bez povšimnutí nejbližších.

Vnést světlo do stínů utrpení a stigmatu spojeného se sebepoškozováním a sebevraždou je možné prostřednictvím péče zaměřené na jedince, ohleduplnosti a podpory. Důležitá je podpora osvětových aktivit a také hlubší porozumění rizikovým faktorům, abychom byli schopni sebevraždám účinněji předcházet. Ve světové zprávě WHO z roku 2014 *Preventing suicide – a global imperative*, jsou prvními navrhovanými kroky k zavedení veřejně-zdravotnických opatření k prevenci sebevražd tyto: vymezení rozsahu problému a analýza dostupných dat s cílem zjistit, proč k sebevražednému jednání dochází a co tento fenomén ovlivňuje.

Ze strany WHO je proto Situační analýza prevence sebevražd v České republice vřele vítána. Jedná se o jasný a podrobný dokument, jež bude utvářet podobu národního akčního plánu prevence sebevražd, a přispěje tak k probíhajícím reformám systému péče o duševní zdraví. Evropská kancelář WHO je i nadále připravena podporovat českou vládu v oblasti prevence sebevražd i v zajištění duševního zdraví pro všechny.

Dr Piroska Östlin

Ředitelka evropské kanceláře WHO

Poděkování

Rádi bychom na tomto místě poděkovali všem odborníkům, kteří s námi sdíleli své zkušenosti.

V abecedním pořadí:

Lucii Bankovské Motlové, Kateřině Bohaté, Tomáši Boráňovi, Lukáši Brezinovi, Luděkovi Brožovi, Kláře Gramppové Janečkové, Petře Grumlíkové, Lucii Halbrštátové, Soně Haluzové, Janu Hankovi, Tomáši Holcnerovi, Vandě Horné, Václavu Jiříčkovi, Kamile Jiříštové, Miloslavu Kopečkovi, Jiřímu Koutkovi, Haně Kurzové, Kateřině Liškové, Kataríně Lonekové, Vítězslavu Losselovi, Lucii Myškové, Pavlu Neoralovi, Pavlu Novákovi, Barboře Orlíkové, Marku Pávovi, Daniele Pelclové, Martinu Peškovi, Michalu Pitoňákovi, Peterovi Porubskému, Michalu Raszkovi, Zbyňku Robochovi, Pavlu Říčanovi, Miroslavu Stehlíkovi, Janě Šeblové, Renatě Tumlířové, Kláře Zbořilové, Adamu Žaludkovi.

Poděkování patří také expertním konzultantům situační analýzy Elle Arensman, Srdanu Matići a Danielu Chisholmovi.

Text vznikl s podporou Světové zdravotnické organizace v rámci projektu *Biennial Collaborative Agreement 2018-2019*. Dále byl podpořen z projektu Národního programu udržitelnosti I (NPU I) MŠMT LO1611 a projektu SVV 260 462 Karlovy Univerzity v Praze.

Shrnutí

Úvod

Sebevražda je globálně příčinou více než poloviny násilných úmrtí. Celosvětově si ročně vezme život na 800 tisíc lidí. Počet pokusů se odhaduje na dvacetinásobek.

Každá sebevražda je tragickou událostí a má dalekosáhlý dopad. Sebevraždám je možné předcházet a k této skutečnosti jsou vztaženy cíle různých iniciativ, jako je *WHO Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020* nebo *OSN Sustainable Development Goals*. Situační analýza je podkladem pro vznik Národního akčního plánu prevence sebevražd 2020–2030, který je v souladu se zmíněnými iniciativami.

WHO¹ člení rizikové faktory do pěti oblastí, které se rozkládají napříč systémovými, společenskými, komunitními, vztahovými a individuálními rizikovými faktory.

Prevence sebevražd je z povahy fenoménu multidisciplinární a zasahuje do mnoha sektorů (i s ohledem na různost rizikových faktorů). Preventivní intervence se dají, podle míry obecnosti/specificity cílové populace, rozdělit na tři základní druhy – univerzální, selektivní a indikované.

Publikované přehledové studie identifikovaly řadu efektivních intervencí prevence sebevražd, které je žádoucí implementovat.

V ČR v současnosti prevence sebevražd v podstatě neexistuje. Důležitou roli však plní systém psychiatrické péče a krizová centra a linky důvěry.

Epidemiologická data

Míra sebevražednosti v roce 2018 byla v ČR 12,7 sebevražd na 100 tisíc obyvatel. Každoročně si vezme život více než 1300, z nichž většinu tvoří muži. Obdobně jako v jiných světových regionech se sebevražednost v populaci ČR s věkem zvyšuje.

Největší počet sebevražd je evidován ve věkových skupinách 35–64 let. Nejméně se jich pak stane u dětí ve věku 5–14 let (u dětí do 4 let není v posledních 11 letech evidován žádný případ). Ve věku 15–24 let je sebevražda druhou nejčastější příčinou úmrtí po dopravních nehodách. V roce 2018 byla příčinou celkem 27 % úmrtí v této věkové skupině.

¹ WHO je zkratkou pro *World Health Organization*, tedy Světovou zdravotnickou organizaci. Vzhledem k rozšířenému zvyku používat anglickou zkratku v českém prostředí je tato zkratka užívána i v tomto dokumentu.

Z hlediska způsobu provedení sebevraždy je dlouhodobě nejčastější oběšení, a to u obou pohlaví. Jak vyplývá ze statistiky zemřelých, lidé si život berou nejčastěji doma.

Sebevražednost se liší nejen z hlediska pohlaví a věku, ale i napříč regiony, kdy je možné identifikovat regiony s podstatně zvýšenou sebevražedností, například Tachovsko nebo Sokolovsko.

Z nedávného reprezentativního epidemiologického šetření vyplynulo, že aktuální zvýšené riziko sebevraždy je možné identifikovat u 3,8 % české populace (3,1 % nízké, 0,2 % střední, 0,5 % vysoké). Zvýšené riziko je častější v populaci žen. Polovina osob se zvýšeným rizikem v posledních 12 měsících nevyhledala odbornou pomoc.

Ročně je pro záměrné sebepoškození hospitalizováno v průměru 3 tisíce osob, přičemž na celkovém počtu se významněji podílejí ženy ve srovnání s muži (56 %). Nejvyšší výskyt hospitalizací je u chlapců a dívek ve věku 15–19 let a nejčastějším způsobem sebepoškození je záměrná otrava (příčina 84 % všech hospitalizací pro sebepoškození).

V datech Toxikologického informačního střediska bylo v roce 2018 evidováno 2607 případů suicidálních pokusů, kdy ve 2256 případech byla použitým prostředkem léčiva. Za posledních 11 let roste počet úmyslných otrav paracetamolem. Tento způsob preferují mladší věkové skupiny, zejména 10–19 let.

Kvalitativní analýza rozhovorů s relevantními aktéry

Na téma prevence sebevražd v ČR bylo provedeno celkem 25 rozhovorů se zástupci institucí a s osobami z praxe relevantní k problematice sebevražednosti. Byly identifikovány silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby, které byly shrnuty do následujících kategorií: (a) vzdělávání, (b) zdravotnictví a krizové služby, (c) další služby, (d) financování a personální zajištění a (e) obecné.

Navržené klíčové prvky Národního akčního plánu prevence sebevražd (NAPPS)

Na základě analýzy dostupných dat, výstupů z rozhovorů a výsledků rešerše z předcházejícího projektu *Metodika prevence sebevražd v ČR* byly navrženy klíčové prvky, cílové skupiny a vhodné intervence pro jednotlivé komponenty strategií prevence sebevražd tak, jak je doporučuje WHO:

- omezování dostupnosti prostředků k vykonání sebevraždy,
- zlepšování práce médií při informování o této problematice,
- dostupnost služeb pro osoby se zvýšeným rizikem spáchání sebevraždy,

- školení a vzdělávání,
- zajištění léčby založené na důkazech (specificky se zaměřením na osoby po pokusu o sebevraždu),
- zajištění dostupnosti krizové intervence pro osoby procházející krizí (včetně on-line a telefonní intervence),
- zajištění služeb pro pozůstalé, rodiny a blízké osoby po vykonaném pokusu,
- zlepšování obecného povědomí o problematice prostřednictvím informačních a osvětových kampaní a snižování stigmatu uživatele psychiatrické péče se zaměřením na problematiku sebevražednosti,
- výzkum a sběr dat (včetně identifikace ohrožených skupin),
- zajištění dohledu a koordinace aktivit v oblasti výzkumu a prevence sebevražd.

Souhrn

Navzdory dlouhodobě vysoké míře sebevražednosti v ČR a dostupné evidenci o efektivních intervencích zůstává prevence sebevražedného jednání v zásadě opomíjena. O změnu usiluje *Situační analýza prevence sebevražd*, představující kompilát aktuálních epidemiologických dat a výstupů z rozhovorů s relevantními aktéry. Jako taková představuje vhodný podkladový dokument pro formulaci Národního akčního plánu prevence sebevražd pro roky 2020–2030, respektujícího doporučení WHO.

Úvod

Podle odhadu Světové zdravotnické organizace si celosvětově vezme život na 800 tisíc lidí ročně. To představuje jedno úmrtí každých 40 vteřin. Sebevražedné jednání zaznamenáváme ve všech regionech planety a u lidí napříč celým jejich životním cyklem, od dětí po seniory. Globálně přibližně 50 % všech násilných úmrtí v mužské populaci připadá na sebevraždu, mezi ženami je to dokonce až 71 % (WHO, 2014).

Ve vysokopříjmových zemích je prevalence dokonaných sebevražd 3–4krát vyšší u mužů než u žen. S ohledem na věk je pak míra sebevražednosti nejvyšší u osob starších 70 let téměř ve všech světových regionech. U dětí a mladých dospělých je míra výrazně nižší, přesto je sebevražda globálně druhou nejčastější příčinou úmrtí ve věku od 15 do 29 let. Prevalence sebevražedných pokusů se pak odhaduje na dvacetinásobek dokonaných činů (WHO, 2014).

Každá sebevražda je tragickou událostí a má dalekosáhlý dopad nejen na rodinu (Sheehan et al., 2016; Wilson & Marshall, 2010), ale i na široké okolí zemřelého (Kinder & Cooper, 2009). Tento jev má současně značné ekonomické dopady (Kennelly, 2007). WHO (2000) odhaduje, že jedna sebevražda má přímý dopad průměrně na šest osob. Pokud se stane ve škole nebo na pracovišti, může se dotknout až stovek lidí.

Napříč odbornou komunitou panuje shoda na tom, že sebevraždě je možné v mnoha případech předejít. Existuje řada efektivních preventivních intervencí a jejich počet roste (Mann et al., 2005; Zalsman et al., 2016).

Cílem této situační analýzy je podat ucelenou zprávu o praxi prevence sebevražedného jednání napříč všemi relevantními kontexty v ČR a o možnostech rozvoje preventivních aktivit v této oblasti. V textu jsou představeny nejčastější rizikové faktory, efektivní preventivní intervence, výstupy datových analýz a přehled o současné situaci a možnostech rozvoje prevence sebevražednosti v podmínkách ČR. Analýza staví na kvantitativních i kvalitativních datech a navazuje na předchozí projekt *Metodika prevence sebevražednosti v ČR* (Kasal et al., 2018).

Situační analýza představuje základní stavební kámen přípravy Národního akčního plánu prevence sebevražd (NAPPS), prvního strategického dokumentu upravujícího oblast prevence sebevražedného jednání v České republice. Celý projekt přispívá k plnění *Sustainable Development Goals*, tedy *Cílů udržitelného rozvoje* vymezených Organizací spojených národů, kde jedním z cílů je snížení sebevražednosti do roku 2030 o jednu třetinu oproti roku 2015², a

² https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/SDGs/en/

k plnění cílů *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020* WHO, který pro oblast sebevraždnosti stanovil cíl snížení globální míry sebevraždnosti o 10 % (WHO, 2013). NAPPS je v mnoha ohledech provázaný s Národním akčním plánem pro duševní zdraví, který je ve fázi posledních příprav a který usiluje o strategický postup v širším kontextu péče o duševní zdraví. Oba strategické rámce jsou formulovány pro období 2020–2030.

Rizikové faktory

WHO (2014) pro lepší přehlednost uskupila rizikové faktory sebevraždného jednání do pěti oblastí, které je možné identifikovat napříč systémovými, společenskými, komunitními, vztahovými a individuálními rizikovými faktory. Tyto faktory mohou přispívat k sebevraždnému chování, ale mohou také nepřímo ovlivňovat individuální náchylnost k duševním poruchám. O rizikových faktorech je potřeba přemýšlet jako o vzájemně se ovlivňujících proměnných, které se nevylučují. Je pravděpodobné, že určité rizikové faktory by ve skutečnosti mohly být součástí více oblastí. Užitečné je nahlížet na tyto faktory ve smyslu přechodu od systémového k individuálnímu. Pro tyto oblasti identifikovala WHO relevantní intervence (znázorněno v obrázku 1).

První oblastí jsou zdravotnické systémy samy o sobě a bariéry v dostupnosti potřebné péče. Na úrovni státu je pak jako rizikový faktor vnímán přístup k prostředkům, které lidé volí k ukončení života, dále nevhodná praxe médií a stigma spojené s vyhledáváním pomoci. Mezi rizikové faktory v rámci širší komunity patří zejména trauma či zneužívání, diskriminace či pociťovaný stres z akulturace, války a přírodních katastrof. Na úrovni interpersonální mohou konflikty ve vztazích, disharmonické vztahy nebo jejich ztráta způsobovat zármutek či psychický stres, který zvyšuje riziko sebevraždy stejně jako nedostatek sociální podpory a pocit izolace.

Nejvíce rizikových faktorů je možné identifikovat na individuální úrovni. Nejčastěji se jedná o předchozí suicidální pokus, sebepoškozování, duševní onemocnění, nadužívání alkoholu či jiných návykových látek, nezaměstnanost, ztrátu práce či finančního zajištění (např. lidé v exekuci), chronickou bolest či dlouhodobou nemoc, beznaděj či sebevraždu v rodině. V neposlední řadě hrají roli i genetické a biologické faktory. Kumulace rizikových faktorů pak může zvyšovat riziko suicidálního chování.

