

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.,**

**Praha 5**

**ZÁMĚRNÉ SEBEPOŠKOZOVÁNÍ V DĚTSTVÍ A  
ADOLESCENCI Z POHLEDU VŠEOBECNÉ SESTRY**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**KATEŘINA ŠPIČÁKOVÁ**

**Praha 2014**

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s. PRAHA 5

**ZÁMĚRNÉ SEBEPOŠKOZOVÁNÍ V DĚTSTVÍ A  
ADOLESCENCI Z POHLEDU VŠEOBECNÉ SESTRY**

Bakalářská práce

Kateřina Špičáková

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

Praha 2014



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.  
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

Špičáková Kateřina  
3. A VS

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 11. 4. 2013 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci z pohledu  
všeobecné sestry

*Deliberate Self-harm in Childhood and Adolescence from General  
Nurse's Point of View*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne: 2. 9. 2013

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvadla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....

Kateřina Špičáková

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Janě Hlinovské, PhD. za cenné rady, podněty, konzultace a připomínky při zpracování této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat Nemocnici Milosrdných bratří v Brně, která mi umožnila realizaci výzkumu na svém pracovišti. A v neposlední řadě také Vysoké škole zdravotnické o. p. s. v Praze, která mi také dovolila realizaci výzkumu v řadách studentů.

## **ABSTRAKT**

ŠPIČÁKOVÁ, Kateřina. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci z pohledu všeobecné sestry*. Vysoká škola zdravotnická o.p.s Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

Tématem bakalářské práce je záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci z pohledu všeobecné sestry. Celá práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část práce popisuje problematiku sebepoškozování v dětství a adolescenci. Tato část vymezuje pojem sebepoškozování, jeho definici, rozdělení, metody, možné příčiny, diagnostiku a terapii. Seznamuje také s obdobím dětství a adolescence a rolí sestry při výskytu záměrného sebepoškozování. Praktická část se zaměřuje na informovanost o problematice sebepoškozování u zdravotních sester v nemocnici a zdravotních sester, které ještě studují na vysoké škole a nepracují. Doplnkem praktické části práce jsou i příběhy dvou sebepoškozujících. Cílem je zjistit informovanost o problému sebepoškozování mezi zdravotními sestrami, které pracují v nemocničních zařízeních a které nepracují a ukázat lidem že tohle téma je velmi vážné.

**Klíčová slova:** Sebepoškozování. Adolescence. Role sestry. Všeobecná sestra. Sebeřezání.

## **ABSTRACT**

ŠPIČÁKOVÁ, Kateřina. *Deliberate Self-harm in Childhood and Adolescence from General Nurse's Point of View*. Medical College o.p.s, Degree: Bachelor (Bc). Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská, PhD, XXX pages.

The topic of the bachelor's thesis is about Deliberate Self-harm in Childhood and Adolescence from General Nurse's Point of View. The theoretical part of the thesis describes the issue of deliberate self-harm in childhood and adolescence. This part describes the concept of self-harm, definition, classification, methods, possible causes, diagnosis and treatment. This part also introduces lifespan of childhood and adolescence, and the role of general nurses plays in deliberate self-harm. The practical part focuses on nurse students and nurse's awareness of deliberate self-harm in hospital. The thesis introduces the story about two clients. The purpose of the thesis is to find out the awareness of the issue among general nurses who work in hospitals, and the nurses who don't work so that they can point out the serious problems.

**Key words:** Self-harm, Adolescence, Nurses role, General Nurse, Self-cutting

# **OBSAH**

<b>OBSAH .....</b>	<b>7</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>10</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ.....</b>	<b>11</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>12</b>
<b>ÚVOD.....</b>	<b>14</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>15</b>
<b>1 SEBEPOŠKOZOVÁNÍ .....</b>	<b>15</b>
<b>1.1 DEFINICE SEBEPOŠKOZOVÁNÍ .....</b>	<b>15</b>
<b>1.1.1 PŘEHLED DEFINIC SVĚTOVÝCH AUTORŮ .....</b>	<b>15</b>
<b>1.1.2 PŘEHLED DEFINIC ČESKÝCH AUTORŮ .....</b>	<b>16</b>
<b>1.2 VZTAH SEBEPOŠKOZOVÁNÍ A SUICIDA .....</b>	<b>16</b>
<b>1.3 VÝSKYT .....</b>	<b>18</b>
<b>1.4 ETIOLOGIE .....</b>	<b>18</b>
<b>1.5 METODY SEBEPOŠKOZOVÁNÍ .....</b>	<b>19</b>
<b>1.6 MOŽNÉ PŘÍČINY .....</b>	<b>20</b>
<b>1.7 DIAGNOSTIKA .....</b>	<b>22</b>
<b>1.8 TERAPIE .....</b>	<b>23</b>
<b>2 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ.....</b>	<b>24</b>
<b>2.1 VYMEZENÍ POJMU .....</b>	<b>24</b>



2.2. DĚLENÍ DOSPÍVÁNÍ .....	24
2.3 ZMĚNY V OBDOBÍ PUBESCENCE .....	25
2.3.1 BIOLOGICKÉ ZMĚNY .....	25
2.3.2 KOGNITIVNÍ ZMĚNY .....	26
2.3.3 EMOCIONÁLNÍ ZMĚNY .....	26
2.3.4 PSYCHOSOCIÁLNÍ ZMĚNY .....	27
2.4 VÝVOJOVÉ PROBLÉMY DOSPÍVAJÍCÍCH .....	28
2.5 UTVÁŘENÍ IDENTITY .....	29
3 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY .....	30
3.1 FÁZE PRIMÁRNÍ .....	30
3.2 FÁZE SEKUNDÁRNÍ .....	30
3.3. FÁZE TERCIÁRNÍ .....	31
PRAKTICKÁ ČÁST .....	32
4 METODOLOGIE A HYPOTÉZY .....	32
4.1 HYPOTÉZY .....	32
4.2 METODOLOGIE .....	32
4.3 VYHODNOCENÍ .....	34
4.3.1 PRVNÍ HYPOTÉZA .....	34
4.3.2 DRUHÁ HYPOTÉZA .....	35
4.3.3 TŘETÍ HYPOTÉZA .....	40
4.4 DISKUZE .....	49

<b>5 PŘÍBĚHY .....</b>	<b>51</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>54</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>55</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>57</b>

## **SEZNAM ZKRATEK**

**ÚZIS** - Ústav zdravotní informatiky a statistiky

## **SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ**

**Amputace** - snesení, nebo oddělení některé části organismu

**Bipolární** - dvoupólový

**Destrukce** - zničení

**Depersonalizace** - odosobnění

**Derealizace** - chorobné odvracení se od skutečnosti

**Epidemie** - ohraničený výskyt infekční nemoci

**Kastrace** - chirurgické odstranění pohlavních žláz

**Menarche** - první menstruace

**Poluce** - samovolný noční výron semene

**Suicidiální** - sebevražedné

## SEZNAM GRAFŮ

**Graf 1** - Setkání se sebepoškozováním - všeobecné sestry na lůžkovém oddělení, s. 34.

**Graf 2** - Setkání se sebepoškozováním - ambulantní všeobecné sestry, s. 35.

**Graf 3** - Pokud byste zjistila, že máte na svém oddělení pacienta, který se sebepoškozuje, co byste udělala? - všeobecné sestry na lůžkovém oddělení, s. 36.

**Graf 4** - Pokud byste zjistila, že máte na svém oddělení pacienta, který se sebepoškozuje, co byste udělala? - ambulantní všeobecné sestry, s. 37.

**Graf 5** - Jaká si myslíte, že je sekundární role všeobecní sestry u sebepoškozování? - všeobecné sestry na lůžkovém oddělení, s. 38.

**Graf 6** - Jaká si myslíte, že je sekundární role všeobecní sestry u sebepoškozování? - ambulantní všeobecné sestry, s. 39.

**Graf 7** - Definice sebepoškozování - pracující všeobecné sestry, s. 40.

**Graf 8** - Definice sebepoškozování - diplomované všeobecné sestry studující, s. 41.

**Graf 9** - Způsoby sebepoškozování - pracující všeobecné sestry, s. 42.

**Graf 10** - Způsoby sebepoškozování - diplomované všeobecné sestry studující, s. 43.

**Graf 11** - Věkové kategorie sebepoškozujících - pracující všeobecné sestry, s. 44.

**Graf 12** - Věkové kategorie sebepoškozujících - diplomované všeobecné sestry studující, s. 45.

**Graf 13** - Pomůcky sebepoškozujících - diplomované všeobecné sestry studující, s. 46.

**Graf 14** - Pomůcky sebepoškozujících - pracující všeobecné sestry, s. 46

**Graf 15** - Bolest při sebepoškozování - pracující všeobecné sestry, s. 47.

**Graf 16** - Bolest při sebepoškozování - diplomované všeobecné sestry studující, s. 48.

## ÚVOD

Ve své práci jsem si zvolila problematiku sebepoškozování v dětství a adolescenci z pohledu všeobecné sestry. Problematika sebepoškozování je velmi závažným problémem dnešní doby a má velmi rychle narůstající charakter mezi adolescenty. Charakterizovat ji můžeme jako nespecifickou reakci, kterou jedinec reaguje na stresovou situaci a sebepoškození mu působí uvolnění. Sebepoškozování je jevem novým a není stále ještě zcela prozkoumán. Může to být i tím, že sebepoškozováním nemusí trpět jen lidé s nějakou psychopatologií, ale i lidé, kteří žádnou takovou poruchu nemají. Dalším důvodem může být to, že lidé, kteří tímhle onemocněním trpí nebo trpěli, většinou o svém problému nemluví a nechtějí, aby to jejich okolí vědělo. V poslední době si ale tyto nemocní můžou zakládat vlastní blogy na internetu a sdílet své postoje, názory a pocity dále.

Ve své bakalářské práci jsem stanovila dva cíle. Tím prvním je zjistit, jak se k tématu sebepoškozování staví odborná, především nepsychiatrická, literatura a pokusit se tyto poznatky shrnout do smysluplného celku. Tento cíl se pokusím naplnit v teoretické části práce.

Druhým cílem, jenž bude zároveň cílem výzkumné části, je zjistit, jaké mají všeobecné sestry přehled o dané problematice a porovnat sestry, které ještě studují, se sestrami, co už pracují v nemocnici na lůžkových a ambulantních pracovištích. Výzkum bude prováděn pomocí strukturovaného dotazníku. Na konec praktické části bych chtěla uvést dva příběhy sebepoškozujících.

*„Nápadněji dávají najevo smutek ti, kteří mají menší bolest.“* Publius Cornelius Tacitus.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Záměrné sebepoškození je značně komplikovaná a ne zcela komplexně prozkoumaná problematika, není proto jednoduché se v ní vyznat. Tento fenomén je psychiatrům známý od 20. století a jeho rapidní nárůst od 90. let 20. století. Projevuje se většinou v adolescenci a v jeho průběhu je častá disociace, snížená bolestivost a návykovost. Dospívající tak většinou reaguje na traumatizaci v dětství (ROZSÍVALOVÁ et al., 2010).

V posledních letech byl zaznamenán velký nárůst dětí a dospívajících, kteří řeší svoje problémy tím, že jsou agresivní vůči sobě. Je to velmi nebezpečný a závažný problém celé populace. Kritickým věkem je adolescence. Až 75 % pacientů uvádí, že u sebepoškození necítí bolest (MALÁ, 2009).

### 1.1 Definice sebepoškození

Existuje velké množství světových i českých autorů, kteří definují sebepoškození, ale jelikož se mu studie věnují až v posledních zhruba 25 letech, tak se definice mohou odlišovat.

#### 1.1.1 Přehled definic světových autorů

- **Herpetz, 1995, termín: *Self-mutilation*.** Opakující se, záměrné a přímé fyzické sebepoškození bez vědomého suicidiálního záměru, které ani nevede k evidentnímu ohrožení života.
- **Favazza, 1999, termín: *Self-mutilation*.** Přímá a úmyslná destrukce nebo poškození vlastních tělních tkání bez vědomého suicidiálního záměru.
- **Sutton, 2005, termín: *Deliberate self-harm*.** Záměrné poškození vlastních tělesných tkání bez zjevného záměru ukončit život a bez záměru sexuálního nebo dekorativního (KRIEGELOVÁ, 2008).



### 1.1.2 Přehled definic českých autorů

- **Platznerová, 2009, termín: *sebepoškozování*.** Komplexní autoagresivní chování, které na rozdíl od sebevraždy nemá fatální následky (PLATZNEROVÁ, 2009).
- **Kocourková, 2008, termín: *sebepoškozování*.** Termín, který je nejčastěji spojován s vědomým, záměrným, často opakovaným sebepoškozováním bez vědomé suicidiální motivace (KOCOURKOVÁ, 2008).

#### **Klasifikační systém sebepoškozujících chování podle Favazzy (1987):**

- 1) **Kulturně akceptovatelné:** Sociálně akceptovatelné činy, které jsou zaměřeny na vlastní změnu vzhledu (ušní piercing, stříhání vlasů).
- 2) **Deviantní:**
  - a) **Závažná automutilace:** Nejhorší, ale také nejméně častá forma. Poškozený provádí akt výjimečně, jde totiž o velký zásah do lidského těla (amputace, kastrace). Většinou je poškozený trvale poškozen, může to být dále spjato s psychotickými stavy nebo akutními intoxikacemi.
  - b) **Stereotypní automutilace:** Fixované, rytmické vzorce chování, jako třeba bušení hlavou, stlačování očních bulv, kousání do prstů nebo paží. Nejčastější výskyt je u mentálně retardovaných lidí i autistů.
  - c) **Mírné:** Jde o nejčastější formu výskytu. Jde o drobné poranění tkáně, které je chápáno jako úlevu od nepříjemných pocitů, např. drobné řezání, vyřezávání do kůže, pálení, zasahování do hojící se rány (KRIEGELOVÁ, 2008).

### **1.2 Vztah sebepoškozování a suicidia:**

Sebevražedné chování je úmyslné jednání za účelem ukončit vlastní život. Sebevraždu většinou páchají osoby psychicky narušené nebo deprivované. Sebevražedné chování jde většinou také označit jako zoufalé nebo impulzivní. Na rozdíl od sebevraždy nemá parasuicidiální jednání nebo sebepoškozování se záměr zabít se. Parasuicidiální chování je viditelné spíše u žen a jejich čin se dá také označit jako demonstrativní sebevražda. Demonstrativní sebevraždy většinou nejsou tak nebezpečné

jako sebepoškození. Tím není řečeno, že jsou neškodné, ale většinou tím chtějí na sebe upozornit a upoutat pozornost, zatímco u sebepoškození to většinou drží v tajnosti, což naopak zvyšuje riziko sebepoškození vedoucí k sebevraždě. Je to tím, že u sebepoškození nejdříve začínají jen lehce sebepoškozovat, ale později v tom mají praxi a velmi rychle překonají pocit strachu a začnou si více ubližovat (BRŮNE, 2008).

MUDr. Magdalena Ryšánková (2008) ve svém článku uvádí, že sebepoškození nepředchází sebevraždě a popisuje rozdílné povahy obou aktů. Sebepoškození vzniká při aktuálním stavu (kdy postižený má nějaký propad nálady) a ihned vede k poranění, např. pořezání se, a to vede k rychlé redukci nebo úplné úlevě. Naopak suicidiálně ohrožení lidé mají dlouhodobé nesnesitelné psychické bolesti, kterým chtějí sebevraždou navždy uniknout.

*„Suicidiem se daný jedinec snaží zbavit chronické psychické bolesti a své vědomí (uvědomování) jednou provždy ukončit. Impulzivní sebepoškození se naproti tomu snaží vědomí (uvědomování) modifikovat“* (RYŠÁNKOVÁ, 2008, s. 384).

Eva Malá (2009) zase uvádí, že sebepoškození je vysoce rizikové u dětí a adolescentů při závažných životních situacích (ztráta rodiče, sexuální zneužívání, šikana). Ve čtyřleté studii se 7 968 pacienty bylo zjištěno, že při opakovaném sebepoškození se zvyšuje riziko sebevraždy až 30krát, většinou u dívek a žen.

Zpočátku bylo na sebepoškození pohlíženo jako na nedokončenou sebevraždu. Bylo na něj pohlíženo tak, že se postižený sebevraždě vyhýbá a chce zlepšit svoji situaci a zůstat naživu. Riziko sebevraždy u sebepoškozujících jedinců je mnohem vyšší než v normální populaci. Z toho vyplývá, že by se měla dávat velká pozornost sebepoškození, protože jeden ze tří nejčastějších důvodů úmrtí mezi 15.-34. rokem je právě sebevražda (ROZSÍVALOVÁ et al., 2012).

*„Sebepoškozením se zvýšeným rizikem suicidia je u těchto psychiatrických diagnóz: specifické poruchy osobnosti, bipolární depresivní poruchy, posttraumatické*

*stresové poruchy, poruchy vyvolané účinky psychoaktivních látek“ (MALÁ, 2009, s. 469).*

### 1.3 Výskyt

Data získaná v rozmezí let 2000-2010 z celé České republiky ukazují zaznamenání v registru hospitalizovaných ÚZIS celkem 7 223 případů úmyslného sebepoškození dětí. Tyto výsledky jsou získané z lůžkových oddělení. Dívek bylo 4 829 (67 %) a chlapců 2 394 (33 %). U dívek je rizikový věk 10-14 let, u chlapců je trend sledován později, u nich je rizikový věk 15-18 let. Nejčastěji volený způsob je sebeotrávením léčivou nebo alkoholem, dohromady představují 85,3 % výskytů. Dívky upřednostňují spíše klidnější prostředí, např. domov, a poškozují se většinou od zimy do jara. U chlapců to bývají rušnější prostory, např. škola, veřejná místa, sebepoškozují se většinou v létě a na podzim (PRŮCHOVÁ, 2012).

Favazza a Conteriová (1989) provedli výzkum u 240 dívek a zjistili, že 29 % zažilo v dětství fyzické i sexuální zneužívání, 17 % bylo sexuálně zneužíváno, 16 % fyzicky zneužíváno a více jak polovina dotazovaných označila svoje dětství za mizerné. Van der Kolk, Perry a Herman (1991) ve svojí studii uvedli, že 89 % dětí mělo narušenou rodičovskou péči. Zjistili, že čím je dítě narušeno v nižším věku, tím drastičtější používá metody sebepoškození (KRIEGELOVÁ, 2008).

*„Většina osob, které se pořezávají, necítí v průběhu sebepoškození bolest (Adshead, 1997). Některé studie dovozují, že v pozadí nevnímání bolesti při sebepoškození leží asociativní mechanismus zapříčiňující změny citění, pocity derealizace a depersonalizace“ (KOCOURKOVÁ et al., 2008, s. 611).*

### 1.4 Etiologie

#### **Sebepoškozující chování dle Kriegelové**

- 1) **Automutilace (Automutilation, Self-mutilation):** Jedná se o nezáměrné, ale přímé sebepoškození středního rozsahu, které může být jednorázové nebo

stereotypní. Většinou má za příčinu vážné psychiatrické onemocnění. např. sebetlučení

- 2) **Sebepoškozování a rizikové chování (*Self-harm, Risk-taking*):** Dlouhodobé sebepoškozování, ale jedinec nemá v úmyslu se poškodit, např. kouření, zneužívání alkoholu, léků, drog.
- 3) **Záměrné sebepoškozování (*Deliberate self-harm, Self-harm*):** Jednorázové nebo opakované záměrné sebepoškozování. Cílem je se poškodit, ale nezemřít.
  - Sebetrávení/předávkování (*Self-poisoning*).
  - Sebezraňování (*Self-harm, Deliberate self-harm*): řezání, pálení, propichování kůže, vytrhávání vlasů, sebití, sebekousání, lámaní kostí, škrábání, vkládání věcí pod kůži, prošívání, leptání, pálení.
- 4) **Suicidiální jednání (*Suicide, Parasuicide*):** jednání s přímým záměrem zemřít.

## 1.5 Metody sebepoškozování

Specifické metody jsou velmi rozmanité a jak příznačně hodnotí Zilová a Kyselica (2001): „...*akt záměrného sebepoškození je omezen pouhou fantazií daného jednice*“ (KRIEGELOVÁ, 2008, s. 60)

**Nejčastějšími metodami záměrného sebepoškozování jsou:** sebeřezání a vyřezávání nápisů a symbolů, pálení si kůže žhavými předměty nebo chemickými žíravými roztoky, sebeopalování se, škrábání, dření a řezání kůže, sebekousání, kousání do vnitřních částí ústní dutiny, propichování kůže, drásání si ran, narušování jejich léčebného hojení, vytrhávání si vlasů, řas, obočí, sebemučení za účelem modřin, podlitin, zlomenin, svazování si částí končetin za účelem zabránění průtoku krve, požití malého množství toxické látky, umístování ostrých předmětů pod kůži nebo do tělesných otvorů (KRIEGELOVÁ, 2008).

Rizikovými faktory u obou pohlaví je užívání drog, ale i také zkušenosti přátel. U dívek to může být nízká sebeúcta, spory s rodiči, první lásky, sexuální zneužívání. U chlapců spíše šikana spojená s problémy ve škole, dlouhotrvající úzkost (PRŮCHOVÁ, 2012).

Juzwin (2004) zjistil, že nejčastější metoda je sebeřezání (93 %), sebepálení (38 %), sebetrávení (17 %) a propichování kůže (17 %). Muži nejčastěji používají sebetlučení (21 %) a ženy sebeřezání (32 %). Favazza a Conteriavá (1989) uvádí, že 75 % sebepoškozujících používá více než jednu techniku. Většina začíná na sebeřezání na nohou a rukou, k tomu postupně přidávají další techniky, až nakonec zjistí, která jim vyhovuje a tu pak využívají. Nejpoužívanějším nástrojem při sebeřezání jsou žiletky, u sebepálení používání zapalovače a cigarety a při sebetrávení to jsou různé volně prodejné léky. V okamžiku krize ale sebepoškozující sahá v podstatě pro cokoliv. Nejvíce postižené partie jsou ruce (74 %), nohy (44 %), oblast břicha (25 %), hlava (23 %), oblast hrudníku (18 %), genitálie (8 %) (KRIEGELOVÁ, 2008).

**Možné způsoby sebepoškozujícího chování.** V oblasti sebepoškozování vznikají různé nejednotnosti, co vše se řadí mezi sebepoškozování. V následujících příkladech jsem uvedla pro příklad, co do těchto způsobů může patřit. Nejsou to všechny možnosti, které může sebepoškozující použít, ale slouží pro orientaci a vaši představu, co všechno může být sebepoškozování. Např. zneužívání alkoholu, drog, léků, přejídání se, okusování si nehtů, skok z budovy nebo mostu, příliš tělesného cvičení nebo pohybu, pokus o utopení, strhávání si kůže a nehtů, kouření, piercing, tetování, kosmetická chirurgie, setrvávání v násilném vztahu, přepracování, hladovění (KRIEGELOVÁ, 2008).

## 1.6 Možné příčiny

- **Osobní patologie:** Opakované sebepoškozování může být spojeno s poruchou osobnosti, např. disociální. Vyskytuje se také u pacientů s poruchami příjmu potravy a drogově závislých (KOCOURKOVÁ et al, 2008).
- **Trauma z dětství:** Bývá to emoční nebo sexuální zneužívání v dětství. Při nedostatečně dobré péči mívají špatné zkušenosti od blízké osoby, a proto se nedokážou normálně vyrovnat se stresovou zátěží. U postižených hraje velkou roli citlivá událost (ztráta blízké osoby, nehoda nebo vážné zranění, šikana, závažný problém pohlavní identity, hrubé zanedbávání rodičovské péče), která bývá většinou spouštěčem sebepoškozování. Vznikají u nich pocitu smutku, vzteku, lítosti, křivdy a

potřeby se pomstít, proto se obrací proti vlastnímu tělu. Sebepoškozující akt má tendenci se opakovat stejně jako u jiných závislostí. Většinou to propuká v období adolescence (KOCOURKOVÁ et al, 2008). Hawton (2002) hovoří o silné souvislosti sebepoškozování se zneužíváním nebo týráním v dětství (ČERNÁ, 2009).