V rámci spolupráce s členy Národní pracovní skupiny³ (NPS) bylo identifikováno několik ohrožených skupin, které mohou být kulturně podmíněné. V České republice mezi skupiny ohrožené zvýšeným rizikem sebevraždy patří děti a mladiství, včetně dětí v ústavní výchově. Na druhém konci věkového spektra jsou sebevraždou ohroženi senioři, zejména pak muži. U této populace je silným rizikovým faktorem pocíťované osamocení a izolace. Osoby s duševním onemocněním tvoří další ohroženou skupinu. Odborníci se shodují, že ohroženou skupinu představují i osoby potýkající se se závislostmi (ať se jedná o závislost na psychoaktivních látkách nebo o gambling). Na zvýšené suicidální riziko je usuzováno i u neheterosexuální populace, vězeňské populace či etnických menšin žijících na území ČR. V dalších částech situační analýzy jsou prezentovány kvantitativní a kvalitativní analýzy poukazující na zvýšené ohrožení sebevraždou některých výše zmíněných skupin obyvatel.

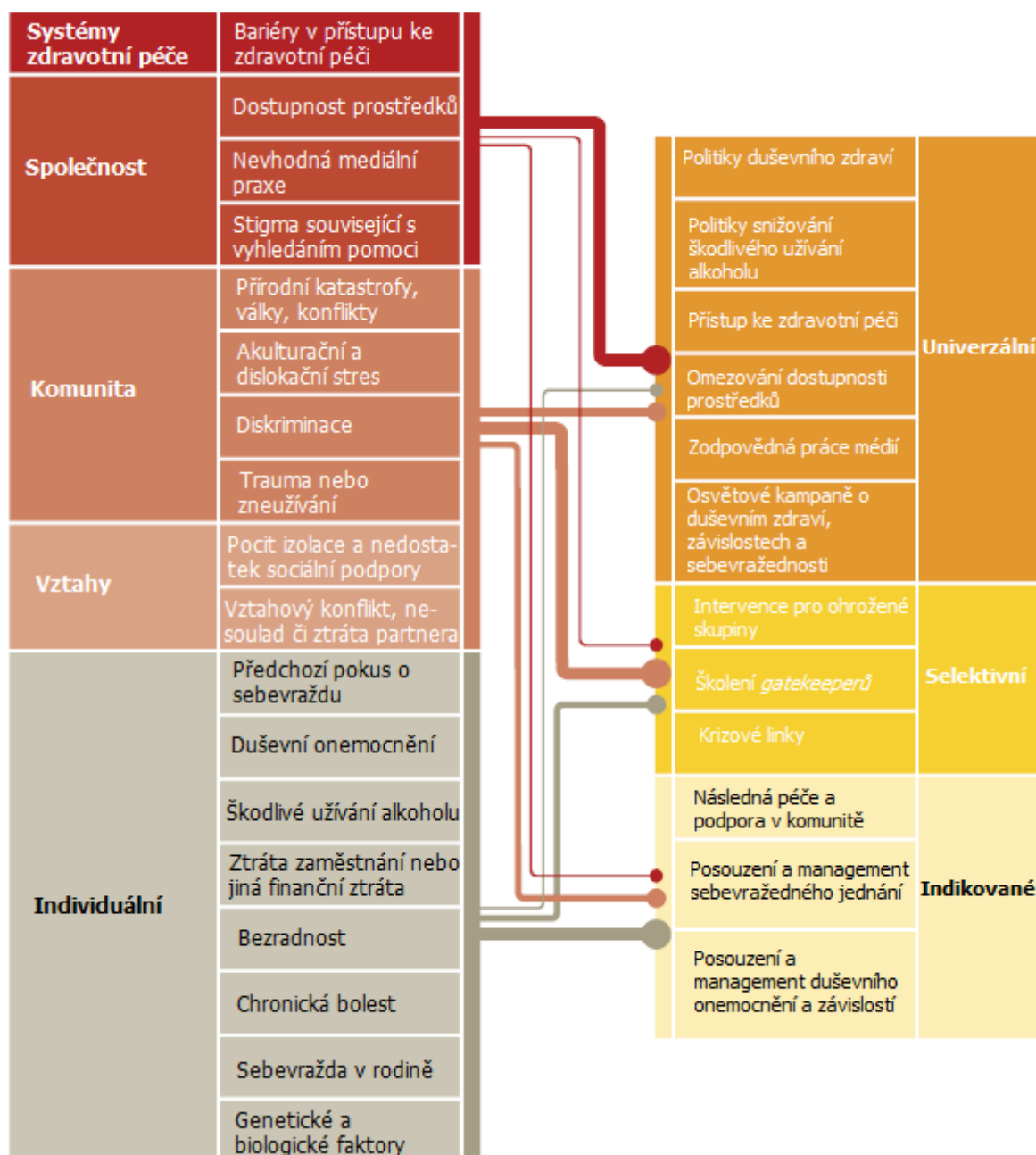
Preventivní intervence

Prevence sebevražd je z povahy fenoménu multidisciplinární a zasahuje do mnoha sektorů (i s ohledem na různost rizikových faktorů). Preventivní intervence se dají podle míry obecnosti/specificity cílové populace rozdělit na tři základní druhy – univerzální, selektivní a indikované.

Univerzální přístupy působí plošně na celou populaci, selektivní se soustředí na ohrožené skupiny obyvatelstva, zatímco indikované přístupy jsou uplatňovány přímo v práci se suicidálními osobami nebo s osobami po pokusu (WHO, 2014). Preventivní přístupy včetně specifických přístupů a souvisejících rizikových faktorů jsou uvedeny v grafice přejaté od WHO (obrázek 1).

Prvky strategického přístupu k prevenci sebevražd se stěžejními účinnými intervencemi jsou obsaženy v programu LIVE LIFE (WHO, 2018c). LIVE je zkratkou pro vedení v obsahu politik a multioborové spolupráci (*leadership*), intervence (*intervention*), vize (*vision*) a hodnocení (*evaluation*). Intervence jsou pak pilířem pro LIFE, přičemž je zde obsaženo omezení přístupu k prostředkům sebevraždy, interakce s médii a zodpovědné zpravodajství, posilování klíčových dovedností pro život u dospívajících, včasná identifikace a práce se suicidálním rizikem a následná opatření. LIVE LIFE tak stanoví klíčové složky, na nichž je založeno vypracování národní strategie prevence sebevražd.

³ Národní pracovní skupinu tvoří odborníci napříč různými profesemi a obory.



Obrázek 1 Klíčové rizikové faktory a související intervence na univerzální, selektivní a indikované úrovni. Převzato a přeloženo z WHO (2014)

Mann et al. (2005) identifikovali ve svém systematickém přehledu jako efektivní (tzn. snižující sebevražednost) přístupy založené na vzdělávání praktických lékařů v rozpoznávání a léčbě depresivních onemocnění (selektivní) a intervence založené na omezování přístupu k prostředkům k vykonání sebevraždy (univerzální). O deset let později Zalsman et al. (2016) v revizi předchozího systematického přehledu potvrdili dřívější nálezy a identifikovali nové efektivní intervence v oblasti vzdělávání ve školách (selektivní), poukázali na důležitost farmakoterapeutických a psychoterapeutických přístupů (indikované) a jako slibné označili

screening v primární péči (selektivní), vzdělávání veřejnosti (univerzální), metodiky pro média (univerzální), vzdělávání *gatekeepers*⁴ a lékařů (selektivní) a internetové a telefonické služby krizových linek (selektivní).

Řada z těchto přístupů se běžně aplikuje v národních politikách prevence sebevražd evropských zemí. V předchozím projektu *Metodika prevence sebevražednosti* (Kasal et al., 2018) byl vypracován systematický přehled efektivních intervencí prevence sebevražd, který je součástí situační analýzy.

Současný stav prevence sebevražedného jednání v ČR

V ČR prevence sebevražd v podstatě neexistuje. Důležitou roli plní systém psychiatrické péče a také krizová centra a linky důvěry, nicméně není možné narazit na službu, která by byla specificky zaměřená na prevenci sebevražedného jednání. Preventivní intervence jsou vzácné (např. bariéry na Nuselském mostě) a i přes doporučení WHO a Evropské unie zcela chybí veřejně politický dokument upravující tuto oblast. To stojí v kontrastu k závazku snížení počtu sebevražd o třetinu do roku 2020, formulovaném v dokumentu Zdraví 2020, a iniciativám OSN a WHO (2013).

Ačkoliv v současnosti probíhá reforma psychiatrické péče, jejímž výsledkem by mělo být přesunutí těžiště péče do komunity, což může mít samo o sobě preventivní efekt (Pirkola, Sund, Sailas, & Wahlbeck, 2009), jedná se pouze o jednu oblast, kde je možné intervenovat nebo zkvalitňovat služby, jak je patrné z obrázku 1.

Epidemiologická data

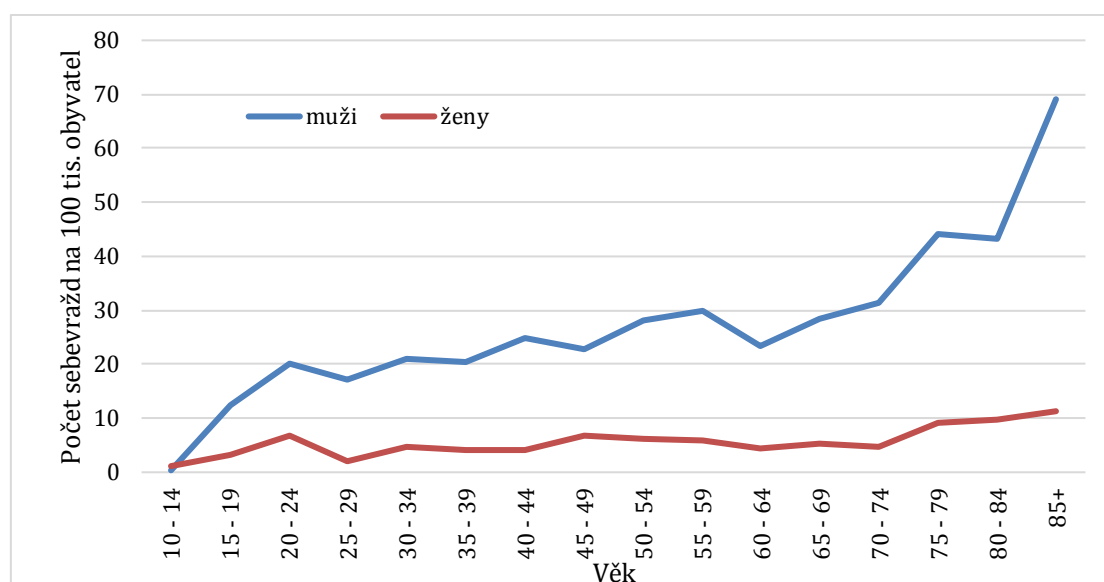
Podle posledních dat WHO platných k roku 2016 byla v Evropě míra sebevražednosti 15,4 sebevražd na 100 tisíc obyvatel, tedy ze všech světových regionů nejvyšší a nad celosvětovým průměrem 10,6 na 100 tisíc obyvatel (WHO, 2018a). Míra sebevražednosti v ČR pak byla za stejné období 13,1 případů na 100 tisíc obyvatel (21,4 u mužů; 5,1 u žen) a tedy mírně pod evropským průměrem (WHO, 2018b).

⁴ Pro tento termín neexistuje v daném kontextu vhodný český ekvivalent. *Gatekeeper* je osoba, která má díky přirozenému členství v kolektivu (např. student střední školy) nebo z povahy svého zaměstnání (např. praktický lékař) možnost včas rozpoznat možnou krizi a pomoci s jejím řešením.

V roce 2018 bylo v České republice evidováno celkem 1352 dokonaných sebevražd, což činí v přepočtu 12,7 sebevražd na 100 tisíc obyvatel. Z celkového počtu sebevražd připadalo 1102 úmrtí na muže (21,1 na 100 tisíc obyvatel), 250 na ženy (4,6 na 100 tisíc obyvatel). Obdobně jako v jiných světových regionech se sebevražednost s věkem zvyšuje, u mužů ve věku nad 74 let připadalo více než 40 sebevražd na 100 tisíc obyvatel.

Tabulka 1 Počet sebevražd podle pohlaví a věku v roce 2018 (ČSÚ, 2019)

	Počet sebevražd			Počet sebevražd na 100 tisíc obyvatel středního stavu		
věk (roky)	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
10–14	1	3	4	0,4	1,1	0,7
15–19	30	7	37	12,6	3,1	8,0
20–24	53	17	70	20,2	6,8	13,7
25–29	59	7	66	17,1	2,1	9,8
30–34	79	17	96	21,2	4,8	13,3
35–39	85	16	101	20,6	4,1	12,6
40–44	120	19	139	25,0	4,2	14,9
45–49	89	25	114	22,7	6,7	14,9
50–54	100	21	121	28,3	6,1	17,4
55–59	93	18	111	29,9	5,8	17,8
60–64	78	16	94	23,5	4,5	13,7
65–69	90	19	109	28,5	5,2	16,0
70–74	80	15	95	31,5	4,6	16,4
75–79	67	20	87	44,3	9,1	23,4
80–84	36	14	50	43,3	9,7	21,9
85+	42	16	58	69,1	11,3	28,7
celkem	1102	250	1352	21,1	4,6	12,7



Graf 1 Intenzita sebevraždy v ČR podle pohlaví a věku v roce 2018 (ČSÚ, 2019)

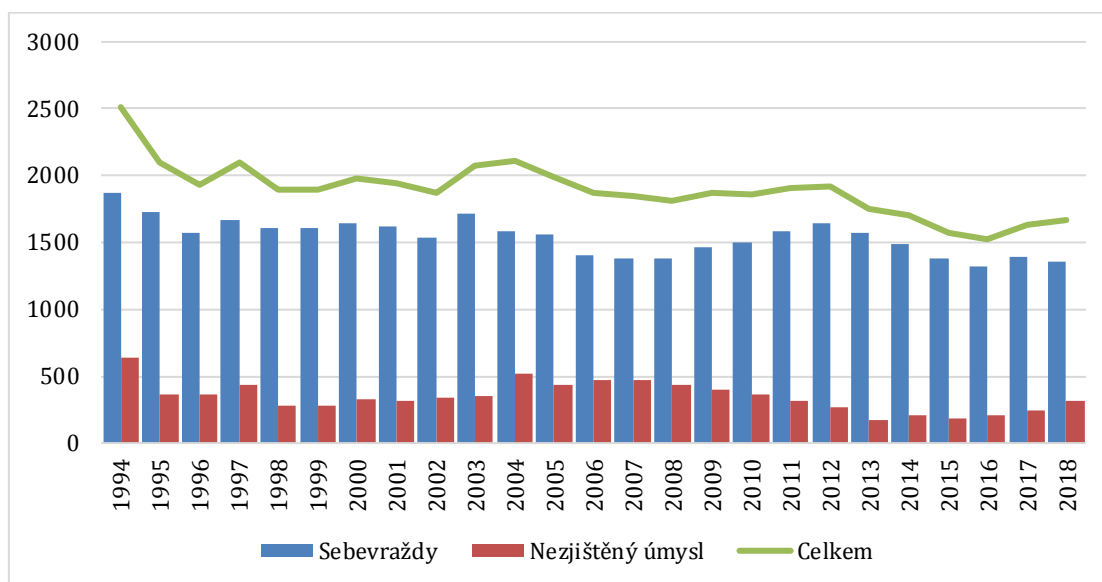
Vývojové trendy sebevraždy v ČR

Úmrtí na sebevraždy jsou sledována v rámci statistiky příčin smrti, kterou vytváří ve spolupráci s ÚZIS ČR Český statistický úřad. Příčiny úmrtí jsou v souladu s 10. revizí Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 2014) členěny do 20 kapitol (kapitoly I–XX). Kapitoly XIX–XX pak zahrnují zemřelé z vnějších příčin, přičemž kapitola IX je popisuje z hlediska poranění, k němuž došlo, a kapitola XX je popisuje z hlediska události, která poranění způsobila. Pro účely situační analýzy je hlavním zdrojem informací kapitola XX, která zahrnuje vnější příčiny úmrtí (V01–Y98) a v jejich rámci i Úmyslná sebepoškození zařazená pod kódy X60–X84 podle MKN-10 (viz přílohu 1).