- **Rodinné prostředí:** Rodina je primárním místem utváření psychiky, proto je velmi důležité, aby dítě mělo dobré rodinné zázemí. Když takové odpovídající prostředí dítě nemá, může docházet k mezigeneračním střetům. V rodině může vznikat pocit, že starší dítě se stará o mladší a musí mu nahrazovat rodiče nebo musí uspokojovat potřeby rodiče (sexuální, emocionální). Špatní rodiče nedávají dítěti zdravý vývoj a sebeúctu. Tohle může vést k devastaci jeho sebeúcty, frustraci a narůstající úzkosti a jakýmkoliv emočním projevům dítěte (KRIEGELOVÁ, 2008). Laye-Gindhu (2005) zmiňuje souvislosti sebepoškozování v rodině, kdy jedinec vyrůstá jenom s jedním rodičem. Může to být také i rodina úplná, ale jeden z rodičů má významný handicap nebo vážné onemocnění. Nežádoucím faktorem je také výskyt sebepoškozování v blízkém okolí, např. rodina, kamarádi. Hawton (2002) hovoří o možnosti tzv. „sociální nákazy“ (ČERNÁ 2008).

*„Častými příčinami, které uvádějí sami adolescenti, jsou problémy ve škole, šikana, problémy v rodině (rozvod, finanční problémy, onemocnění), konflikty s vrstevníky a kamarády, problémy s partnerem, týrání či zneužívání, sebepoškozování někoho z blízkých a další“ (Richardson, 2006; Bocquée, 2007; in ČERNÁ 2008, s. 494).*

Jan Suttonová (2005) uvedla možný seznam faktorů vedoucí k záměrnému sebepoškozování: dlouhodobé zneužívání v dětství a zneužívání držené v tajnosti, zanedbávání v dětství, obnovené vzpomínky na zneužívání, popření zneužívání blízkou osobou, ztráta blízké osoby, nedostatek fyzického kontaktu s pečující osobou, zneužívání dítěte při řešení partnerských problémů, pocit prázdnoty a osamění, sebenávist, problémy s pohlavní identitou, týrání, zadržování silných emocí (vztek, strach) atd. (KRIEGELOVÁ, 2008).

Další úhel pohledu na motivy konání sebepoškozujícího můžeme dle Jan Suttonové rozdělit dle toho, co postiženým přinášejí za pocit:

- Uklidnění a utěšení;
- Navození psychické anestezie formou pocitů otupělosti;
- Kontrola nad vlastním tělem;
- Očistění;
- Sebetrestání;
- Potvrzení existence;
- Testování hranic manipulace s druhými;
- Snaha být zachráněn a volání o pomoc;
- Euforický zážitek;
- Vyraz příslušnosti ve skupině.

## 1.7 Diagnostika

Při stanovení diagnózy by měl být proveden přesný popis sebepoškozujícího chování, detailní popis situačního kontextu, zjištěna účelovost a specifikace dalších psychopatologických symptomů. Je to velice důležité, protože toto chování je závažné:

- svým vysokým suicidiálním rizikem s možným ohrožením života;
- svou manipulativní složkou včetně možností „nákazy“;
- svou impulzivitou;
- nutkavostí;
- carvingem (bažením, touhou);
- obtížnou farmakologickou i psychoterapeutickou ovlivnitelností (MALÁ, 2009, s. 89).

Eva Malá (2009) také ve svém článku uvádí, že je velmi důležité toto onemocnění včasné zachytit v ústavních a vězeňských zařízeních, protože velmi často hrozí riziko epidemie mezi přítomnými jedinci. Sebepoškozující jedinec je velmi často vysoce postavený vůdce skupiny a proto je jeho chování velmi často napodobováno.

## 1.8 Terapie

Léčba u záměrného sebepoškozování je velmi složitá. Jde o dlouhodobý proces, kde základem úspěchu je vlastní snaha pacienta přestat se sebepoškozováním. Takové rozhodnutí je pro sebepoškozujícího často naprosto nepředstavitelné, sebepoškozování je pro ně způsob jak se vyrovnávat s realitou a přežívat v reálném životě. Každý jedinec až v průběhu léčby zjistí, co jemu samotnému bude vyhovovat a jak si bude kompenzovat to, že si nemůže nebo nechce ubližovat.

Aplikovatelných terapií při sebepoškozujícím chování je velká řada. Já osobně jsem si vybrala rozdělení podle Andrei Platznerové (2009):

- **Psychoterapie:** Je dlouhodobá léčba a hlavním účelem je zvýšení duševního zdraví. Psychoterapie bývá většinou založena na formě rozhovoru, ale také třeba kreslení. Při psychoterapii by si poškozený měl uvědomit, co vlastně dělá, proč to dělá, co jsou jeho spouštěče, a měl by se začít vyhýbat předmětům, kterými se poškozoval.
  - Dialektní behaviorální terapie: Je zaměřena na pacienty s hraniční poruchou osobnosti. Hlavní princip terapie je vedení klienta k sebedřívětí současné změny.
  - Kognitivní terapie s použitím manuálu: Je krátkodobá (přibližně 6 sezení) a zaměřená na řešení daného problému sebepoškozování.
  - Léčba komplexní posttraumatické stresové poruchy: Podmínkou pro terapii je dobrý vztah mezi terapeutem a pacientem. Poté následují tři stadia procesu zotavování - vybudování bezpečného prostředí, vybavování si vzpomínek a znovuzapojení se do společnosti.
  - Racionálně-emotivní terapie: Pomáhá při zvládnutí emocí.
  - Terapie zaměřená na řešení problémů: Cílem terapie je pomoci rozpoznat problémy a naučit pacienta zvládat zátěž.
  - Interpersonální skupinová terapie.
  - Kognitivní terapie cílená na schéma: Věnuje se zážitkům z dětství, používá experimentálních technik.
  - Psychoterapie zaměřená na přenos: Používá se pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti. Sezení probíhají 2krát týdně.



- Hypnóza a relaxace: Jsou doplňkem výše uvedených léčebných metod.
- Duchovní dimenze léčby poškozujících se.
- Kombinace psychoterapie s farmakoterapií.
- **Farmakoterapie:** Léčba léky. U sebepoškozování se používá velmi často, většinou pro navození lepší psychické nálady pacientů.
  - Cílená farmakoterapie sebepoškozování: antidepresiva, opiátoví antagonisté, atypická antipsychotika a stabilizátory nálady, alfa-gonisté.
  - Farmakoterapie agresivity a impulzy: antidepresiva, tymostabilizéry, antipsychotika.

## 2 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ

### 2.1 Vymezení pojmu

Starší školní věk je období přechodu od dětství k dospělosti. Odehrává se v rozmezí 11.-12. roku dítěte až do jeho 20-22 let. V tomto období probíhají značné psychologické, biologické a sociální změny. Vysoké tempo těchto změn i jejich výrazně individuální průběh je způsoben činností endokrinních žláz a rozdílností v produkci jejich hormonů. Jedná se o období velmi nerovnoměrného vývoje, jak tělesného, tak i psychického a sociálního. V toto věku je pro dospívajícího velmi důležité začlenit se do kolektivu a proto vyhledávají blízkost vrstevníků. Typická je snaha zapadnout do kolektivu a to za každou cenu, i když je dítě jakkoliv odlišné od svých vrstevníků.

### 2.2 Dělení dospívání

V současné české odborné literatuře lze nalézt různá dělení dospívání. Vágnerová (2005) období dospívání rozděluje pouze na dvě základní fáze. První z nich je raná adolescence, již označuje také jako pubescenci (11-15 let). V prvním období probíhají různé fyzické i psychické změny. Druhou fází nazývá pozdní adolescenci, která trvá přibližně od 15. do 20. roku života.

Macek (1999) rozděluje adolescenci na tři fáze: časnou, střední a pozdní. Časná je mezi 10-13 lety, střední 14-16 lety a pozdní 17-20 lety.

Langmeier a Krejčíková (1999) uvedli ve své práci dle jejich názoru nejčastěji se vyskytující dělení dospívání:

### 1) Období pubescence

- **Fáze prepuberty:** Začíná prvními známkami fyzického dospívání. U dívek je to období mezi 11.-13. rokem a končí nástupem menarche. U chlapců to bývá o jeden až dva roky později a ukončuje se noční polucí.
- **Fáze vlastní puberty:** Nastupuje po prepubertě a trvá až do dosažení reprodukčních schopností. U dívek to bývá většinou jeden až dva roky po prvním menzesu, kdy se cyklus ustálí a dívka je schopna oplodnění. U chlapců je reprodukční schopnost dosažena mezi 13.-15. rokem.

### 2) Období adolescence

- Trvá od 15 do 20, někdy i do 22 let. Tahle věková skupina bývá označována jako dorost, mladiství. Dosahují úplné reprodukční zralosti, dokončení fyzického růstu, začleňují se do společnosti.

## 2.3 Změny v období pubescence

Období staršího školního věku můžeme nazvat pubescence, v předmětném období vzniká velká řada změn, jak biologických, kognitivní, emocionální, tak i psychosociálních.

### 2.3.1 Biologické změny

- **U dívek:** Objevují se sekundární znaky jako zvětšování prsní tkáně, pubické, následně i dospělé ochlupení okolo genitálu, axilární ochlupení, zvětšování tělesných proporcí, např. pánve. Nástup menarche se u dívek může věkově hodně lišit, průměrný věk je okolo 13. roku.
- **U chlapců:** Sekundární znaky u chlapců jsou plně vyvinuté pohlavní orgány, objevuje se ochlupení v oblasti genitálu, axilární ochlupení, ale i středové po těle, začínají růst vousy a nastává změna hlasu. Je to způsobené celkovým rychlým růstem těla a změnu hlasu způsobuje rychlý růst hrtanu.

Pokud adolescent dospívá dříve než jeho vrstevníci, je to výhoda spíše pro chlapce než pro dívky. Většina tázaných dívek by si přála být štíhlejší, protože to většina společností vyžaduje. Rozdílnost dívek mezi sebou může pak způsobovat nízké sebehodnocení a problémy jak ve škole, tak i doma. U chlapců je to většinou výhoda, když vyspějí dřív než jejich vrstevníci. Jsou obdivováni a jejich sebehodnocení je posílené (MACEK, 1999).

### 2.3.2 Kognitivní změny

V adolescenci je nutné abstraktní myšlení, které je pro tohle období nezbytné. Kognitivní změny jsou rozděleny na řešení formálních operací (řešení logických nebo matematických problémů) a řešení sociálních situací, které je závislé na sociálním učení. Zlepšuje se výkonnost dlouhodobé a krátkodobé paměti. Adolescenti také začínají uvažovat jako dospělí (MACEK, 1999).

### 2.3.3 Emocionální změny

Období staršího školního věku můžeme nazvat obdobím dominancí citové oblasti a psychických změn. Pubescent často reaguje velmi přehnaně, přičemž někdy ani on sám nechápe vlastní emoční reakce. Pubescenti jsou velmi labilní, podráždění, frustrovaní a objevuje se u nich pocit nejistoty.

*„Dospívání je spojeno s hormonální proměnou, která stimuluje změny v oblasti citového prožívání. Projevují se kolísavostí emočního ladění, větší labilitou, dráždivostí, tendencí reagovat přecitlivěle i na běžné podněty s nárůstem emočního zmatku. Pubescent ztrácí bývalou citovou jistotu a stabilitu“ (VÁRNEROVÁ, 2005, s. 340).*

Hlavním úkolem období dospívání je odloučení se na závislosti na rodičích a navozování vztahů mezi vrstevníky. Děti někdy berou rodiče, jako že jim nerozumí, můžou je až nenávidět a přemísťují své vztahy na vrstevníky, u kterých hledají pomoc. Naopak děti, které mezi vrstevníky nezapadají a jsou odmítnuty společností, se stávají na rodičích mnohem více závislí. Třetí možnost je u dětí, které se uzavřou do svého vlastního nitra, do světa fantazie a vyžívají se v pocitech utrpení. Odlišným způsobem je odmítání životního stylu svých vrstevníků, zavrhování jejich hudby, stylu oblékání apod.