Data za zemřelé podle příčin smrti vycházejí z podkladu List o prohlídce zemřelého, který vyplňuje lékař provádějící prohlídku nebo pitvu těla zemřelého. Aby úmrtí mohlo být klasifikováno jako sebevražda, je obvykle nutné mít jednoznačnou informaci o úmyslu sebepoškození. Pokud jsou důkazy nedostatečné, klasifikuje se úmrtí jako událost nezjištěného úmyslu (v MKN-10 se jedná o oddíl „Případ (událost) nezjištěného úmyslu“ s kódovou klasifikací Y10–Y34).

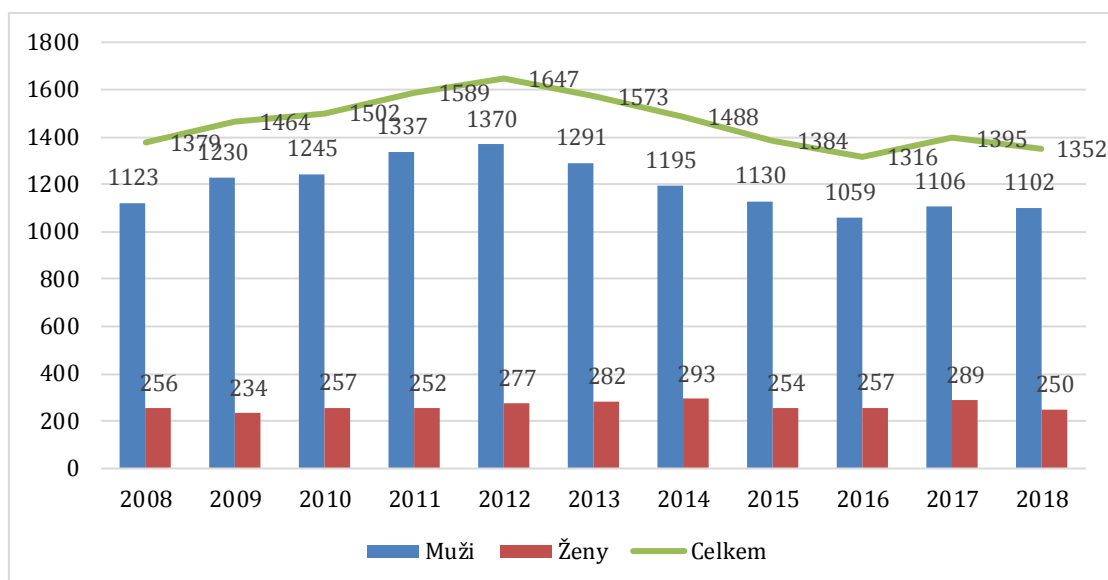
Lze se domnívat, že i některá úmrtí dopravní nehodou, utopením či např. pádem z výšky jsou nedostatečně prokázanou sebevraždou. Velmi pravděpodobně jsou tak data o počtu sebevražd podhodnocená (Arltová & Antovová, 2016). Část sebevražedných úmrtí může být zahrnuta v kategorii „případy nezjištěného úmyslu“ (Y10–Y34). Z dostupných studií (Björkenstam et al., 2014; Lachaud et al., 2012) však vyplývá, že sociodemografická charakteristika osob, které

zemřely v důsledku události nezjištěného úmyslu, se v určitých aspektech odlišuje od sebevražedných úmrtí, a nelze tedy předpokládat, že všechna tato úmrtí jsou chybně určené sebevraždy. To vyplývá i z vývojového trendu úmrtnosti na oba typy diagnóz (graf 2), kde vývojové trendy obou skupin příčin smrti jsou odlišné (ani shodné, ani komplementární). Stejný závěr potvrzuje i srovnání regionální diferenciace úmrtnosti na obě skupiny příčin smrti.



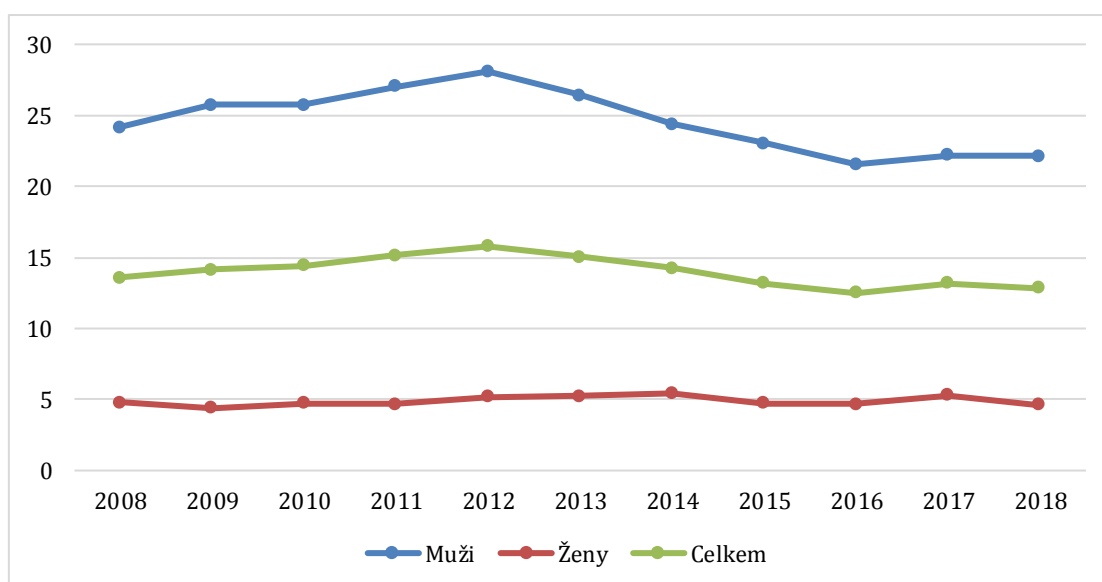
Graf 2 Počty sebevražd a událostí nezjištěného úmyslu v období 1994–2018 podle pohlaví. V grafu je zobrazen počet sebevražd (X60–X84) a počet událostí nezjištěného úmyslu (Y10–Y34) v daném období podle jednotlivých let a podle pohlaví (ČSÚ, 2019)

Z dostupných dat je zřejmé, že za posledních 10 let v počtu dokonaných sebevražd stabilně převažují muži nad ženami (graf 3).



Graf 3 Vývoj počtu sebevražd v ČR podle pohlaví v období 2008–2018. Graf ukazuje počty sebevražd podle pohlaví v jednotlivých letech (ČSÚ, 2019)

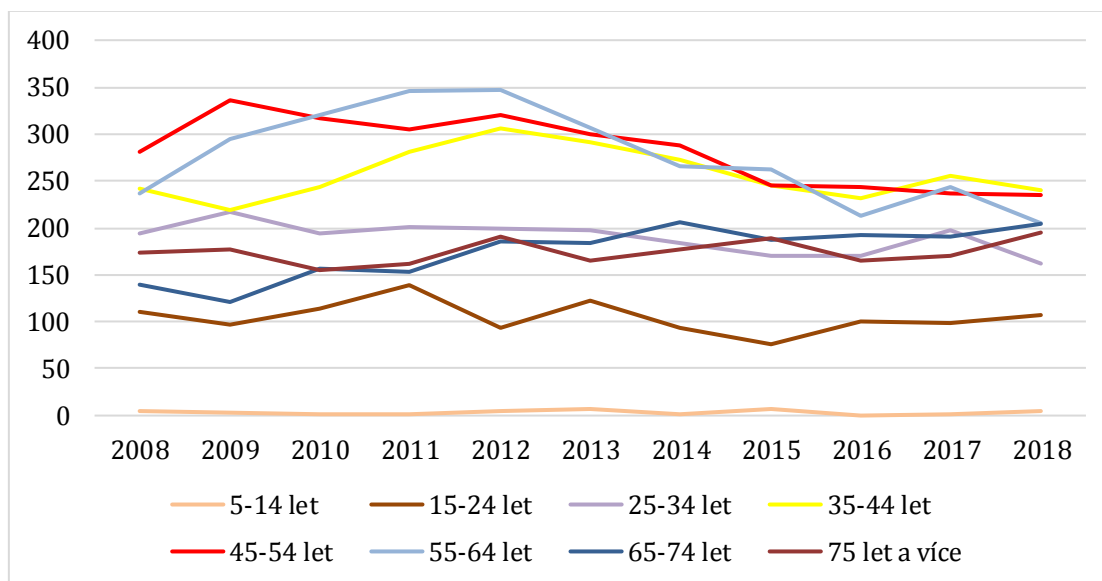
Pokud hodnotíme intenzitu sebevražednosti, od roku 2012 se míra úmrtnosti na sebevraždy u obou pohlaví mírně snížila (graf 4).



Graf 4 Standardizovaná míra sebevražednosti v ČR (na 100 tis. obyvatel) podle pohlaví v letech 2008–2018 (standardizováno na ESP 2013⁵) (ČSÚ, 2019)

⁵ Evropská standardní populace z roku 2013, viz <https://www.causesofdeath.org/docs/standard.pdf>

Graf 5 znázorňuje počet sebevražd ve věkových skupinách v daném období. Nejvyšší počet sebevražd připadá na věkové skupiny 35–64 let. Nejméně sebevražd se vyskytuje u dětí od 5 do 14 let. Do 4. roku věku není ve sledovaném období evidována žádná dokonaná sebevražda.



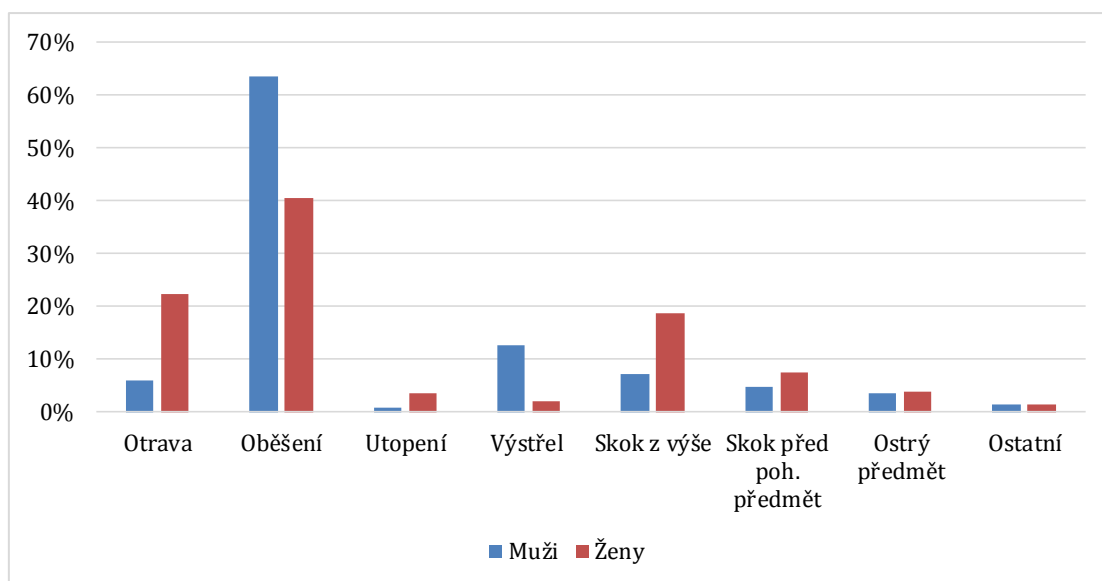
Graf 5 Počty sebevražd podle věkových skupin v ČR v jednotlivých letech v období 2008–2018 (ČSÚ, 2019)

Podíváme-li se na problém sebevražednosti v jednotlivých věkových skupinách optikou podílu zemřelých, kdy příčinou byla sebevražda, zjistíme například, že ve věku 15–24 let je sebevražda druhou nejčastější příčinou smrti (tab. 2), ačkoliv míra sebevražednosti je nízká (tab. 1)

Tabulka 2 Procentuální podíl sebevražd ze všech zemřelých během let 2008–2018 v jednotlivých věkových skupinách (ČSÚ, 2019)