Tím se daný jedinec úplně vyřadí od svých vrstevníků a hledá si kamarády se stejným stylem a názory jinde (LANGMEIER et al., 1999).

Za normálních stavů si adolescent stejně udržuje dobré vztahy v rodině. Konflikty vznikají spíše při zákazech a pravidlech. Mnozí dospívající si přejí jiné rodiče, třeba jako mají jejich vrstevníci, ale většina, až dospěje, si uvědomí, že to s nimi mysleli jejich rodiče dobře.

#### 2.3.4 Psychosociální změny

Sociální vztahy jsou pro pubescenta jednou z nejdůležitějších částí jeho aktuálního života. Bývají to spíše vztahy s vrstevníky stejného i opačného pohlaví.

Vztahy s vrstevníky jsou nejprve rozvíjeny se stejným pohlavím, protože dívky jsou podle chlapců ufnukané a chlapci jsou z pohledu dívek hrubí. Přátelství dívek bývá většinou pevnější než u chlapců a může se držet až do pozdní dospělosti. V období puberty se začíná projevovat pozornost o druhé pohlaví. Bývá to např. různé pokřikování, ze kterého jde cítit strach a nejistota. Na přelomu pubescence a adolescence můžou vznikat už opravdové první lásky a do toho jsou zahrnuty i první schůzky, pusa ale i pohlavní styk. Na konci adolescence jsou vztahy trvalé a osoby ve vztahu uvažují o manželství a založení vlastní rodiny. Je potřeba zdůraznit, že uvedená následnost nemusí být u všech pubescentů a adolescentů stejná, určitých stupňů dosahují a postupem věku (LANGMEIER et al., 1999).

Volba povolání je na začátku pubescence předmětem fantazie. Je to problém ve všech rodinách s dospívajícími rozhodovat, kam půjde pubescent studovat dál. Musíme brát ohled i na prospěch ve škole, své schopnosti a budoucnost vybraného povolání (LANGMEIER et al., 1999).

Tři typy volby povolání dle Nickela (1975):

- **Typ A:** Pubescent je naprosto pasivní a nechá volbu povolání na rodičích nebo jiném dospělém, který si myslí, že to jím zvolené je pro něj dobré.

- **Typ B:** Dospívající mají určité představy, ale jsou nejasné a přesně neví, co by chtěli dělat. To je pak podvoleno silnějším tlakem z okolí.
- **Typ C:** Adolescenti mají svoji vlastní volbu, která jsou založena na životních cílech a bývá velmi promyšlená. Takoví jedinci jsou velmi iniciativní, cílevědomí, se silnou osobností.

Nejvíce je zastoupen typ B, jak u učebních oborů, tak u studijních. Z toho vyplývá, že většina pubescentů vůbec neví, co by chtěli dělat a dozvídají se to třeba až po dvou letech studia a svoje budoucí povolání nechtějí vykonávat a začínají studovat nový obor.

## 2.4 Vývojové problémy dospívajících

V průběhu předešlého tematického celku jsme se seznámili s vývojem adolescence a staršího školního věku. Vzhledem k velmi bouřlivým změnám může vznikat u dospívajících sklon k sebepoškozujícímu chování. Proto bych chtěla ukázat na možné nejčastější vývojové problémy v dospívání dle Langmeiera (1991), ten je rozlišuje do čtyř různých skupin:

- 1) **Rozpor mezi fyzickou a sociální zralostí:** U některých mladistvých se rozpor může projevovat poruchami chování. K poruše může například docházet u jedinců, kteří jsou nuceni chodit do školy, ale oni sami jsou už vyspělí na to, aby se o sebe sami postarali a začali chodit do práce. Nejvíce je ale uváděna porucha sexuální aktivity. Mladiství po ní může toužit, ale kvůli společnosti je to protizákonné. Taková legální omezení jsou dána tím, že v takto mladém věku se většina z nich nedokáže postarat sama o sebe, natož o svoji budoucí rodinu.
- 2) **Rozpor mezi rolí a statusem:** Každý jedinec má ve společnosti svoji vlastní roli nebo více rolí (syn, kamarád) a měl by plnit povinnosti z nich plynoucí. K rozporu rolí může docházet při rozdílné výchově u rodičů nebo učitele. V tomhle období vzniká situace, kdy nevíme, jestli s pubescentem máme zacházet jako s dítětem nebo jako s dospělým.
- 3) **Rozpor mezi hodnotami mladé a starší generace:** Starší generace vyrůstala za jiných podmínek než dnešní děti, proto může často vznikat rozpor mezi generacemi.

- 4) **Rozpor mezi hodnotami rodiny a vnější společností:** Rozpor mezi rodinou a společností prochází konflikty během celého vývoje dítěte, ale v dospívání to může být kritické. V dospívání by měli rodiče zvolit jiný způsob výchovy, měli by se přestat chovat k dospívajícímu jako k dítěti, ale jako ke skoro dospělému, dát mu dostatek volnosti při rozhodování, ale také skromné vedení. Rodiče by se hlavně měli snažit o to, aby svému dítěti porozuměli a dokázali s ním vycházet.

## 2.5 Utváření identity

Mezi jeden z vývojových úkolů řadíme hledání a rozvoj vlastní identity. Jako základní vývojovou úlohu v období dospívání ji kvalifikoval Erikson (1968). Rozvoj identity trvá celý život a jeho začátky se začínají vyskytovat v období adolescence. R. Josselsonová (1980) rozděluje takový proces do čtyř fází (MACEK 1999):

- 1) **Psychologická diferenciaci:** První fáze se vyskytuje na začátku puberty. Dítě si začíná uvědomovat odlišnosti od ostatních, hlavně u starších generací, např. rodičů, prarodičů (jejich názory, postoje, rady). Začíná se srovnávat se s okolím a v tomhle důsledku klesá autorita rodičů. Při velké rozdílnosti mezi pubescentem a rodičem může vzniknout negativní postoj v jejich vztahu.
- 2) **Zkoušení a experimentování:** Druhá etapa zkoušení a experimentování se objevuje mezi 14.-15. rokem. Mají pocit, že jen oni samí vědí, co je pro nejlepší a s rodiči velmi soupeří, jejich názory je nezajímají. Snaží se spíše vyhledávat kamarády, se kterými se podporují ve svých názorech.
- 3) **Navazování přátelství:** Třetí fáze probíhá mezi 16.-17. rokem, předchozí dvě fáze byly specifické tím, že děti měly problémy s rodiči, v této třetí fázi se vztahy obnovují a upevňují. Soužití s rodiči už není odmítavé v postoji u adolescenta, ale klidné. Adolescenti hledají nová pravidla a normy k druhým lidem.
- 4) **Ustálení vztahu k sobě:** Poslední etapa se odehrává v pozdní adolescenci. Vytváří se zde vlastní identita.

## **3 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY**

Většina setkání se sebepoškozujícím sestra učiní v nemocničních, psychiatrických nebo různých léčebných zařízeních, tomu říkáme sekundární fáze. Chtěla bych se také zaměřit na fázi primární, tedy to, co by sestra měla dělat, když se s takovým postiženým setká v normálním životě, a též na fázi terciární, co by sestra mohla udělat pro prevenci sebepoškozování.

### **3.1 Fáze primární**

Co by všeobecná sestra měla dělat, když se sebepoškozováním setká v normálním životě? V první fázi zjištění by měl být zachován hlavně klid ze strany všeobecné sestry a důležité je propracovat si k sebepoškozujícímu cestu důvěry, pokud ji už nemáme z dřívějšíka. Chování by mělo být citlivé a hlavně bez výčitek. Ve druhé fázi bychom se měli poradit s odborníkem, například zavolat na linku důvěry, krizového centra, nebo pedagogicko-psychologické poradny, kde nám poradí, jak v konkrétní situaci postupovat. Ve třetí fázi bychom měli postupovat podle rad, které nám byly doporučeny ve druhé fázi.

### **3.2 Fáze sekundární**

Je to fáze, kdy přicházíme do kontaktu se sebepoškozujícím v rámci své práce v nemocničních, léčebných, psychiatrických zařízeních. Sebepoškozující se většinou hospitalizují z důvodu jiného onemocnění a pak se sestra může na běžném oddělení s tímto fenoménem setkat. Všeobecná sestra by měla být informována o problematice a měla by vědět jak reagovat, když se s ní setká. Sestry v psychiatrických zařízeních jsou na tuto problematiku připraveny lépe než všeobecné sestry v nemocnicích. Psychiatrická sestra by měla v pacientovi vyvolat důvěru a tím vytvořit i pocit bezpečí, aktivně mu naslouchat a při jednání s pacientem uplatnit svou vlídnost i trpělivost. Důležitý je i respekt k jeho vlastním potřebám, hodnotám, zájmům, etnickému původu a socioekonomickému postavení.

Do psychiatrických zařízení jsou většinou hospitalizováni sebepoškozující, kteří trpí nějakou další psychopatologií (např. poruchy příjmu potravy, deprese, závislosti na

návykových látkách). „Hospitalizace vyžaduje práci se zkušeným týmem, neboť pacienti s tendencí sebepoškozování mají často „manipulativní“ projevy a pro zdravotnický personál je nesnadné tyto projevy zvládat. Sebepoškozující se pacienti vzbuzují v terapeutech obavy, pocity viny, zlost. Odborný tým potřebuje podporu, supervizi a dovednosti v zacházení s protipřenosem“ (KOCOURKOVÁ et al., 2008, s. 612).

### **3.3 Fáze terciární**

Jak může sestra preventivně pomoci, aby jedinec se sebepoškozováním vůbec nezačal? V této oblasti je velmi závažný naprostý nedostatek literatury, která by se terciární fází zabývala. Sebepoškozující většinou s praktikami začíná, když se nedovede vypořádat se svými negativními pocity. Logicky si z toho můžeme odvodit, že prevence spočívá v eliminaci negativních pocitů nebo osvojení si jiných mechanismů na zvládnání zátěže. Bylo dokázáno, že většina školních jednorázových akcí na sebepoškozující nemá vliv a může tím právě naopak počet sebepoškozujících ještě zvýšit. Jako účinnější prevenci sebepoškozování může hledat velký vliv medií, jak tomu bylo při kampani proti poruchám příjmu potravy (PALTZNEROVÁ, 2009).

Když je všeobecná sestra současně i rodič, měla se svými dětmi přímo o tomto poškození mluvit, protože přímé mluvení o problematice má na děti nebo adolescenty velký vliv, když díky tomu ví, jak na to pohlíží jejich rodiče. Ve škole se přímé mluvení o problematice nedoporučuje, na děti to nemá účinný vliv a spíše to může způsobit přesně opačně, tedy že ze zvědavosti budou takové praktiky se spolužáky zkoušet.



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 METODOLOGIE A HYPOTÉZY

Praktická část bakalářské práce je přímo navázaná na část teoretickou, ve které se snažím definovat základní pojmy, se kterými je sebepoškozování spojené, teoreticky uchopuje základní pojmy jako samotný akt sebepoškozování, vymezuje skupiny, kterých se tato problematika týká nejvíce, a ukazuje vhodnou roli zdravotních sester pro danou problematiku.

Cílem průzkumného šetření praktické části bakalářské práce je ověření tří stanovených hypotetických tvrzení. Hlavní výzkumnou otázkou je praktická informovanost všeobecných sester v problematice sebepoškozování.

### 4.1 Hypotézy

1. Předpoklad, že častěji budou potvrzovat střetnutí se sebepoškozujícími pacienty všeobecné sestry pracující v ambulancích, než všeobecné sestry pracující na lůžkovém oddělení.
2. Předpoklad, že všeobecné sestry pracující na lůžkovém oddělení budou mít profesně nejpříjemnější reakci na střetnutí se sebepoškozujícím oproti všeobecným sestřám pracujícím na ambulancích.
3. Předpoklad, že všeobecné sestry pracující na lůžkovém oddělení i ambulancích vyjdou z vědomostní části otázek úspěšněji než sestry diplomované, které ještě studují.

Tyto tři předpoklady se v další části práce budu snažit potvrdit, případně vyvrátit.

### 4.2 Metodologie

Pro potřeby ověření výše uvedených hypotéz jsem použila metodu dotazníkového šetření, v němž jsem položila respondentům 22 otázek (dotazník je jako příloha práce). Dotazník obsahoval ve své úvodní části otázky na základní faktografické údaje o respondentech, tedy údaje o věku, pohlaví a pracovním či studijním zařazení a zkušenostech. Pro potřeby své práce jsem využila v dotazníku i několik vědomostních

otázek, které měly ověřit základní znalosti respondentů o sebepoškozování a jeho druzích.

Ze zaměření práce jasně vyplývá, že respondenty byly všeobecné sestry, ale byly rozděleny na tři skupiny. Všeobecné sestry, které pracují na lůžkovém oddělení. Všeobecné sestry, které pracují na ambulancích a třetí skupina respondentů byly všeobecné sestry, které už mají titul Dis., ale jsou ještě studentkami a dodělávají si titul bakalář.

Pro zpravování dotazníku jsem použila metodu kvótového výběru, kde předpokladem pro vyplnění dotazníku bylo povolání, aktivně vykonávané, v pozici všeobecné zdravotní sestry nebo vysokoškolsky vzdělané diplomované sestry, které ještě studují. Hypotetické tvrzení je pak znázorněné v grafech.

Z celkového počtu rozdaných dotazníku (150 kusů) 60 dotazníku bylo dáno na lůžkové oddělení, 30 dotazníků bylo dáno na ambulance. Průzkum byl prováděn v nemocnici Milosrdných bratří v Brně. Zbýlých 60 dotazníků bylo rozdáno všeobecným sestřám s titulem Dis. na Vysoké škole zdravotnické o.p. s. v Praze. Dotazníků se vrátilo 102, ale devět z nich bylo vyřazeno, proto nám pro naše potřeby zbylo 93 dotazníků.

Pro výzkum v nemocnici Milosrdných bratří v Brně jsem žádala náměstkyni přes ošetrovatelskou péči, které byl k žádosti poskytnut vytištěný dotazník a osobní vysvětlení dotazníku.

Vytištěné dotazníky jsou uloženy a budou po dobu dvou let uschovány a posléze zničeny.

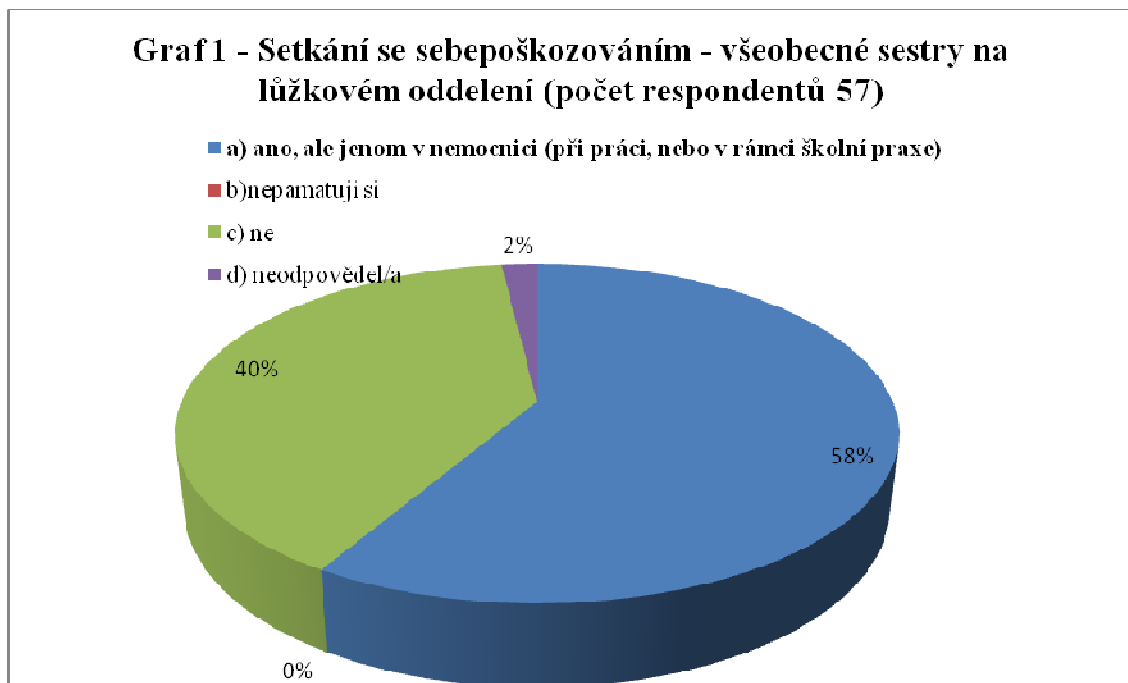
## 4.3 Vyhodnocení

Správné odpovědi budou v grafech označeny tučně.

### 4.3.1 První hypotéza

- Předpoklad, že častěji budou potvrzovat střetnutí se sebepoškozujícími pacienty všeobecné sestry pracující v ambulancích, než všeobecné sestry pracující na lůžkovém oddělení.

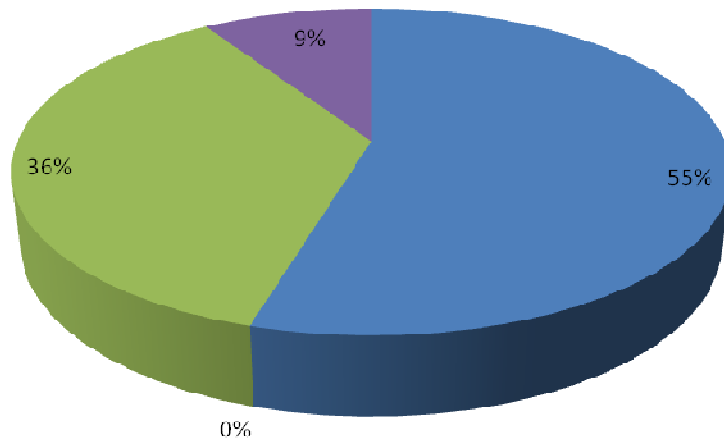
Pro ověření hypotézy je pro mě nosnou otázkou z výběrového šetření faktografická otázka číslo 5, podle které dokážeme pro potřeby výzkumu rozdělit pracující všeobecné sestry na ty, které pracují na ambulancích, od těch, které pracují na lůžkových odděleních nemocnice. V tomto případě ověřujeme předpoklad, že častější střetnutí s jakýmkoliv metodami a druhy sebepoškozování potvrdí sestry pracující na ambulancích. K potvrzení této hypotézy se dostaneme díky jednoznačně položené otázce číslo 12, která se přímo ptá, jestli se sestry ve své praxi střetly se sebepoškozováním.



Analýza dat z výběrového šetření ukázala, že v případě všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních, se z celkového počtu 57 respondentů 58 % z nich se střetlo se sebepoškozováním během své práce nebo praxe.

**Graf 2 - Setkání se sebepoškozováním - ambulantní všeobecné sestry (počet respondentů 11)**

- a) ano, ale jenom v nemocnici (při práci, nebo v rámci školní praxe)
- b) nepamatuji si
- c) ne
- d) neodpověděl/a



Z tohoto grafu vidíme, že 55 % všeobecných sester které pracují na ambulancích se s tímto problémem sebepoškozování už setkalo.

Rozdíl 3 procentních bodů ale můžeme považovat při počtu respondentů za zanedbatelný. Proto na základě nám dostupných dat můžeme první stanovenou hypotézu zamítnout. Zjištěný rozdíl mezi frekvencí setkání se se sebepoškozováním u všeobecných sester pracujících na odděleních ambulantních, resp. lůžkových je zanedbatelný pro potvrzení hypotézy.

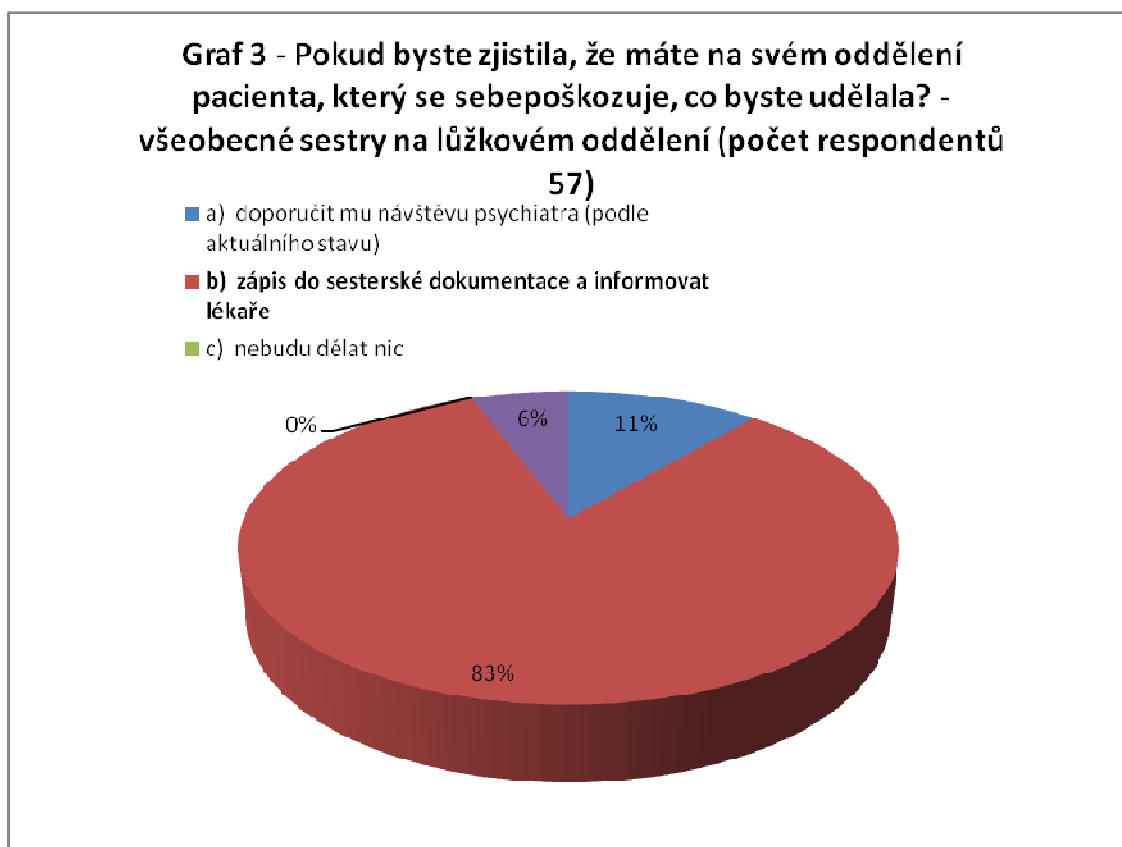
#### **4.3.2 Druhá hypotéza**

- Předpoklad, že všeobecné sestry pracující na lůžkovém oddělení budou mít profesně nejpříjemnější reakci na střetnutí se sebepoškozujícími oproti všeobecným sestřám pracujících na ambulancích.