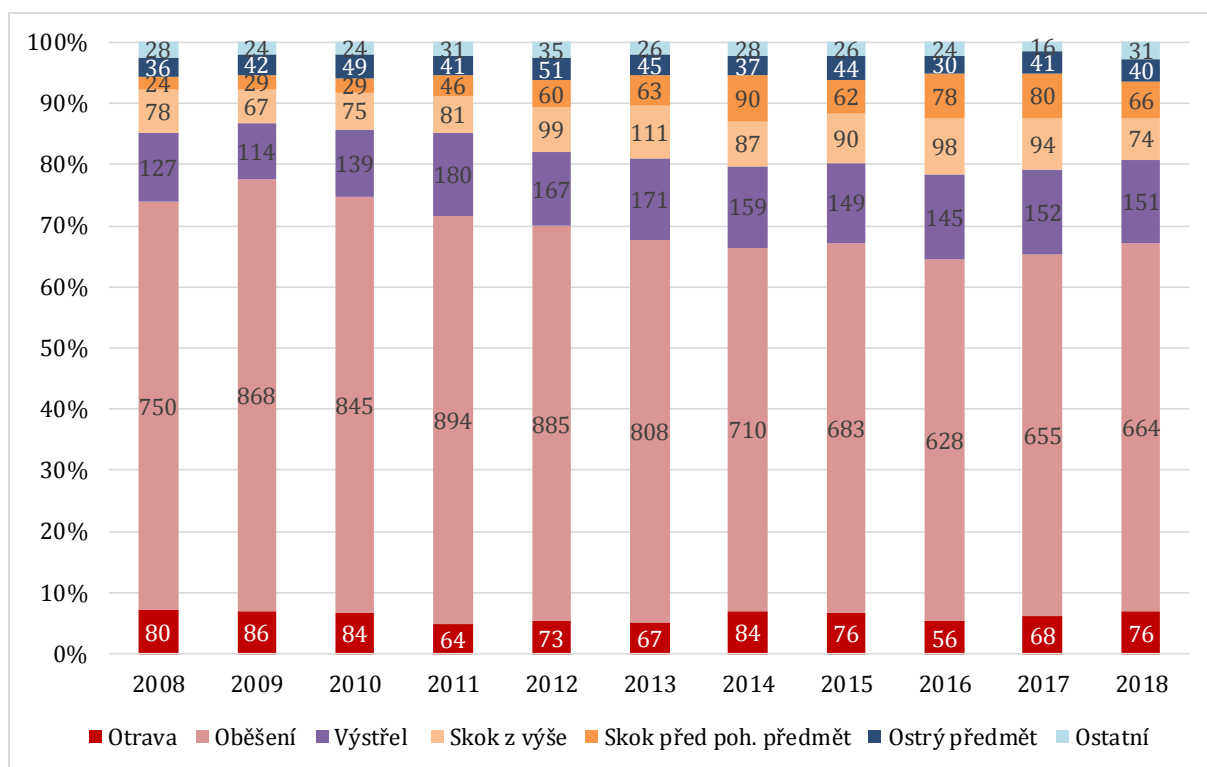
[illegible]

Z hlediska způsobu úmrtí je dlouhodobě nejčastější sebevražda oběšením (X70), a to u obou pohlaví. Mezi muži jsou dalšími vyhledávanými způsoby výstřel (X72–X74), skok z výše (X80) a sebeotrávení (X60–X69). U žen je to pak sebeotrávení (X60–X69), skok z výše (X80) či skok nebo lenutí si před pohyblivý předmět (včetně úmyslné havárie, X81–X82) (graf 6).



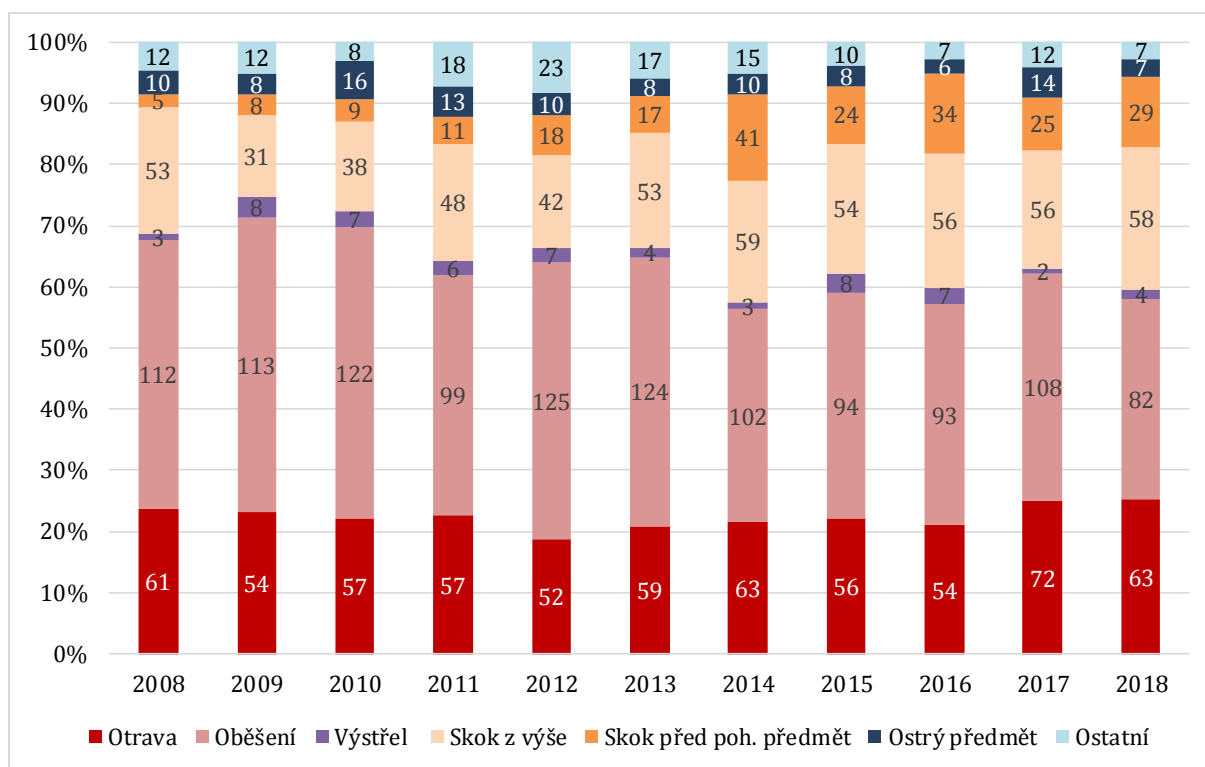
Graf 6 Sebevraždy podle způsobu provedení (v %) v období 2008–2018. Graf ilustruje nejčastěji zastoupené způsoby provedení sebevraždy v období 2008–2018 u obou pohlaví (ČSÚ, 2019)

Graf 7 ilustruje nejčastěji zastoupené způsoby provedení sebevraždy u mužů za jednotlivé roky. Je patrné, že oběšení je dlouhodobě nejčastější způsob ukončení života, které je následováno výstřelem, skokem (z výšky či před pohybující se předmět), sebeotrávením či poraněním ostrým předmětem. Kategorie „ostatní“ obsahuje zbylé způsoby provedení, které nejsou zastoupeny tak výrazně. Tato struktura se ve sledovaném období výrazně nemění.



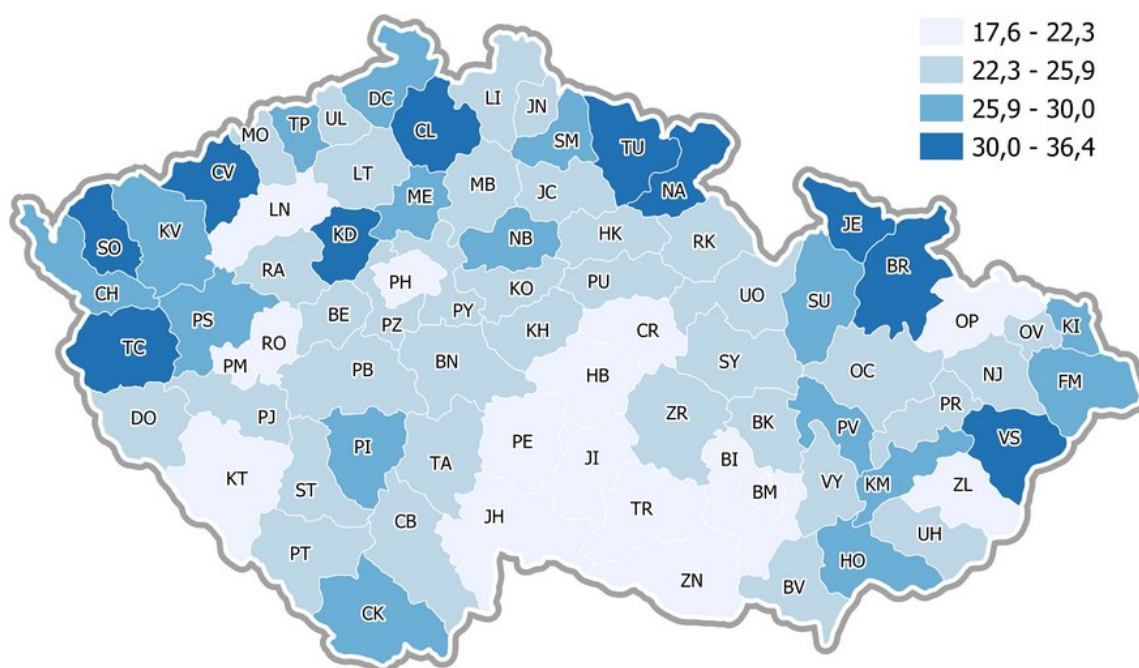
Graf 7 Sebevraždy podle způsobu provedení v mužské populaci v období 2008–2018 (ČSÚ, 2019)

Graf 8 ilustruje nejčastěji zastoupené způsoby provedení sebevraždy u žen za jednotlivé roky. Je patrné, že oběšení je dlouhodobě nejčastější způsob sebevraždy u žen, následován skokem (z výšky či před pohybující se předmět), sebeotrávením, poraněním ostrým předmětem a utopením. Kategorie „ostatní“ obsahuje zbylé způsoby provedení, které nejsou zastoupeny tak výrazně. Ženy, na rozdíl od mužů, nemají takové sklony k používání zbraní k ukončení svého života. Naopak je u žen více než u mužů zastoupeno utopení. Tyto preference se ve sledovaném období výrazně nemění.

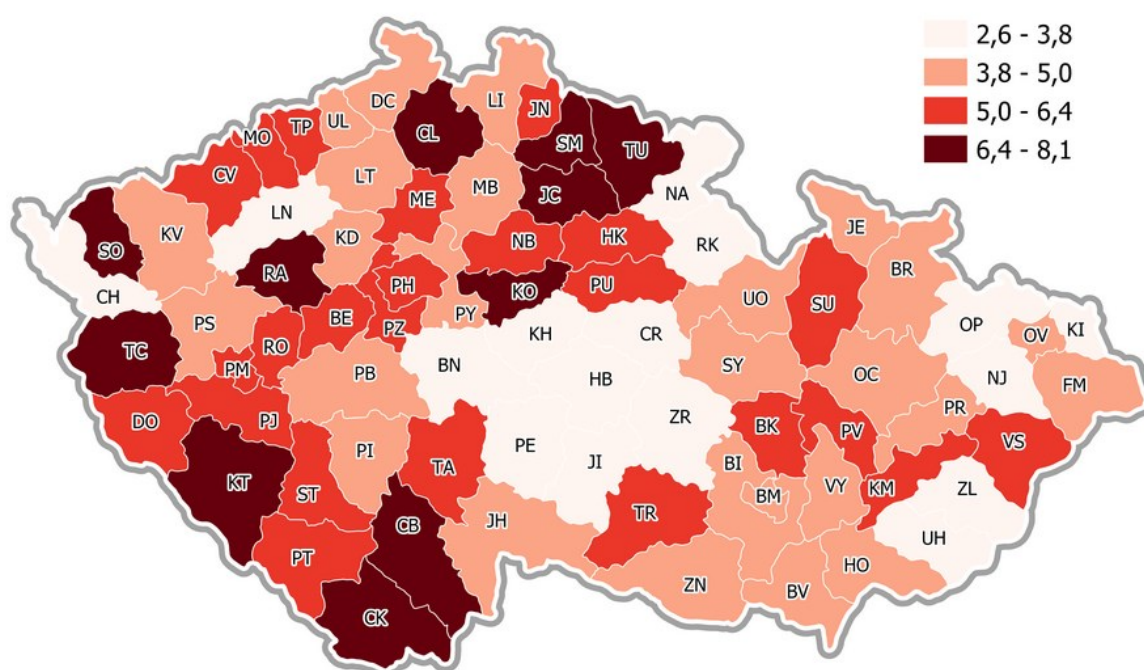


Graf 8 Sebevraždy podle způsobu provedení v ženské populaci v období 2008–2018 (ČSÚ, 2019)

Sebevražednost se liší nejen z hlediska věku a pohlaví, ale i napříč regiony ČR. Z obrázku 2 je zřejmé, že u mužů zaznamenáváme nejvyšší sebevražednost zejména v některých příhraničních regionech. U žen není tato diferenciací natolik výrazná (obr. 3). Mezi okresy s nejvyšší mírou sebevražednosti patří Tachov, Sokolov, Česká Lípa a Trutnov, a to u obou pohlaví.

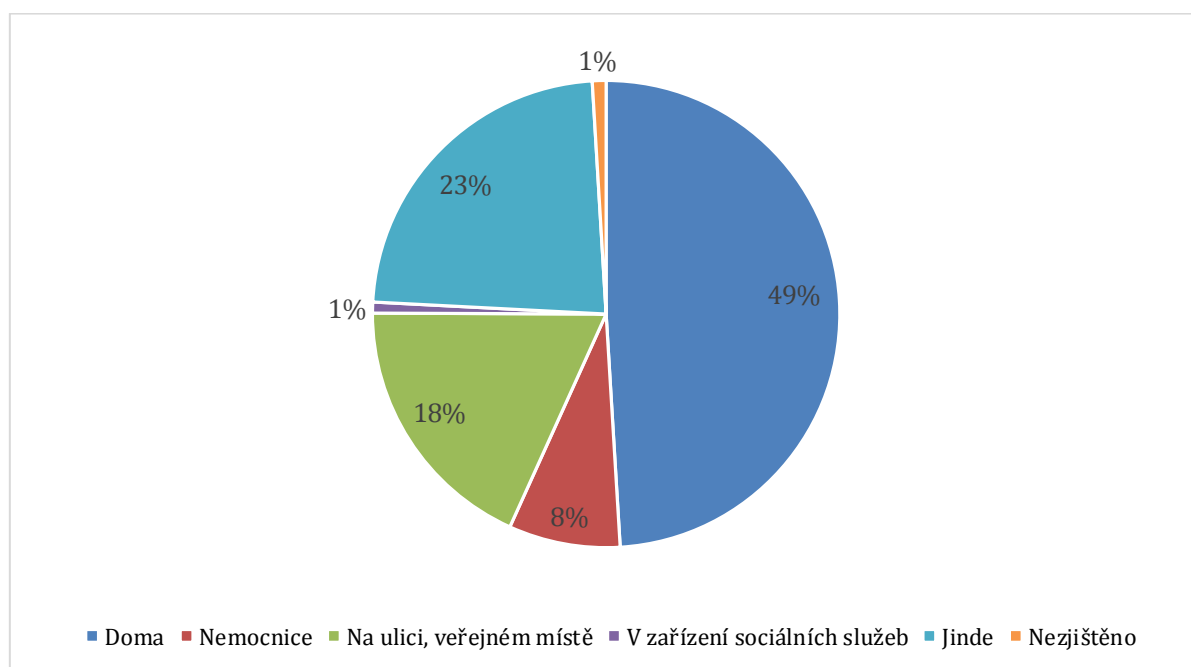


Obrázek 2 Standardizovaná míra sebevraždnosti mužů v letech 2009–2018, na 100 000 obyvatel (ČSÚ, 2019)



Obrázek 3 Standardizovaná míra sebevraždnosti žen v letech 2009–2018, na 100 tisíc obyvatel (ČSÚ, 2019)

Ve snaze zpracovat všechna data, která mají potenciál informovat o možnostech prevence, byla analyzována úmrtí na sebevraždu z hlediska místa skonání. Je patrné, že v posledních jedenácti letech byla téměř polovina sebevražd spáchána doma. Druhou nejčastěji zastoupenou kategorií jsou úmrtí, k nimž došlo na ulici či veřejném místě (18 %), necelých 10 % zemřelých umírá v nemocnici. Pouze minimum sebevražd se odehrálo v zařízení sociálních služeb (1 %) (graf 9). Nezjištěných případů bylo jedno procento. Z tabulky 3 je možné usuzovat, že poměr míst se v průběhu sledovaného období významně neměnil.