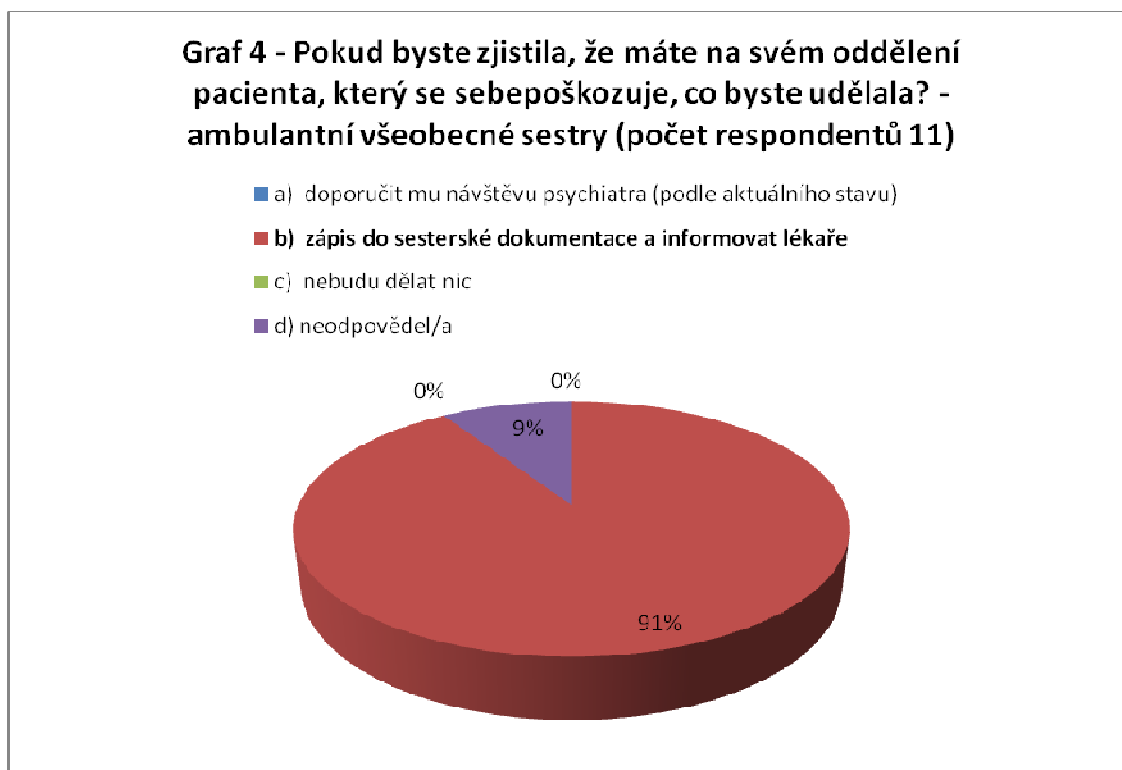
V tomto případě budeme ověřovat to, jakým způsobem by respondenti našeho výběrového šetření reagovali na situaci, kdyby se setkali se sebepoškozováním ve své odborné praxi. Z výzkumů uvedených v teoretické části práce vyplývá, že nejlepší

reakci na situaci, když by byly konfrontovány se sebepoškozujícím pacientem, by měly mít sestry na lůžkových odděleních nemocnic. Tento předpoklad budeme ověřovat na základě rozdělení na všeobecné sestry pracující na lůžkovém oddělení nebo ambulancích. Testovacími otázkami jsou zde pro nás otázky č. 17 a 20, na základě kterých budeme posuzovat vhodnost a přiměřenost reakcí sester na tento fenomén.

V případě otázky číslo 17, která se přímo ptá, jak by všeobecná sestra postupovala v případě setkání se sebepoškozováním na svém oddělení, by mělo být správnou reakcí z ošetřovatelského hlediska odpověď b) evidovat tento případ do sesterských dokumentací a informovat o tom lékaře na oddělení. Nečinnost, kterou deklaruje odpověď c) by měla být rozhodně vyhodnocena jako nesprávná možnost, v tomto případě ale i odpověď a) na základě vlastního úsudku rozhodovat o osudu pacienta a doporučit mu vyhledání odborné lékařské pomoci v tomto případě nepřípadá do kompetencí sester. Proto je jedinou správnou volbou odpověď b) zápis do sesterské dokumentace a upozornění lékaře o tomto faktu. Tak vyhodnotíme tuto otázku na základě rozdělení všeobecných sester na ambulantní a všeobecné sestry pracující na lůžkových odděleních nemocničních zařízeních, dojdeme k následujícím výsledkům:



Všeobecné sestry pracující na lůžkových odděleních nemocnic odpovídaly na otázku poměrně jednoznačně, kdyby se 83 % z nich obrátilo ke správné alternativě zápisu do sesterské dokumentace a informování lékaře. Dalších 11 % sester by jednalo ve snaze pomoci pacientům doporučením psychiatrického vyšetření, možnost ignorovat toto zjištění na svém oddělení neuvděla žádná ze sester. Zbývajících 6 % se k této otázce odmítlo vyjádřit.



V tomto případě můžu vyvodit poměrně jednoznačný závěr, protože všechny všeobecné sestry, které na tuto otázku odpověděly, vybraly správnou možnost. Jen v jednom případě všeobecná sestra pracující na ambulantním oddělení na otázku neodpověděla.

V tomto případě proto můžeme tvrdit, že reakce ambulantních sester je podle vyhodnocení této otázky procentuálně lepší.

Mimo otázku 17 nám k posouzení tohoto předpokladu poslouží ještě jedna z otázek, a to otázka číslo 20. I v tomto případě je třeba uznat, že jedna z možností by měla být na první pohled vyloučená z rozhodování a to i bez odborného povědomí. Odpověď a) *odsouzení pacienta* rozhodně není správnou reakcí. V případě dalších dvou možností

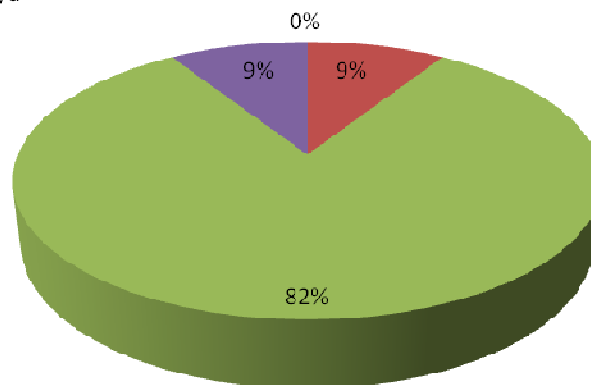
ale musíme z ošetrovatelského hlediska vyhodnotit, že jako správná odpověď je v tomto případě vyhodnocená odpověď b), a odpověď c) je spíše v kompetencích lékaře.



V případě všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních by 26 % se vyjádřilo pro odpověď b), v podstatě prevence od předmětů, kterými by si pacient mohl ublížit. 62 % by volilo možnost morální podpory a vyhledání odborné pomoci. V případě sester pracujících na lůžkových odděleních se v 6 % případech vyskytla též alternativa kárání pacienta jako účinné metody, jak naložit se svým posláním. Konečně 6 % volilo možnost neodpovídat na tuto otázku.

**Graf 6 - Jaká si myslíte, že je sekundární role všeobecné sestry u sebepoškozování? - ambulantní všeobecné sestry (počet respondentů 11)**

- a) Odsouzení pacienta, nadávky vůči jeho osobě a vyčkávání že s tím přestane sám.
- b) Odstranit všechny předměty z okolí čím by se pacient mohl zranit a poradit mu jak se vypořádat se stresem jiným nerizikovým chováním např. ledová sprcha.
- c) Podpořte pacienta, neodsuzujte ho a vyhledejte mu odbornou pomoc
- d) neodpověděl/a



V případě ambulantních všeobecných sester většina z nich, v 82 % případech, volila třetí možnost, odpověď c). Ze zbývajících 18 % polovina neodpověděla a druhá byla pro možnost b). Ani jedna ze sester nezvolila možnost odsouzení pacienta za jeho chování.

Při porovnání těchto dvou skupin sester musíme opakovaně dojít k závěru, že rozdíly v předpokládaném chování sester nejsou nijak procentuálně rozdílné. Procentuální rozdíly mezi sestrami jsou natolik malé, že z nich ani v případě otázky 17, ani v případě otázky číslo 20 nemůžeme vyvodit žádné faktické závěry. Jako už bylo předestřeno, výsledky by se částečně mohly lišit v případě, pokud by se pracovalo s početnějším vzorkem. Tendence vysledované z našeho výběrového šetření ale ukazují, že velké výkyvy v chování sester na různých odděleních nemůžeme předpokládat. Reakce sester na tyto dvě otázky byly ve velké míře stejné.



### 4.3.3 Třetí hypotéza

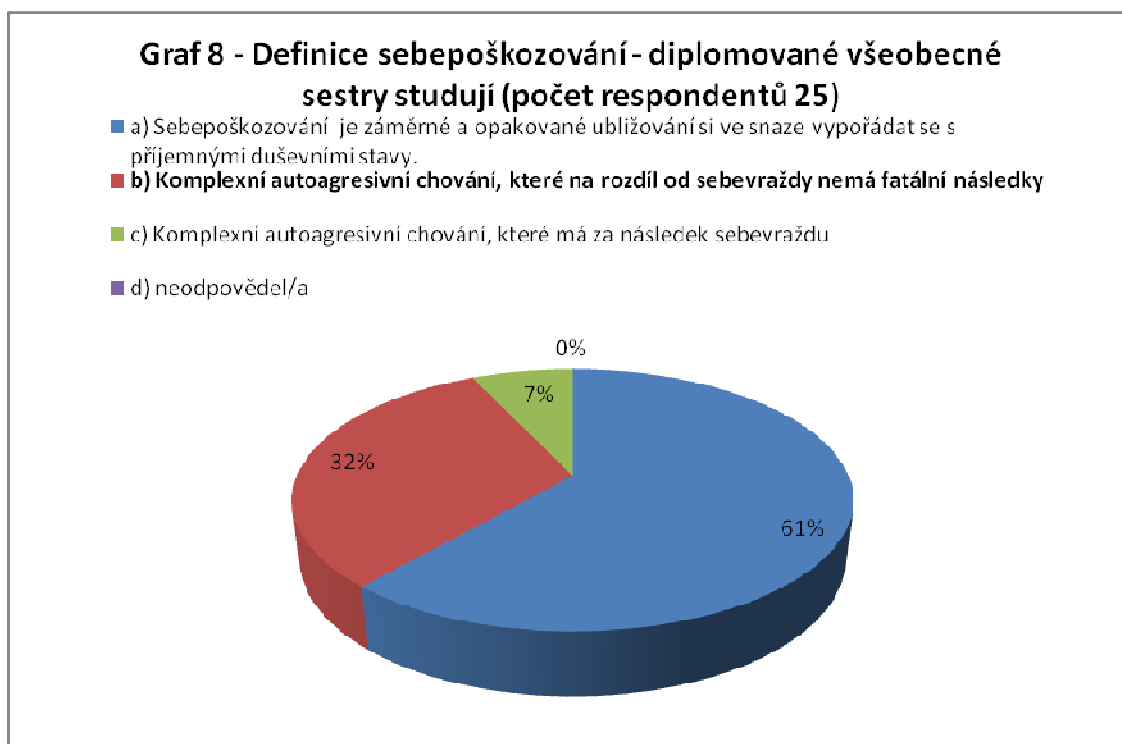
- Předpoklad, že všeobecné sestry pracující na lůžkovém oddělení i ambulancích vyjdou z vědomostní části otázek úspěšněji než sestry diplomované, které ještě studují.

Pro potvrzení třetí hypotézy nám slouží v dotazníku několik otázek 6, 7, 11, 15, a 16, které se dají definovat jako vědomostní. Jedná se především o otázku číslo 6, která se přímo ptá na definici sebepoškození, a respondenti měli najít mezi třemi možnostmi správnou odpověď. Kontrolu v této otázce provádíme na základě jednoduchého rozdělení respondentů na diplomované všeobecné sestry, které studují a všeobecné sestry, které jsou už zařazené do pracovního procesu, to znamená všeobecné sestry, které v současné době nestudují vysokou školu, ale pracují. Po základním rozdělení souborů respondentů na část studující a nestudující zjišťujeme, do jaké míry odpověděli na tuto otázku správně jednotliví respondenti. Správnou odpověď podle teoretického základu poskytnutého v první části bakalářské práce, je definice sebepoškození jako komplexní autoagresivní chování, které ale na rozdíl od sebevraždy nemá fatální následky.



Za pracující se označilo 68 respondentů, ze kterých odpovědělo správně na položenou otázku jen 40 % z nich. Nesprávnou odpověď a), která v sobě ukrývá nesprávné tvrzení,

zvolilo 36 % respondentů, co svědčí možná ne až tak o nevědomosti jednotlivých respondentů, jako spíš o nedostatečné pozornosti.



Z 25 respondentů, kteří se označili za ještě studující. Uvedli správnou odpověď b) jen 32 % respondentů. Až 61 % respondentů zvolilo nesprávnou odpověď a), čím se ukazuje, že diplomované všeobecné sestry dopadly v případě této vědomostní otázky hůře než všeobecné sestry pracující. Zda je nesprávné zodpovězení této otázky jen vinou nepozornosti a slabého zapojení se do vyplňování dotazníku, anebo jde skutečně o nevědomost těchto respondentů.

V obou případech zvolených skupin respondenti správně vyloučili nesprávnou možnost c), tedy autoagresivní chování, završené sebevraždou. V případě pracujících sester dokázalo větší procento z nich odhalit faktickou chybu v první odpovědi a správně identifikovalo definici sebepoškození jako možnost b).

Tato otázka tak napovídá, že bych mohla potvrdit můj původní předpoklad, kterým je úspěšnější zodpovídání vědomostních otázek sestrami všeobecnými před sestrami diplomovanými. Pro jistější potvrzení hypotézy a pro správnost ale tento test

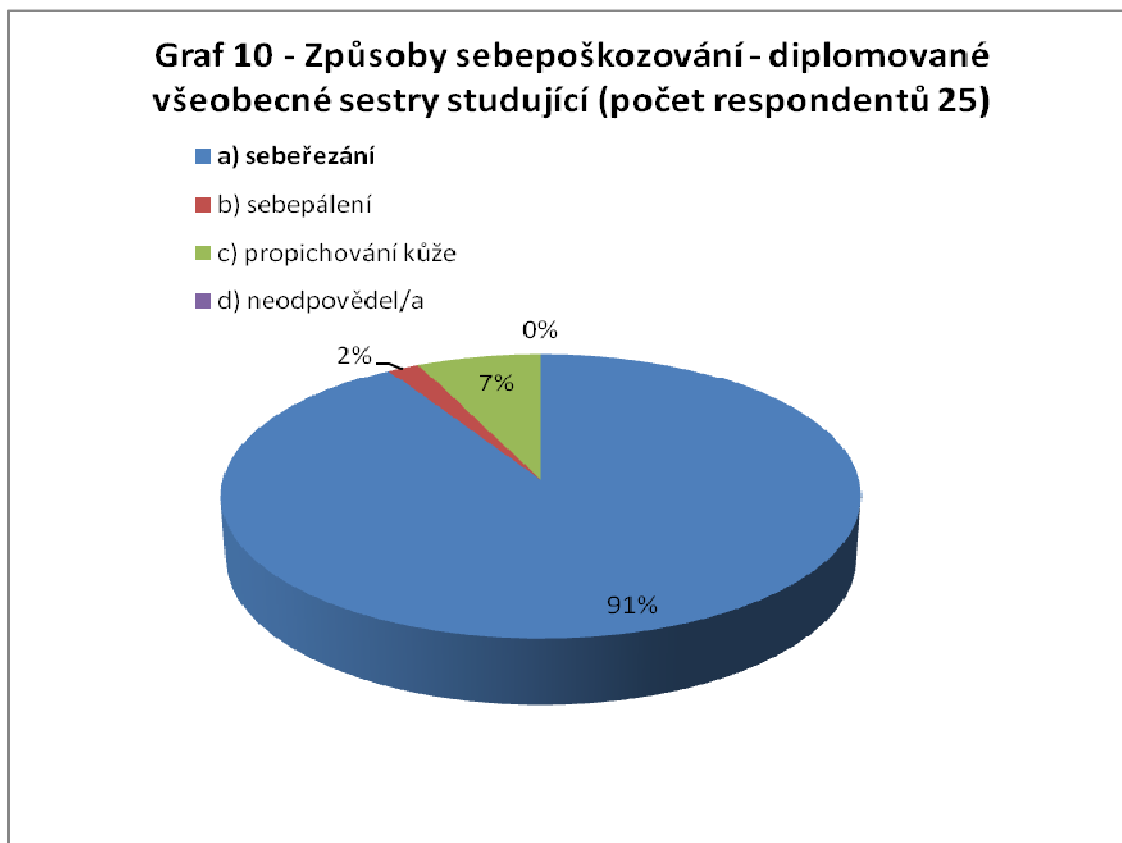
zopakujeme na několika dalších otázkách, které mohou být z pohledu výzkumu považované za vědomostní.

Otázka číslo 6 ale není jedinou, na jejímž základě můžeme ověřit teoretické znalosti respondentů ohledně tématu této práce. Pomocnými otázkami při ověřování třetí hypotézy jsou další otázky, a to čísla 7, 9, 11, 15 a 16, které sice ve svých zadáních žádají vyjádření vlastního názoru, ale v těchto otázkách přinášejí jednu správnou odpověď, které jsem stanovila na základě vědeckých výzkumů uvedených v teoretické části práce. Pro potřeby práce proto použijeme také tyto otázky i navzdory tomu, že zadání otázky vedlo respondenty spíše k vyjádření vlastního názoru. Takto budeme moci porovnat stavbu vlastního názoru oproti empirickým faktům, které přináší teoretická část práce.

Otázka číslo 7 se respondentů ptá na nejčastější způsob, který používají sebepoškozující osoby v praxi. Nejčastější metoda je sebeřezání (93 %), sebebálení (38 %), sebetrávení (17 %) a propichování kůže (17 %) (Juzwin; in KRIEGELOVÁ, 2008). Respondenty ve výběrovém šetření jsem znova rozdělila do identických skupin jako při analýze otázky číslo 6, tedy na sestry všeobecné pracující a diplomované všeobecné sestry pracující.



Všeobecné sestry odpověděli následovně: metodu sebeřezání jako nejčastější formu sebepoškozování označilo 88 % všeobecných sester, zanedbatelné 4 % uvedly pálení si kůže a 8 % propichování si kůže.

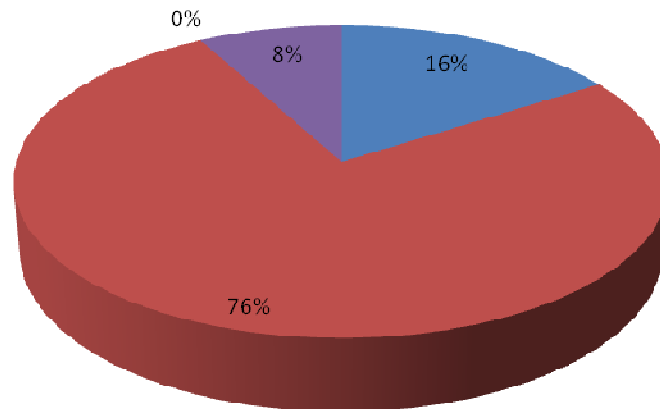


Co se týče sester, které ještě stále studují, se většina z nich vyjádřila jednoznačně. Opět máme stejný vzorek respondentů v počtu 25 osob, přičemž až 91 % uvedlo jako nejčastější způsob sebepoškozování právě řezání. Jen necelé 2 % dotazovaných uvedlo jako nejčastější způsob pálení si kůže, 7 % bylo přesvědčených o tom, že nejčastějším způsobem, jakým si lidé sebeubližují, je propichování si kůže. V této otázce je rozdíl mezi skupinami skutečně zanedbatelný a vidíme tu jasnou podobnost v odpovědích.

Třetí faktor, na základě kterého budeme hodnotit všeobecné povědomí o sebepoškozování mezi dvěma skupinami sester je otázka číslo 9, v kterém jsme se respondentů ptali na to, která skupina lidí nejvíc trpí příznaky sebepoškozování. Nejrizikovější skupinou podle dostupných údajů jsou dospívající, čili sloučená kategorie mladších a starších adolescentů. Správnou odpověď na tuto otázku je proto odpověď b) *dospívající 11-20 let*.

**Graf 11 - Věkové kategorie sebepoškozujících - všeobecné sestry pracující (počet respondentů 68)**

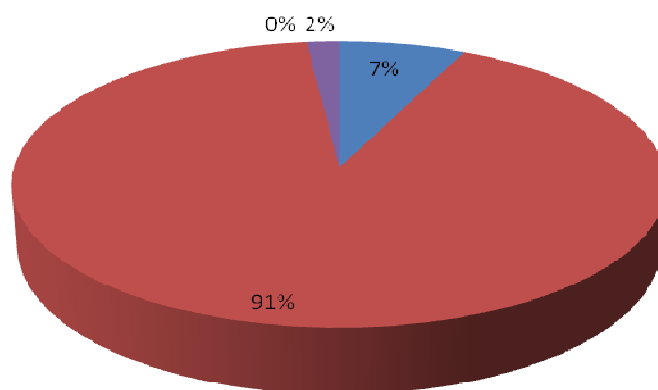
- a) dospělí (20-35 let)
- b) dospívající (11-20 let)
- c) děti (4-11 let)
- d) neodpověděl/a



Všeobecné sestry pracující v největší míře správně identifikovaly skupinu, která nejnáze podléhá sebepoškození, 76 % respondentů identifikovalo nejrizikovější skupinu správně. Z dalších možností se 16 % dotázaných vyjádřilo pro kategorii mladých dospělých a 8 % považovalo za nejrizikovější skupinu děti do 11. roku života.

**Graf 12 - Věkové kategorie sebepoškozujících - diplomované všeobecné sestry studující (počet respondentů 25)**

- a) dospělí (20-35 let)
- b) dospívající (11-20 let)
- c) děti (4-11 let)
- d) neodpověděl/a



Také všeobecné sestry diplomované zvládly odpovědět na tuto otázku ve valné většině správně, podle správných odpovědí byl u studujících sester dokonce vyšší než v případě sester všeobecných, když až 91 % z nich označilo správnou možnost b). Jen 7 % zvolilo kategorii dospělých a necelá 2 % odpověď neoznačila.

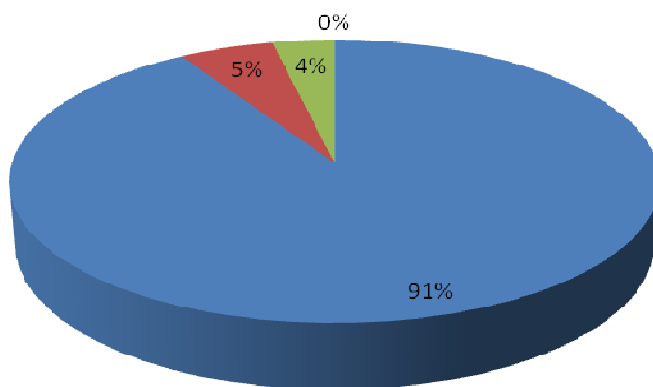
Při porovnávání výsledků těchto dvou skupin musím znovu dojít k závěru, že rozdíly mezi stanovenými skupinami jsou jen minimální a pro výzkum zanedbatelné. V tomto případě dokonce diplomované sestry vycházejí z porovnání lépe, čímž se dostávám k jistému zpochybnění předem stanovené hypotézy o lepších výsledcích v testu u sester všeobecných, které pracují. Nelze z toho ale vyvodit unáhlené závěry, uvedu pro zkoušku několik dalších faktorů, na kterých budu moci porovnávat výsledky dvou skupin sester.

Dalším faktorem, na kterém je možné porovnávat informovanost sester o zkoumaném fenoménu, je otázka číslo 11, která se ptá respondentů na nejčastější pomůcky, které sebepoškozující používají. Statistiky hovoří o nejčastějším používání nožů, nůžek a žiletek. Předpokládaný závěr z logického hlediska by měl být podobný tomu z otázky o nejčastější metodě, kdy valná většina z obou skupin sester správně uvedla sebeřezání

jako nejčastější způsob trýznění. Vytvořený předpoklad se v tomto případě potvrdil a procentuálně stejná skupina respondentů se vyjádřila správně i v tomto případě, a to minimálně u sester diplomovaných.