Graf 9 Struktura úmrtí v důsledku sebevraždy podle místa skonání, obě pohlaví celkem, 2008–2018 (ČSÚ, 2019)

Tabulka 3 Počet sebevražd podle místa úmrtí (či nálezu) zemřelého, 2008–2018 (ČSÚ, 2019)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Doma	668	743	774	789	807	725	707	732	606	672	667
Nemocnice	118	131	116	141	125	145	118	77	82	95	94
Jiné zařízení zdravotnické péče	12	13	10	11	13	1	6	3	3	1	1
Na ulici, veřejném místě	273	256	261	307	332	221	265	309	239	227	255
Při převozu do zdravotnického zařízení	6	6	6	9	8	9	7	7	5	2	4

V zařízení sociálních služeb	12	6	11	12	19	7	13	14	9	10	9
Jinde	290	309	324	320	343	433	342	216	353	365	299
Nezjištěno	0	0	0	0	0	32	30	26	19	23	23
Celkem	1379	1464	1502	1589	1647	1573	1488	1384	1316	1395	1352

Prevalence suicidálních myšlenek a jednání v české populaci

V roce 2018 proběhlo reprezentativní epidemiologické šetření CZEMS (CZEch Mental health Study; Winkler, Formánek, Mladá, & Čermáková, 2018), jehož součástí byl dotazník M.I.N.I (Mini-International Neuropsychiatric Interview) obsahující modul týkající se prevalence sebevražedných myšlenek a jednání včetně pokusu v posledním měsíci a celoživotní prevalence sebevražedného pokusu (Sheehan et al., 1998). Celkem je v modulu zařazeno šest otázek s možností odpovědi ano/ne s různým počtem přidělení bodů v případě kladné odpovědi (záporná je hodnocena jako nula). Výsledkem hodnocení v tomto modulu je součet hodnot odpovědí, který vypovídá o aktuálním riziku spáchání sebevraždy (nízké, střední a vysoké riziko, více obr. 4). V CZEMS byl dotazován vzorek dospělé české populace ($n = 3306$), reprezentativní k věku, pohlaví, vzdělání a regionu.

V minulém měsíci:			Body
a) Myslel/a jste si, že by vám bylo lépe, kdybyste zemřel/a nebo jste si přál/a zemřít?	ANO	NE	1
b) Chtěl/a jste si ublížit?	ANO	NE	2
c) Přemýšlel/a jste o sebevraždě?	ANO	NE	6
d) Měl/a jste promyšlený plán sebevraždy?	ANO	NE	10
e) Pokusil/a jste se o sebevraždu?	ANO	NE	10
V minulosti:			
f) Pokusil/a jste se někdy o sebevraždu?	ANO	NE	4
Je odpověď alespoň na jednu z otázek ANO?			ANO NE
Pokud ano, sečtete hodnoty u kladně zodpovězených otázek a-f a vyhodnotíte je podle následujícího klíče:			
1 až 5 bodů			Nízké riziko
6 až 9 bodů			Střední riziko
10 bodů a více			Vysoké riziko

Obrázek 4 Ukázka modulu k sebevražednosti v dotazníku MINI5E (Sheehan et al., 1998)

Z výsledků studie vyplývá, že aktuální zvýšené riziko sebevraždy (bez ohledu na jeho míru) je možné identifikovat u 3,8 % české populace. Ve většině případů se jedná o nízké riziko (3,1 %), střední riziko bylo identifikováno u 0,2 % populace a vysoké u 0,5 % populace.

Riziko je častější v populaci žen (4,3 %) než mezi muži (3,3 %). Většina žen a mužů se zvýšeným rizikem spáchání suicidia vykazuje pouze nízké riziko (3,6 % žen a 2,7 % mužů). Střední riziko bylo identifikováno shodně u 0,2 % žen i mužů a ve vysokém riziku je v české populaci 0,5 % obou pohlaví (Čermáková et al., nepublikováno).

Zásadním zjištěním pak je, že z populace, u které bylo v rámci studie identifikováno zvýšené riziko, téměř polovina (49,6 %) nevyhledala odbornou pomoc (kontakt ohledně duševního zdraví s praktickým lékařem, psychiatrem, psychologem nebo jiným odborníkem v rámci oficiálního systému zdravotnictví).

Hospitalizace pro úmyslné sebepoškození (2008–2018)

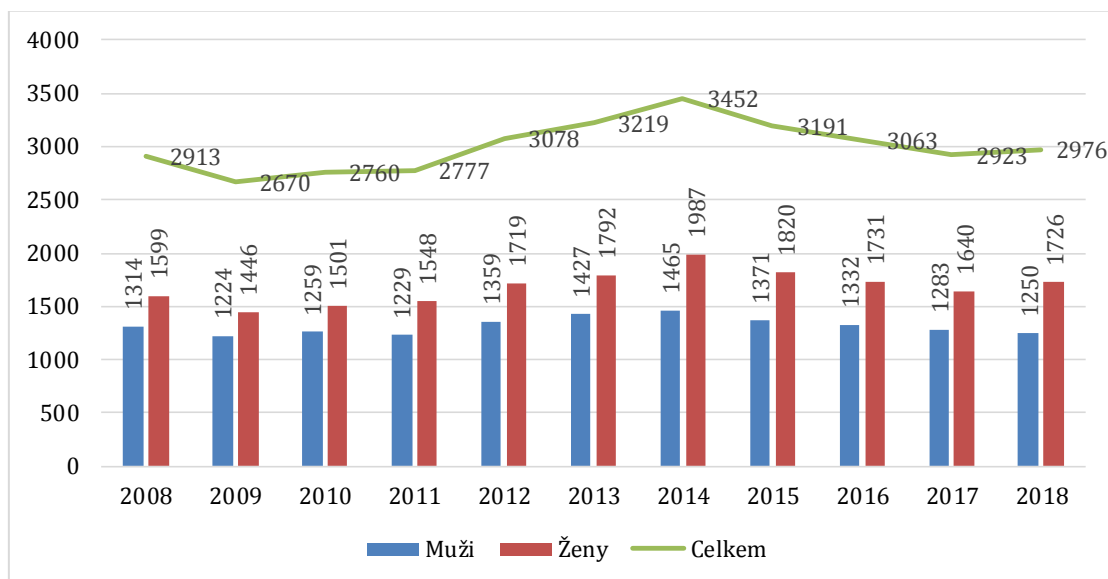
Předchozí pokus o sebevraždu je jedním z nejsilnějších rizikových faktorů (WHO, 2014). V rámci zdravotnického informačního systému je možné určité informace o sebevražedných pokusech sledovat v rámci Národního registru hospitalizovaných (NRHOSP). Ten zachycuje takové případy sebepoškození (X60–X84), které byly ošetřeny v rámci hospitalizace pacienta. Data poskytnutá Ústavem zdravotnických informací a statistiky evidují počty jednotlivých případů hospitalizace pacienta z důvodu sebepoškození. Do analýzy vstupují pouze ukončené hospitalizace pro zmíněné diagnózy nekončící smrtí v průběhu hospitalizace a očištěné od překladů mezi odděleními⁶.

Na jeden rok připadá v průměru okolo 3 tisíc sebevražedných pokusů, přičemž na celkovém počtu se významněji podílejí ženy ve srovnání s muži (56 %). Za sledované období bylo nejvíce hospitalizací pro sebevražedný pokus v roce 2014 (n = 3452), nejméně v roce 2009 (n = 2670) (graf 10).

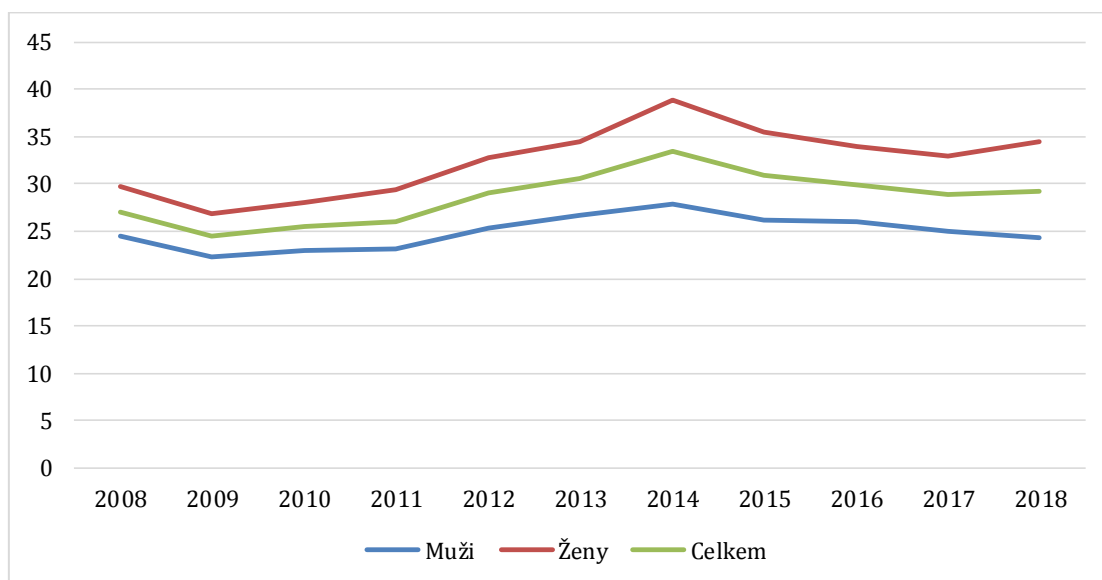
Světová zdravotnická organizace odhaduje počet pokusů na dvacetinásobek počtu dokonaných sebevražd (WHO, 2014), dostupná data tak jsou zřejmě podstatně podhodnocená (ročně je v ČR cca 1400 dokonaných sebevražd). Další limitací zůstává skutečnost, že v případě

⁶ Bez očištění by se souvislá hospitalizace s dvěma překlady mezi odděleními jevila jako tři ukončené hospitalizace, a docházelo by tak ke zkreslení výsledků.

hospitalizace pro dg. X60–X84 není možné jasně určit, zda záměrem bylo pouze sebepoškození (bez sebevražedného úmyslu) či zda jedinec chtěl skutečně ukončit svůj život.

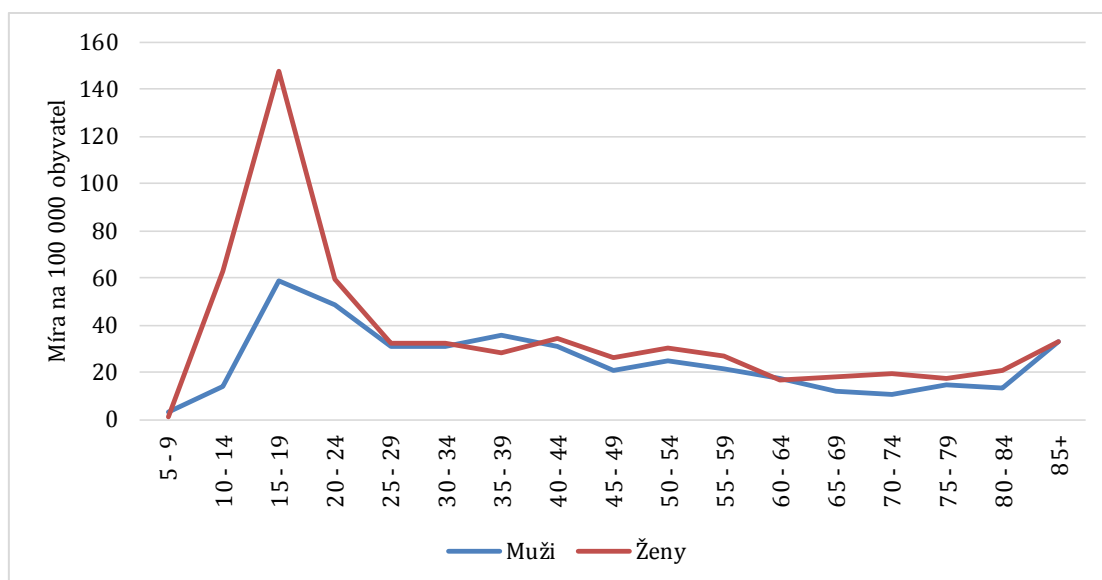


Graf 10 Počet ukončených hospitalizací pro úmyslné sebepoškození 2008–2018 (ÚZIS, 2019)



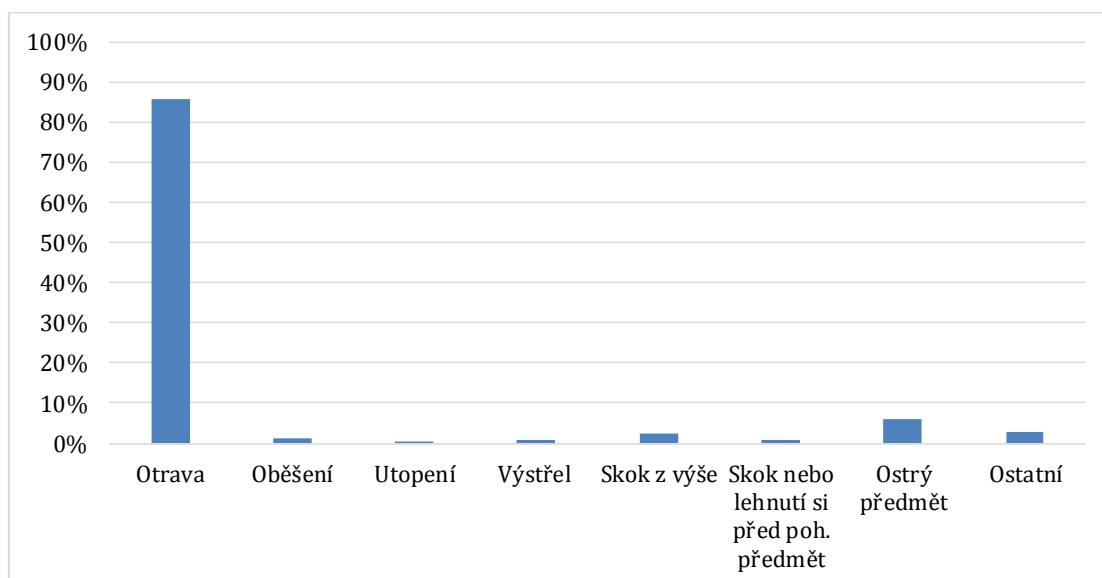
Graf 11 Počet ukončených hospitalizací pro úmyslné sebepoškození na 100 tisíc obyvatel Evropské populace ESP podle pohlaví v letech 2008–2018 (ÚZIS, 2019)

Z věkového profilu je zřejmé, že nejvyšší výskyt hospitalizací pro úmyslné sebepoškození je u osob ve věku 15–19 let, kdy navíc výskyt hospitalizací pro úmyslné sebepoškození je výrazně vyšší u dívek ve srovnání s chlapci. Tento profil je tedy zcela odlišný od věkového profilu dokonaných sebevražd.



Graf 12 Míra výskytu hospitalizací pro úmyslné sebepoškození na 100 tisíc osob pro rok 2018 (ÚZIS, 2019)

V grafu 13 je znázorněno procentuální zastoupení příčin hospitalizace pro úmyslné sebepoškození. Majoritu představuje záměrná otrava (84 %), následovaná poraněním ostrým předmětem (6 %) a skokem z výše (3 %). Další konkrétní způsoby jako oběšení, utopení nebo skok před pohybující se předmět nepřesahují hodnotu jednoho procenta.



Graf 13 Hospitalizace pro úmyslné sebepoškození podle skupin příčin 2008–2018 (ÚZIS, 2019)

Podíváme-li se na rozpad jednotlivých příčin hospitalizací do samostatných diagnostických kódů, zjistíme, že mezi nejčastější způsoby provedení patří „Úmyslné sebeotrávení antiepileptiky, sedativy-hypnotiky, antiparkinsoniky a psychotropními léky a expozice jejich působení, nezařazené jinde“ (X61; 38 %), následované „Úmyslným sebeotrávením neopioidními analgetiky, antipyretiky a antirevmatiky a expozice jejich působení“ (X60; 17 %) a „Úmyslným sebeotrávením jinými a neurčenými léky, léčivy, návykovými a biologickými látkami a expozice jejich působení“ (X64; 12 %) a dalšími záměrnými otravami (podrobně v tabulce 4).

Tabulka 4 Relativní počet ukončených hospitalizací pro úmyslné sebepoškození podle příčiny (2008–2018) (ÚZIS, 2019)

Příčina	%
X60	17,21 %
X61	38,19 %
X62	4,54 %
X63	3,41 %
X64	11,94 %
X65	6,54 %
X66	0,66 %
X67	0,46 %
X68	0,12 %
X69	1,75 %
X70	1,20 %
X71	0,07 %
X72	0,43 %

Příčina	%
X73	0,08 %
X74	0,27 %
X75	0,03 %
X76	0,18 %
X77	0,02 %
X78	6,13 %
X79	0,71 %
X80	2,57 %
X81	0,45 %
X82	0,19 %
X83	1,82 %
X84	1,03 %

Signální kódy v Národním registru hrazených zdravotnických služeb (NRHZS)

NRHZS obsahuje údaje o veškerých vykázaných a uznaných výkonech, přípravcích a materiálu, který byl pacientovi poskytnut v rámci zdravotních služeb (ÚZIS, 2019). Jedním ze sledovaných údajů jsou i tzv. signální kódy, z nichž dva souvisí s problematikou sebepoškození a sebevražedných pokusů – 99696 „Počet pokusů o sebevraždu (posledních 6

měsíců)“ a 99698 „Úmyslné sebepoškozování“. Tyto signální kódy vykazovaly v období 2010–2018 pouze 4 poskytovatelé (tab. 5).

Z počtů vykázaní je patrné, že signální kódy nejsou v praxi téměř využívány. Na jejich základě není možné vynášet jakékoliv soudy o vývoji problematiky sebepoškozování a sebevražedných pokusů. Je žádoucí informovat zdravotnický personál o možnosti jejich vykazování, a zajistit tak úplnější data o této problematice.

Tabulka 5 Počty vykázaných signálních kódů týkajících se sebepoškozování a sebevražedných pokusů v NRHZS (ÚZIS, 2019)

Signální kód	Počet vykázaní 2010–2018
99696 „Počet pokusů o sebevraždu (posledních 6 měsíců)“	136
99698 „Úmyslné sebepoškozování“	261

Suicidální pokusy v datech Toxikologického informačního střediska

Toxikologické informační středisko (TIS) je celorepubliková telefonická lékařská služba pro konzultace akutních otrav lidí a zvířat. Cílem TIS je snížit počet a závažnost intoxikací (větší informovanost veřejnosti prostřednictvím preventivních programů) a příznivě ovlivnit průběh již vzniklých nehod.

Z dat poskytnutých TIS za rok 2018 vyplývá, že v daném roce bylo konzultováno 2607 dotazů na suicidální pokusy (celkem 2383 pacientů), z toho bylo 1513 žen a 832 mužů (38 neupřesněno). Věkové složení je následující:

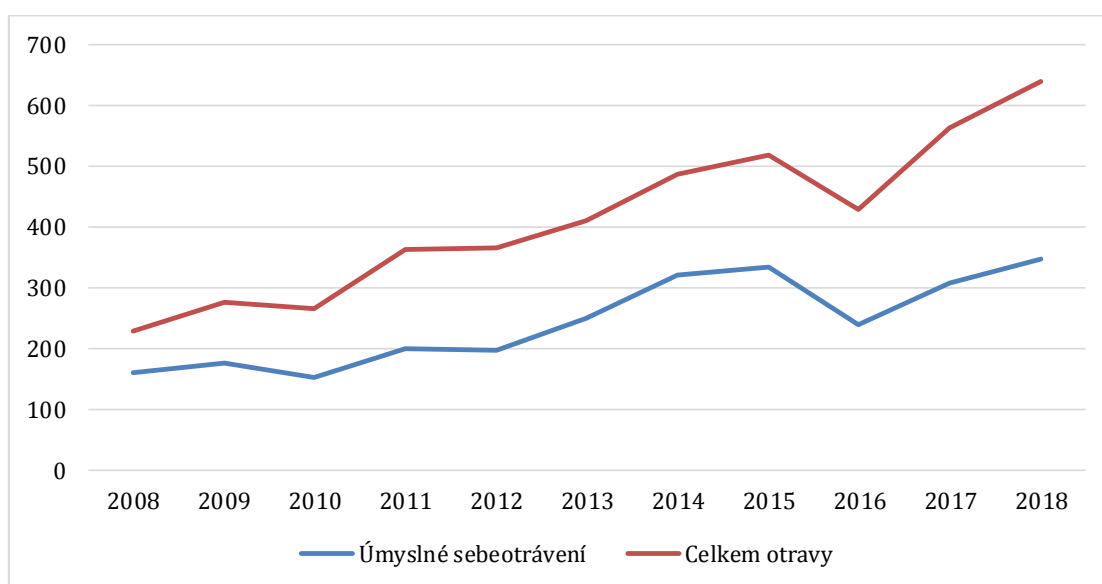
- 1–18 let: n = 622
- 19–40 let: n = 904
- 41–60 let: n = 541
- 61 let a více: n = 233
- neupřesněno: n = 83

Z použitých prostředků byly nejčastější léky s 2256 případy, ostatní možnosti byly vzácné (např. rostliny, pesticidy, žiraviny).

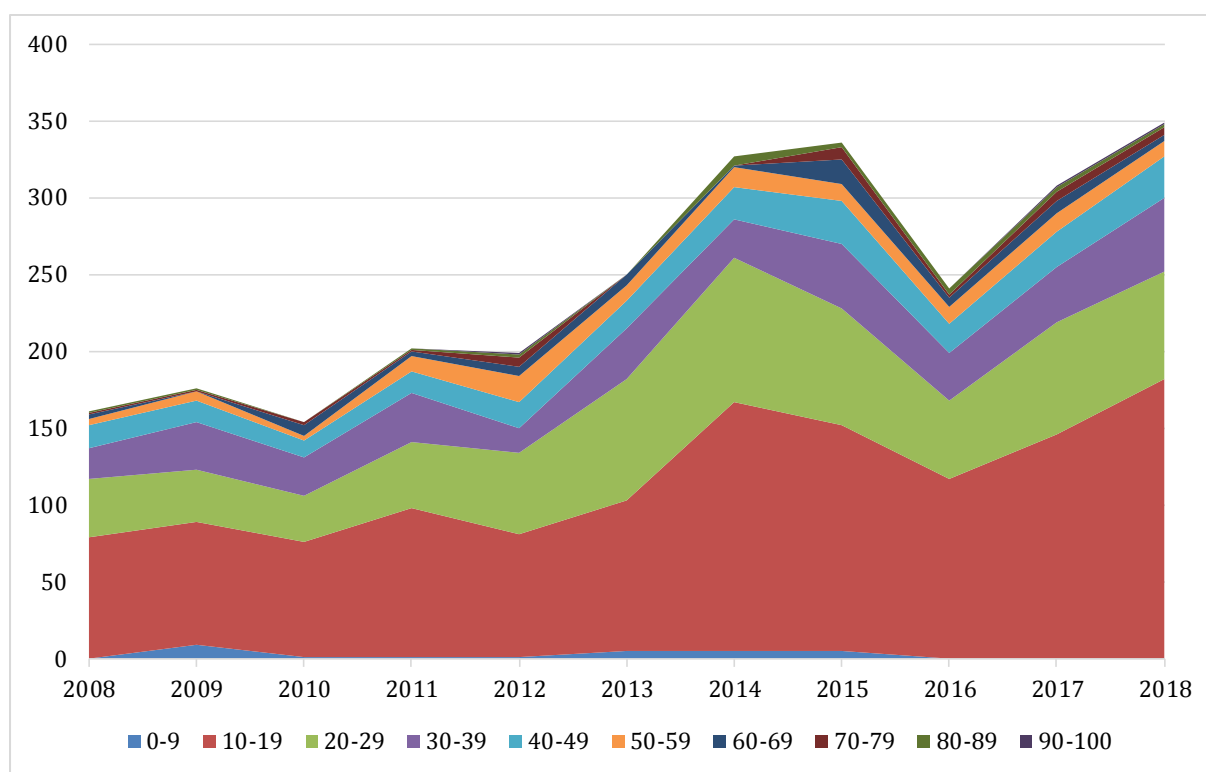
Opět se však jedná pravděpodobně o podhodnocená data. Nejde o celkový počet pokusů, do TIS nevolají všichni ošetřující lékaři a neexistuje povinnost hlášení případů sebevražedného pokusu.

Z rozhovoru se zástupcem Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) vyplynulo, že v posledních letech narůstá počet pokusů o sebevraždu otravou léky s účinnou látkou paracetamolem. Na základě této informace byla od TIS vyžádána data o počtu telefonických kontaktů týkajících se úmyslných i neúmyslných otrav touto látkou. Z grafu 14 vyplývá, že v posledních jedenácti letech počty úmyslných i neúmyslných otrav rostou.

Obecně pak platí, že úmyslné otravy jsou preferovány spíše ženami než muži, z celkového počtu 2699 sebevražedných pokusů paracetamolem v letech 2008–2018 jich 1827 (68 %) připadá na ženy, 872 (32 %) na muže. Z grafu 15 je pak jasně patrné, že problém otrav paracetamolem je soustředěn v mladších věkových skupinách, zejména u populace od 10 do 29 let věku.



Graf 14 Počty celkových a úmyslných otrav paracetamolem (TIS, 2019)



Graf 15 Věková struktura osob, které se pokusily o sebevraždu paracetamolem z evidence TIS (TIS, 2019)

Kvalitativní analýza rozhovorů s relevantními aktéry

Celkem bylo na téma současného stavu prevence sebevražedného jednání provedeno 25 rozhovorů se zástupci institucí a osobami z praxe relevantní k problematice sebevražednosti. Zastoupeny byly tyto organizace a odbornosti: psychiatři, psychologové a psychoterapeuti působící v ambulancích, psychiatrických nemocnicích, krizových centrech a telefonických linkách (RIAPS, Linka bezpečí), na Policii ČR či ve Vězeňské službě ČR. Dále odborníci z Fokusu (komunitní péče o duševní zdraví), Kaleidoskopu (sociální péče pro lidi s poruchou osobnosti), Elpidy (vzdělávací a kulturní centra a telefonická linka pro seniory), Centra pro rozvoj duševního zdraví (destigmatizace a rozvoj komunitní péče), Luctusu (vzdělávání zaměřené na problematiku sebevražedného jednání v sociálních službách), Národního ústavu pro duševní zdraví, Národního ústavu pro vzdělávání, Státního ústavu pro kontrolu léčiv, Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, Správy železniční dopravní cesty, Zdravotnické záchranné služby, Sdružení praktických lékařů ČR. Rozhovor byl proveden i s osobou s vlastní zkušeností silné suicidální ideace. Všichni respondenti byli přizváni k další spolupráci v rámci Národní pracovní skupiny. S členy NPS byly vedeny rozhovory, jejichž součástí bylo provedení SWOT analýzy. Ta se zaměřuje na čtyři dimenze: slabé a silné stránky, příležitosti a hrozby ve vztahu dané oblasti k prevenci sebevražd.

Tabulky 6–10 znázorňují jednotlivé body vyplývající ze SWOT analýzy. Tabulka 6 shrnuje obecné body, které byly opakovaně zmiňovány. Tabulka 7 se zaměřuje na oblast vzdělávání, ať už jde o vzdělání studentů (medicíny, psychologie ad.) či odborníků. Tabulka 8 se pak zaměřuje na oblast zdravotnictví a krizové služby. Tabulka 9 mapuje další služby, zejména neziskové organizace, terénní služby atd. Tabulka 10 shrnuje zmíněné čtyři dimenze týkající se jak personálního zajištění v různých službách a zdravotnických sektorech, tak podstatné otázky financování.

Tabulka 6 SWOT analýza mapující obecné body

Silné stránky	pozornost k tématu sebevraždy
	reforma psychiatrické péče
	existence služeb (nizkoprahové služby, psychiatrické nemocnice, neziskové organizace, psychoterapeutické služby ad.)
	data – ÚZIS, mezinárodní studie
	zkušenosti s tematikou
Slabé stránky	stigma, tabu
	nedostatek kvalitních informací ve společnosti i mezi odborníky
	podhodnocené statistiky
	celková přetíženost stávajících služeb
	dostupný alkohol (často přítomen u lidí vykazujících suicidální chování)
	mediální praxe
	nedostatečná implementace opatření technických či stávajících rázů
	osvěta, edukace
	reforma psychiatrické péče v dětské a dorostové psychiatrii
	důkladný sběr dat, vč. suicidálních pokusů
	pečlivé zaškolování lékařů o vyplňování listu o zemřelém

Příležitosti	multioborová spolupráce
	práce se sociálními sítěmi, aplikace podporující duševní zdraví
	nastavení zodpovědné mediální praxe
	prevence šikany na školách
	rozvoj bezpečnostních opatření u železničních přejezdů
	podpora protektivních faktorů
	intervence specificky zacílené na ohrožené skupiny
Hrozby	změna = administrativní zátěž pro pracovníky
	system rigidní vůči změnám
	legislativa ČR
	nevzdělaná společnost s předsudky
	protektivní faktory nejsou univerzálně protektivní
	návodné webové stránky
	prevence může selhat

Tabulka 7 SWOT analýza týkající se oblasti vzdělávání na různých úrovních (lékařů, psychiatrů, studentů, sociálních pracovníků ad.)

Silné stránky	probíhající vzdělání na mnoha úrovních v různých kontextech
	existující kurzy, přednášky ad.
Slabé stránky	nedostatek kurzů
	nízká časová dotace kurzů
	nekomplexní vzdělání
	často jen pro motivované pracovníky

Příležitosti	osvěta (veřejnosti i odborníků)
	pravidelné vzdělávání pracovníků
	spolupráce se zahraničními odborníky
	více praktických předmětů na VŠ (psychologie, sociální práce, medicína ad.)
	rozvoj kurzů zaměřujících se na suicidální populaci v jednotlivých kontextech (praktičtí lékaři, ZZS, pedagogové na školách ad.)
	zvýšená časová dotace odborných kurzů
	systém zapojení ke vzdělání nemotivovaných pracovníků
Hrozby	nekvalitní, zkreslené či mýty podporující informace
	syndrom vyhoření

Tabulka 8 SWOT analýza týkající se zdravotnictví a krizových služeb

Silné stránky	dostatečný počet lůžek (zejména v psychiatrických nemocnicích)
	možnost rychle hospitalizace na uzavřeném oddělení
	vznik CDZ
	bezpečnost na oddělení
	zkušenosti
	rozvoj psychofarmak (např. snížení vedlejších účinků)
	existence krizových center, krizových linek, chatového a e-mailového poradenství
	spolupráce mezi odborníky
	přetíženost ambulantní sféry
	nedostatek psychiatrů a psychologů v ambulantní sféře
	nedostatek krizových center, stacionářů a zařízení pro děti a dospívající

Slabé stránky	nedostatečná kontinuita a návaznost zdravotnické (či sociální) péče
	přetíženost stávajících krizových center
	nadměrná konzumace lékařské péče kvůli špatné orientaci v systému
	rozptýlená odpovědnost za pacienta (chybí spádovost)
	shromažďování léků
Příležitosti	zlepšit obraz psychiatrie (destigmatizace)
	posílení ambulantní sféry (např. větší personální obsazení)
	rozvoj lůžkové části
	vytvoření standardizovaného postupu a screeningového nástroje mapujících aktuální riziko sebevraždy
	vytvoření manuálu postupu pro různé kontexty
	rozvoj krizových center (zejména zdravotnických)
	snížení dostupnosti k sebevraždě zneužívaných léků
	technické a stavební úpravy vedoucí k větší bezpečnosti na oddělení
	telefonování pacientovi po propuštění z hospitalizace
Hrozby	neprofesionální přístup zdravotníků
	nedostatek času na pacienta či jeho rodinné příslušníky
	podhodnocení rizika sebevraždy
	nedostupnost psychoterapeutické péče (např. z důvodu finanční nedostupnosti či dlouhé čekací době)

Tabulka 9 SWOT analýza týkající se dalších služeb mimo zdravotnictví (např. neziskové organizace, terénní služby ad.)

	psychoterapie (např. terapeutický vztah jako protektivní faktor)
--	--

Silné stránky	existence terénních služeb
	organizace s multidisciplinárními týmy
	pracovníci s odborným vzděláním a profesními zkušenostmi
Slabé stránky	nedostatek krizových center, stacionářů zařízení pro děti a dospívající
	nedostatek terénních služeb
	nedostatečná provázanost služeb
	nedostatečné pokrytí služeb pro pozůstalé či přeživší
	vytíženost ZZS u výjezdů nízkých priorit
	dlouhé čekací lhůty či vysoké sazby za sezení u psychoterapeutů
Příležitosti	rozvoj služeb pro pozůstalé
	modernější kamerové systémy na železnicích
	podpora bezpečnostních opatření u železničních přejezdů
Hrozby	nenastane žádná změna
	sníží se finance určené pro odvětví psychiatrie

Tabulka 10 SWOT analýza týkající se personálního zajištění napříč různými službami a financí

Silné stránky	systém psychiatrické péče intervenující u mnohých osob s duševním onemocněním
Slabé stránky	nedostatek krizových center, stacionářů zařízení pro děti a dospívající
	nedostatek terénních služeb
	nedostatečná provázanost služeb
	nedostatečné pokrytí služeb pro pozůstalé či přeživší
	vytíženost ZZS u výjezdů nízkých priorit

	dlouhé čekací lhůty či vysoké sazby za sezení u psychoterapeutů
Příležitosti	rozvoj služeb pro pozůstalé
	modernější kamerové systémy na železnicích
	podpora bezpečnostních opatření u železničních přejezdů
Hrozby	nenastane žádná změna
	sníží se finance určené pro odvětví psychiatrie

Navržené klíčové prvky NAPPS

Na základě předchozích kapitol o epidemiologickém vývoji jevu sebevražd v ČR a analýze témat objevujících se v rozhovorech byly navrženy klíčové prvky, cílové skupiny a vhodné intervence (uvedeny *kurzívou*). Doporučené intervence vychází z rozsáhlé rešerše literatury provedené v rámci dřívějšího projektu NUDZ *Metodika prevence sebevražd v ČR*. Navrhované klíčové prvky jsou uváděny v jednotlivých dimenzích typických komponent strategií prevence sebevražd tak, jak je uvádí WHO (2014). Pro potřeby situační analýzy jsou klíčové prvky vnímány jako živé návrhy, které mohou na základě připomínek NPS dojít změn.

1. Omezování dostupnosti prostředků k vykonání sebevraždy

- Omezení dostupnosti léčiv užívaných jako prostředek k sebevraždám a sebevražděným pokusům, týká se např. velikosti balení či jeho dostupnosti (nutno založit na dostupné evidenci)
- Omezení dostupnosti alkoholu, který je často přítomen při suicidálním jednání a který může být katalyzátorem tohoto jednání
- Bezpečnostní opatření, např. na železnicích, ve vězeňských celách, v psychiatrických nemocnicích, mostech, ale i co se týče např. dostupnosti informací na internetu (riziko návodného obsahu)
- Efektivní intervence
 - *Omezení dostupnosti kyanidu na vysoké škole*
 - *Fyzické bariéry prevence sebevražd na železnici*
 - *Spolupráce mezi institucemi za účelem prevence sebevražd na železnici*

- *Monitoring a detekční systémy k prevenci přecházení železnice mimo vyhrazená místa*
- *Úprava kolejiště na stanicích jako prevence úmrtí*
- *Instalace zdrojů uklidňujícího modrého světla na nástupních platformách*
- *Viditelná lidská přítomnost a dozor na hot spotu*
- *Intervence omezování přístupu k hot spotům ($n = 2$)*
- *Motivace k vyhledání pomoci na hot spotech*
- *Zvyšování pravděpodobnosti zásahu třetí strany na hot spotech*
- *Strukturální intervence na úrovni hot spotů*
- *Zmenšení balení analgetik*
- *Omezení koncentrace kofeinových tablet a přísnější regulace obchodu s barbituráty*
- *Omezení dostupnosti a toxicity pesticidů*

2. Zlepšování práce médií při informování o problematice

- Manuál pro média a školení novinářů
- Efektivní intervence
 - *Mediální intervence včetně metodik pro zodpovědné informování o sebevraždách*

3. Dostupnost služeb pro osoby se zvýšeným rizikem spáchání suicidia

- Podpora rozvoje ambulantní péče
- Podpora rozvoje krizových center
- Spolupráce s pojišťovnami – otázka financování služeb
- Návaznost jednotlivých služeb (zejména po hospitalizaci pro psychiatrickou diagnózu⁷)
- Specifické intervence pro ohrožené skupiny, např. psychoterapeutická intervence, webová intervence založená na KBT/DBT ad.
- Dostupnost ověřených informací o problematice sebevražd – probíhající spolupráce s připravovaným [Národním zdravotním informačním portálem](#), kde bude jedna sekce věnována problematice sebevražd a její prevenci včetně odkazu na možnou pomoc v krizi
- Efektivní intervence

⁷ Studie na českých datech identifikovala období krátce po propuštění z hospitalizace pro psychiatrickou diagnózu jako vysoce rizikové. Současně byly identifikovány diagnózy se zvýšeným rizikem. Tato studie představuje silný argument pro snahu o užší a lepší návaznost služeb po propuštění z hospitalizace (Winkler, Mladá, Csémy, Nechanská, & Höschl, 2015).

- *Webová intervence založená na KBT*
- *Jedenáctisložkový program v prostředí armády (od zapojení velitelů po vznik krizových týmů)*
- *Psychoterapeutická intervence (KBT, terapie zaměřená na řešení atd.)*
- *Méně formální psychosociální intervence (psychologická edukace, sociální podpora, motivační rozhovory)*
- *The Good Behavior Game (program pro děti a dospívající)*
- *CAST/CARE, QPR, Reconnecting Youth, Sources of Strength (programy pro děti a dospívající)*
- *Yellow Ribbon (program pro děti a dospívající)*
- *Vzdělávání v hodinách o problematice sebevraždy a příbuzných tématech*

4. Školení a vzdělávání

- Vzdělávání v jednotlivých profesích, zejména lékaři, psychologové, sociální pracovníci
- Vzdělávání gatekeeperů ve školním prostředí a supervize pro pedagogy
- Vytvoření instrukcí pro práci se suicidálním člověkem v různých kontextech
- Vzdělávací akce – téma suicidality, komunikace a jednání se suicidálním klientem (cílem je také podpořit pracovníky a zvýšit jejich profesní jistotu při práci se suicidálním klientem)
- Platforma – možnost potkat se s pracovníky, kteří se setkávají se suicidální tematikou; možnost supervize a navazujícího vzdělávání
- Efektivní intervence
 - *Školení vojenských instruktorů*
 - *Gatekeeper programy obecně (n = 2)*
 - *Vzdělávání pracovníků železnice*
 - *Vzdělávání praktických lékařů*

5. Zajištění léčby založené na důkazech (specificky se zaměřením na osoby po pokusu o sebevraždu)

- Podpůrné skupiny pro osoby po pokusu o sebevraždu
- Využití osob s podobnou zkušeností (peer konzultace)
- Výběr standardizovaného nástroje pro screening suicidálního rizika, vytvoření manuálu k jeho používání, zasazení se o jeho plošné využívání napříč psychiatrickou praxí. Vytvoření manuálu i pro další medicínské obory, například pro praktické lékaře.

- Telefonické či textové kontaktování pacientů po propuštění - slouží k mapování aktuálního stavu, následné péče, užívání medikace ad.
- Zřízení stacionářů – vhodné např. po propuštění z hospitalizace jako následná psychoterapeutická péče
- Efektivní intervence
 - *Obecně léčba deprese – farmakoterapie a psychoterapie*
 - *Internetová verze KBT*
 - *DBT (n = 18), KBT (n = 8), na řešení orientovaná terapie*
 - *Přímé behaviorální a psychosociální intervence (nejčastěji KBT a DBT)*
 - *Elektrokonvulzivní terapie (ECT)*
 - *Farmakoterapie (antidepresivy) v kombinaci s KBT*
 - *Farmakoterapie (lithium, antikonvulzivní stabilizátory, clozapin, quetiapin, selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu)*
 - *Komunitní terénní programy v rizikovém prostředí*

6. Zajištění dostupnosti krizové intervence pro osoby procházející krizí (včetně on-line a telefonní intervence)

- Podpora a rozvoj krizových center
- Zajistit dostupnost informací o službách krizové intervence prostřednictvím jediného portálu (např. prostřednictvím projektu Mapa služeb v gesci ÚZIS nebo prostřednictvím NZIP)
- Rozvoj chatového poradenství a podpora nových přístupů pomoci v krizi, např. prostřednictvím mobilních aplikací

7. Zajištění služeb pro pozůstalé, rodiny a blízké osoby po vykonaném pokusu

- Rozvoj služeb pro pozůstalé – krizová pomoc, terapeutická podpora, podpůrné skupiny ad. (a jejich aktivní oslovování)
- Služby pro pracovníky v případě suicidia pacienta/klienta
- Školení pracovníků záchranné zdravotní služby v práci se suicidální osobou a s případnými pozůstalými nebo jinak dotčenými osobami
- Efektivní intervence
 - *Rodinné intervence*

8. Zlepšování obecného povědomí o problematice prostřednictvím informačních a osvětových kampaní a snižování stigma uživatele psychiatrické péče se zaměřením na problematiku sebevraždy

- Osvěta (včetně zaměření na změnu vnímání oddělenosti rizikových faktorů od ohrožených skupin)
- Edukace – už od základních škol
- Webová platforma (osvětový, vzdělávací charakter, kontakty na odborníky)
- Podpora destigmatizačních projektů a témat sebevraždy a možností prevence jako součástí těchto projektů
- Efektivní intervence

– *Zvyšování povědomí o problematice sebevraždy*

9. Výzkum a sběr dat (včetně identifikace ohrožených skupin)

- Ustanovení datového registru specificky pro sebepoškozování, suicidální pokusy a dokonané sebevraždy (případně jejich sjednocené kódování)⁸
- Sjednocení statistik způsobené odlišnou metodologií sběru dat (např. násobné odlišnosti v datech SŽDC a ČSÚ o počtech sebevražd na železnicích)
- Validace dat o sebevraždách
- Průběžná identifikace ohrožených skupin (pomocí sběru dat a výzkumných studií)
- Je žádoucí informovat zdravotnický personál o možnosti vykazování signálních kódů 99696 „Počet pokusů o sebevraždu (posledních 6 měsíců)“ a 99698 „Úmyslné sebepoškozování“ do Národního registru hrazených zdravotnických služeb, a zajistit tak úplnější data o této problematice

10. Zajištění dohledu a koordinace aktivit v oblasti výzkumu a prevence sebevražd

- Multioborová spolupráce
- Výzkum s cílem praktického využití výsledků analýz – přizpůsobování intervencí, specifikace ohrožených skupin
- Ustanovení koordinačního orgánu na úrovni MZ nebo vlády, který by tyto aktivity koordinoval a současně se staral o implementaci Národního akčního plánu prevence sebevražd, případně začlenění problematiky do obdobného orgánu zaměřeného na oblast péče o duševní zdraví

⁸ Sebepoškozování bývá vnímáno jako silný rizikový faktor pro suicidální jednání a bývá doporučováno zkoumat je společně.

Závěr

Navzdory dlouhodobě vysoké míře sebevraždy v ČR a dostupné evidenci o efektivních intervencích zůstává prevence sebevražedného jednání v zásadě opomíjena. O změnu stávající situace usiluje Národní akční plán prevence sebevražd, který bude formulován na základě této situační analýzy a vstupů od členů Národní pracovní skupiny a zahraničních expertů.

V České republice si život vezme cca čtyřikrát více mužů než žen, celkový počet sebevražd přesahuje třináct set případů ročně. Největší počet jich je spáchán v populaci ve věku 34–65 let. Míra sebevraždy je nejvyšší v nejstarších věkových skupinách a soustředí se zejména v mužské populaci, kde v některých skupinách dosahuje více než čtyřnásobku průměru (85+; míra sebevraždy 69,1).

Dlouhodobě je nejčastějším způsobem spáchání suicidia v české populaci oběšení, u mužů dále výstřel a skok z výše, u žen pak sebeotrávení a skok z výše.

V nedávném epidemiologickém šetření bylo zvýšené riziko sebevraždy identifikováno u 3,8 % populace a polovina v posledním roce nevyhledala odbornou pomoc, což poukazuje na závažnost problému. Z dat o přijetí do hospitalizace pro sebevražedný pokus, kterých je ročně cca tři tisíce, je patrné, že problém je soustředěn do mladších věkových skupin české populace a že většinou je pokus proveden záměrnou otravou (více než 75 % případů). Otravy léčiv jsou pak nejčastěji konzultovaným prostředkem záměrné otravy vyplývající z evidence Toxikologického informačního střediska. Na jedinou účinnou látku, paracetamol, připadá v posledních pěti letech na 300 případů ročně (nejčastěji ve věkové skupině 10–19 let).

V rámci rozhovorů s relevantními aktéry byla věnována pozornost současné praxi prevence sebevražedného jednání se zaměřením na její silné a slabé stránky, možnosti a příležitosti v rámci SWOT analýzy. V rozhovorech byla identifikována klíčová témata v řadě oblastí – zdravotní péče, financování a zajištění personálu ve službách, vzdělávání, v oblasti dalších služeb, kam spadají např. sociální služby nebo linky důvěry i v obecné rovině.

Situační analýza české zkušenosti prevence sebevražd představuje kompilát aktuálních epidemiologických dat a výstupů z rozhovorů. Jako taková představuje vhodný podkladový dokument pro formulaci Národního akčního plánu prevence sebevražd pro roky 2020–2030, respektujícího doporučení WHO. Akční plán bude dále konzultován s členy NPS a zahraničními experty a jejich zpětná vazba bude zapracována. V září 2019 bude postoupen do resortních a později do meziřesortních připomínkových řízení.

Použitá literatura

- Arltová, M., & Antovová, M. (2016). Statistická analýza Sebevražednosti v České republice z pohledu Časových řad. *Demografie*, 58, 29–48.
- Björkenstam, C., Johansson, L. A., Nordström, P., Thiblin, I., Fugelstad, A., Hallqvist, J., & Ljung, R. (2014). Suicide or undetermined intent? A register-based study of signs of misclassification. *Population health metrics*, 12(1), 11.
- Čermáková, P., Formánek, T., & Winkler, P. Prevalence sebevražedného jednání z dotazníku MINI v rámci šetření CZEMS (The CZEch Mental health Study). Nepublikováno.
- Český statistický úřad [on-line]. 2019. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/databaze-registry>
- Kasal, A., Mladá, K., & Winkler, P. (2018). Metodika prevence sebevražednosti – zpráva z projektu a jeho praktické implikace. *Psychiatrie*, 22, 19–28.
- Kennelly, B. (2007). The economic cost of suicide in Ireland. *Crisis-the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 28(2), 89–94.
- Kinder, A., & Cooper, C. L. (2009). The Costs of Suicide and Sudden Death Within an Organization. *Death Studies*, 33(5), 411–419.
- Lachaud, J., Donnelly, P., Henry, D., Kornas, K., Fitzpatrick, T., Calzavara, A., ... & Rosella, L. (2018). Characterising violent deaths of undetermined intent: a population-based study, 1999–2012. *Injury Prevention*, 24(6), 424–430.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... & Marusic, A. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, 294(16), 2064–2074.
- MKN-10. (2014). Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Desátá revize, aktualizovaná verze k 1. 4. 2014.
- Národní registr hospitalizovaných (NRHOSP) ve správě Ústavu zdravotnických informací a statistiky: <https://www.uzis.cz/registry-nzis/nrhosp>
- Pirkola, S., Sund, R., Sailas, E., & Wahlbeck, K. (2009). Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet*, 373(9658), 147–153.
- Pitoňák, M. (2017). Mental health in non-heterosexuals: Minority stress theory and related explanation frameworks review. *Mental Health & Prevention*, 5, 63–73.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the

- development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Sheehan, L., Corrigan, P. W., Al-Khouja, M. A., Lewy, S. A., Major, D. R., Mead, J., ... & Weber, S. (2016). Behind closed doors: The stigma of suicide loss survivors. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 0030222816674215.
- Toxikologické informační středisko (TIS). Klinika pracovního lékařství VFN a 1. LF UK: <https://tis-cz.cz/>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky [on-line]. 2019. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/database-registry>
- WHO. (2000). *Preventing suicide: a resource for general physicians*.
- WHO. (2013). Comprehensive mental health action plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*: World Health Organization.
- WHO. (2018a). Suicide rate estimates, crude estimates by WHO region. Dostupné z: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEREgv?lang=en>
- WHO. (2018b). Suicide rate estimates, crude estimates by country.
- WHO (2018c). LIVE LIFE: Preventing suicide. Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/livelifepdf?ua=1
- Wilson, A. & Marshall, A. (2010). The Support Needs and Experiences of Suicidally Bereaved Family and Friends. *Death Studies*, 34(7), 625–640.
- Winkler, P., Bejdová, M., Csémy, L., & Weisssová, A. (2017). Social Costs of Gambling in the Czech Republic 2012. *Journal of Gambling Studies*, 33(4), 1293–1310.
- Winkler, P., Formánek, T., Mladá, K., & Čermáková, P. (2018). The CZEch Mental health Study (CZEMS): Study rationale, design, and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 27(3), e1728.
- Winkler, P., Mladá, K., Csémy, L., Nechanská, B., & Höschl, C. (2015). Suicides following inpatient psychiatric hospitalization: A nationwide case control study. *Journal of Affective Disorders*, 184, 164–169.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659.

Seznam obrázků

Obrázek 1 Klíčové rizikové faktory a související intervence na univerzální, selektivní a indikované úrovni

Obrázek 2 Standardizovaná míra sebevraždy mužů v letech 2009–2018, na 100 tisíc obyvatel

Obrázek 3 Standardizovaná míra sebevraždy žen v letech 2009–2018, na 100 tisíc obyvatel

Obrázek 4 Ukázka modulu k sebevraždy v dotazníku MINI5E

Seznam grafů

Graf 1 Intenzita sebevraždy podle pohlaví a věku v roce 2018

Graf 2 Počty sebevražd a událostí nezjištěného úmyslu v období 1994–2018 podle pohlaví

Graf 3 Sebevraždy podle pohlaví v období 2008–2018

Graf 4 Standardizovaná míra sebevraždy (na 100 tisíc obyvatel) podle pohlaví v letech 2008–2018

Graf 5 Počty sebevražd podle věkových skupin v ČR v jednotlivých letech v období 2008–2018

Graf 6 Sebevraždy podle způsobu provedení (v %) v období 2008–2018

Graf 7 Způsob provedení sebevraždy v mužské populaci v období 2008–2018

Graf 8 Způsob provedení sebevraždy v ženské populaci v období 2008–2018

Graf 9 Struktura úmrtí v důsledku sebevraždy, 2008–2018

Graf 10 Počet ukončených hospitalizací pro úmyslné sebepoškození

Graf 11 Počet ukončených hospitalizací pro úmyslné sebepoškození na 100 tisíc obyvatel evropské populace v letech 2008–2018, podle pohlaví

Graf 12 Míra výskytu hospitalizací pro úmyslné sebepoškození na 100 tisíc osob pro rok 2018

Graf 13 Procentuální zastoupení příčiny hospitalizace pro úmyslné sebepoškození podle skupin příčin

Graf 14 Počty celkových a úmyslných otrav paracetamolem

Graf 15 Věková struktura osob, které se pokusily o sebevraždu paracetamolem z evidence TIS

Seznam tabulek

Tabulka 1 Počet sebevražd podle pohlaví a věku v roce 2018

Tabulka 2 Procentuální podíl sebevražd ze všech zemřelých během let 2008–2018 v jednotlivých věkových skupinách

Tabulka 3 Počet sebevražd podle místa úmrtí (či nálezu) zemřelého, 2008–2018

Tabulka 4 Relativní počet ukončených hospitalizací pro úmyslné sebepoškození podle příčiny (2008–2017)

Tabulka 5 Počty vykázaných signálních kódů týkajících se sebepoškození a sebevražedných pokusů v NRHZS

Tabulka 6 SWOT analýza mapující obecné body

Tabulka 7 SWOT analýza týkající se oblasti vzdělávání na různých úrovních (lékařů, psychiatrů, studentů, sociálních pracovníků ad.)

Tabulka 8 SWOT analýza týkající se zdravotnictví a krizových služeb

Tabulka 9 SWOT analýza týkající se dalších služeb mimo zdravotnictví (např. neziskové organizace, terénní služby ad.)

Tabulka 10 SWOT analýza týkající se personálního zajištění napříč různými službami a financí

Seznam zkratk

ČSÚ	Český statistický úřad
IZS	Integrovaný záchranný systém
MD	Ministerstvo dopravy ČR
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
MZ	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NAPDZ	Národní akční plán pro duševní zdraví
NAPPS	Národní akční plán prevence sebevražd
NZIP	Národní zdravotní informační portál
NUDZ	Národní ústav duševního zdraví
NRHOSP	Národní registr hospitalizovaných
NRHZZ	Národní registr hrazených zdravotnických služeb
PN Bohnice	Psychiatrické nemocnice Bohnice
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
SŽDC	Správa železniční dopravní cesty
TIS	Toxikologické informační středisko
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Přílohy

Příloha 1 Úmyslné sebepoškození (X60–X84) podle MKN-10 (MKN, 2014)

Kódová klasifikace	Úmyslné sebepoškození	Kategorie
X60	Úmyslné sebeotrávení neopiátovými analgetiky, antipyretiky a antirevmatiky a pozice jejich působení	Sebeotrávení
X61	Úmyslné sebeotrávení antiepileptiky, sedativy-hypnotiky, antiparkinsoniky, psychotropními léky a expozice, nezařazené jinde	
X62	Úmyslné sebeotrávení narkotiky a psychodysleptiky [halucinogeny] a expozice jejich působení, nezařazené jinde	
X63	Úmyslné sebeotrávení jinými léčivými přípravky působícími na autonomní nervovou soustavu a expozice jejich působení	
X64	Úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými léky, léčivými, návykovými a biologickými látkami a expozice jejich působení	
X65	Úmyslné sebeotrávení alkoholem a expozice jeho působení	
X66	Úmyslné sebeotrávení organickými rozpustidly a halogenovanými uhlovodíky a jejich parami a expozice jejich působení	
X67	Úmyslné sebeotrávení jinými plyny a parami a expozice jejich působení	
X68	Úmyslné sebeotrávení pesticidy a expozice jejich působení	
X69	Úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými chemikáliemi a škodlivými látkami a expozice jejich působení	
X70	Úmyslné sebepoškození oběšením, (u)škrcením a (za)dušením	Oběšení
X71	Úmyslné sebepoškození (u)topením a potopením	Utopení
X72	Úmyslné sebepoškození výstřelem z pistole, revolveru	

X73	Úmyslné sebepoškození výstřelem z pušky, brokovnice a větší ruční zbraně	Výstřel
X74	Úmyslné sebepoškození výstřelem z jiné a neurčené střelné zbraně	
X75	Úmyslné sebepoškození výbušnou látkou	*
X76	Úmyslné sebepoškození kouřem, dýmem a ohněm	*
X77	Úmyslné sebepoškození vodní parou, horkými výpary a horkými předměty	*
X78	Úmyslné sebepoškození ostrým předmětem	*
X79	Úmyslné sebepoškození tupým předmětem	*
X80	Úmyslné sebepoškození skokem z výše	Skok z výše
X81	Úmyslné sebepoškození skokem nebo lehnutím si před pohybující se předmět	Skok před pohybující se předmět
X82	Úmyslné sebepoškození havárií motorového vozidla	
X83	Úmyslné sebepoškození jinými určenými prostředky	*
X84	Úmyslné sebepoškození neurčenými prostředky	*

* = kategorie ostatní

**Světová zdravotnická organizace
Regionální úřad pro Evropu**

**Úřad Světové zdravotnické organizace,
Česká republika**

Rytířská 31, 110 00, Praha 1

Tel.: +420 224267050

E-mail: eurowhocz@who.int