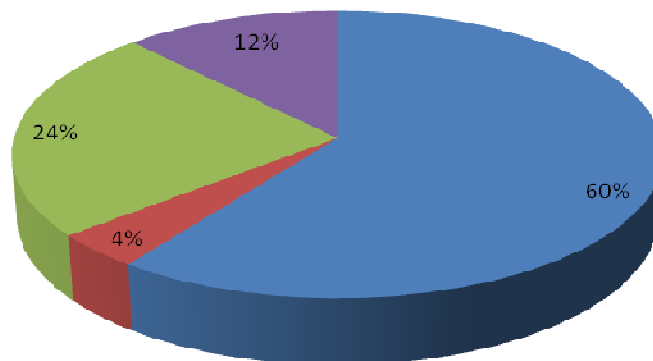
**Graf 13 - Pomůcky sebepoškozujících - diplomované všeobecné sestry studující (počet respondentů 25)**

- a) žiletka, nůž, nůžky
- b) zapalovač, cigareta
- c) alkohol, drogy, cigarety
- d) neodpověděl/a



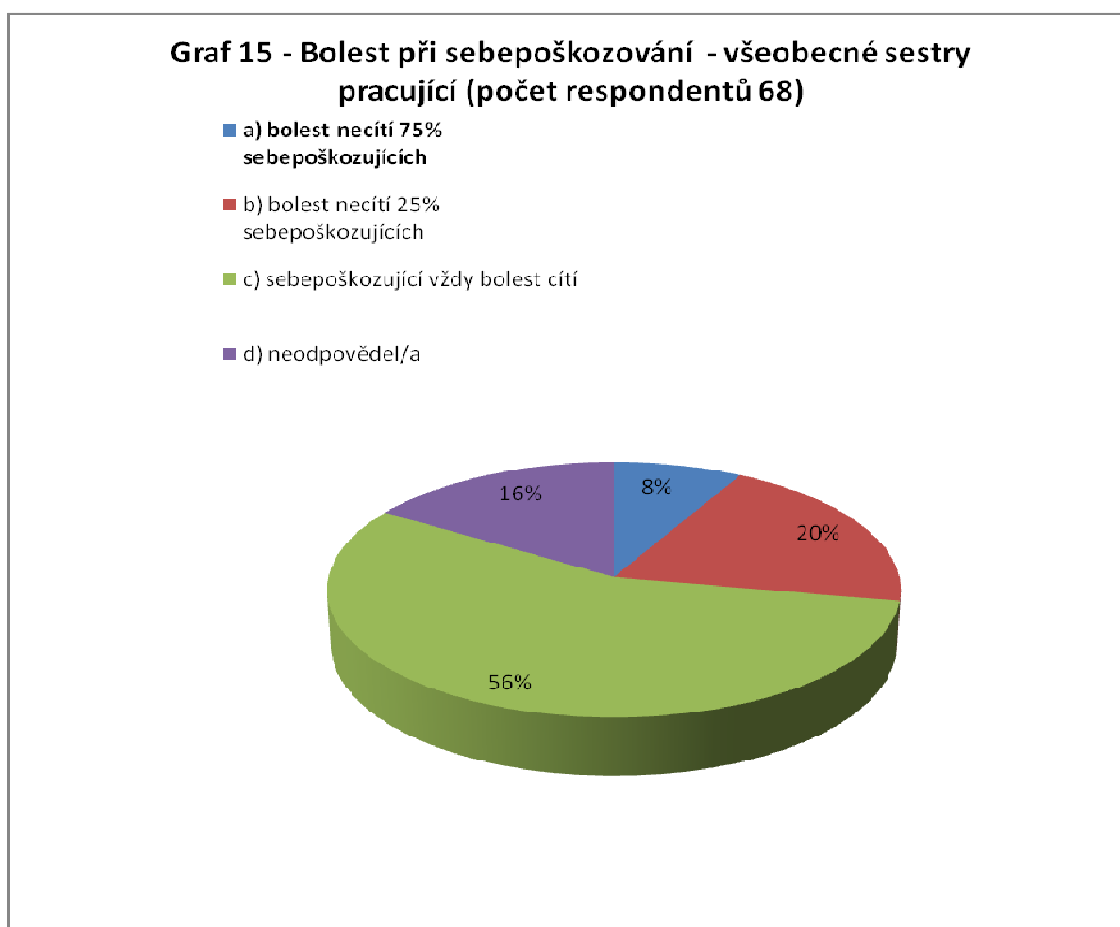
**Graf 14 - Pomůcky sebepoškozujících - všeobecné sestry pracující (počet respondentů 68)**

- a) žiletka, nůž, nůžky
- b) zapalovač, cigareta
- c) alkohol, drogy, cigarety
- d) neodpověděl/a



U všeobecných sester nejsou výsledky natolik jednoznačné, jelikož správnou alternativu zvolilo jen 60 % respondentů, na druhou stranu třetí alternativa, kterou volily všeobecné sestry jako druhou nejpravděpodobnější, je rozhodně stejně pravdivá. V této práci je však alternativám zmíněných v bodě. Při této otázce ale těžko můžeme zazlívat respondentům odpověď c), jelikož z hlediska celospolečenského se v třetí alternativě slučuje několik zásadných celospolečenských negativních vlivů. Z hlediska správnosti výzkumu, který je předestřený v teoretické práci je ale správnou odpovědí pouze odpověď a), takže v tomto porovnávání vycházejí z porovnání lépe sestry diplomované.

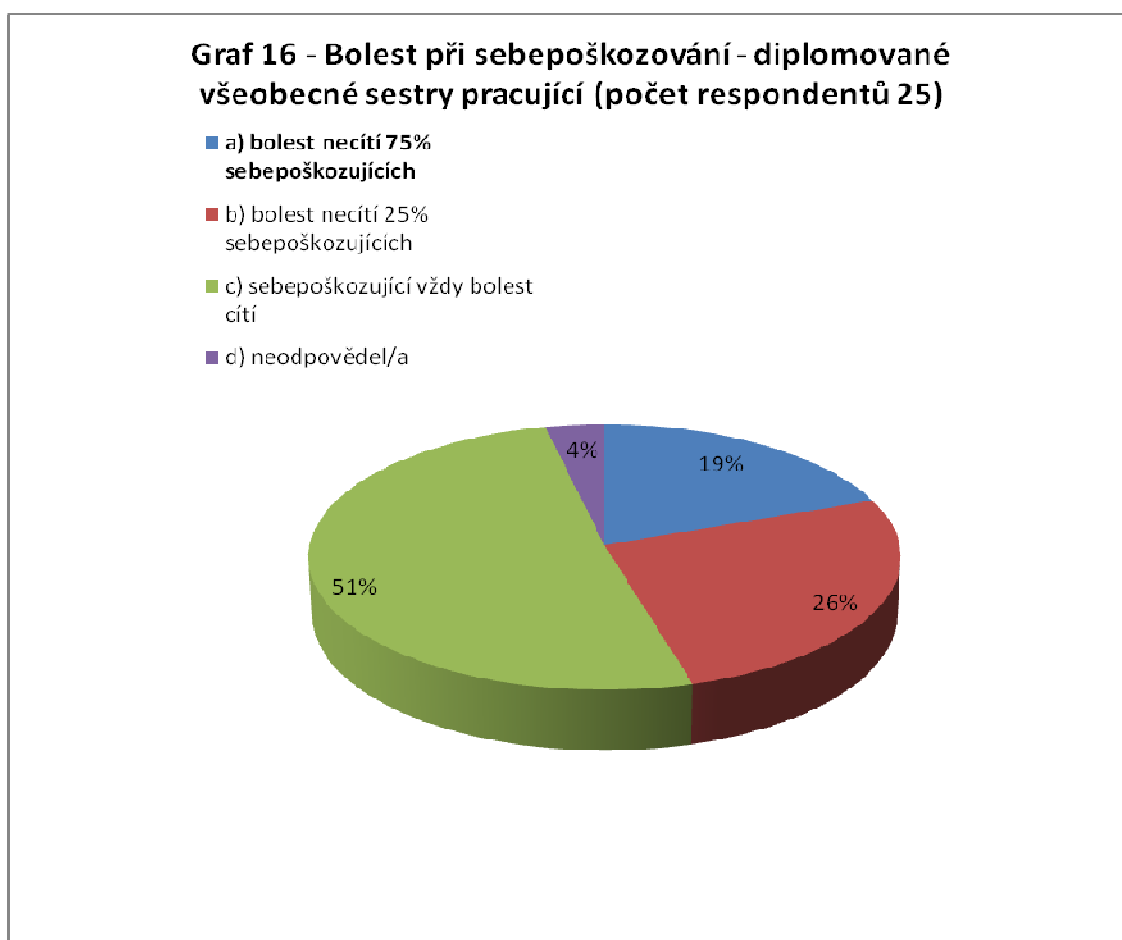
Dalším faktorem, který může rozhodnout o tom, která skupina sester má lepší teoretické znalosti o zkoumané problematice, je otázka číslo 15, která se respondentů ptá, do jaké míry sebepoškozující cítí bolest. Správnou odpovědí je odpověď a), tedy že 75 % sebepoškozovaných bolest při této činnosti necítí.



Zde již dochází k zásadnímu rozchodu mezi teoretickou částí a empiricky získanými daty z dotazníků. V této otázce totiž odpovědělo správně jen 8 % respondentů ze



skupiny všeobecných sester. Většina z nich, 56 %, na otázku odpověděla, že sebepoškozující bolest cítí za každých okolností. Z teoretické části práce jasně vyplývá, že zde je chyba. Poměrně významnou část 16% v této otázce tvoří i respondenti, kteří se rozhodli na otázku neodpovídat. Poslední skupinu tvoří 20 % respondentů, kteří nesprávně odhadli podíl těch, kteří bolest necítí.



V případě diplomovaných sester je situace podobná, i když z hlediska validních procent znovu vycházejí z těchto statistik lépe právě diplomované sestry. Správně na otázku odpovědělo necelých 20 % respondentů, 26 % nesprávně určilo procentuální hodnotu a téměř polovina respondentů ze zkoumané skupiny odpověděla na otázku nesprávně. Oproti všeobecným sestram byl v této skupině menší podíl těch, kteří na otázku neodpovídali. Z celkového hlediska ale můžeme hodnotit, že na tuto otázku nesprávně odpověděly obě skupiny sester - jak diplomované, tak i všeobecné sestry. Podíl správných odpovědí ale opět hovoří v prospěch diplomovaných sester, u kterých byl podíl správných odpovědí vyšší, než u sester všeobecných.

Faktory, které v této části práce uvádím, ukazují na fakt, že vyvození závěru z předmětného výběrového šetření není tak jednoduché. V případě hlavní otázky, která se spojuje s touto problematikou, sice dokázaly všeobecné sestry odpovídat lépe na otázku týkající se definice fenoménu sebepoškozování, následné doplňující otázky, ze kterých se část ptá na vlastní názor k této problematice, ale znemožňují přijetí jednoznačného stanoviska, která skupina sester vychází ze vzájemného porovnání lépe. Výsledky obou skupin byly do velké míry podobné, jednotlivé rozdíly v samostatných otázkách nebyly v žádném z případů natolik dramatické, aby se na nich dala potvrdit anebo vyvrátit stanovená hypotéza.

#### **4.4 Diskuze**

Ze své praktické části vyplývá, že procentuálně nemohu potvrdit tři stanovené hypotézy. I přes podrobné vyhledávání jsem nikde nenašla podobné průzkumné šetření. Z tohoto důvodu bych usuzovala, že by bylo vhodné, kdyby se tento výzkum provedl v širším měřítku, protože sebepoškozování je narůstající problém a všeobecné sestry a i zdravotnický personál by měl vědět něco o tomto onemocnění.

##### **Nepotvrdila se hypotetická tvrzení:**

1. Předpoklad, že častěji budou potvrzovat střetnutí se sebepoškozujícími pacienty všeobecné sestry pracující v ambulancích, než všeobecné sestry pracující na lůžkovém oddělení.
2. Předpoklad, že všeobecné sestry pracující na lůžkovém oddělení budou mít profesně nejpříjemnější reakci na střetnutí se sebepoškozujícím oproti všeobecným sestrám pracujících na ambulancích.
3. Předpoklad, že všeobecné sestry pracující na lůžkovém oddělení i ambulancích vyjdou z vědomostní části otázek úspěšněji než sestry diplomované, které ještě studují.

Dle informací, které jsem zjistila z hypotetického šetření, můžu vyvodit, že všeobecné sestry jak pracující, tak sestry diplomované, které studují, mají procentuálně dobré výsledky o problematice sebepoškozování. Z toho můžeme soudit, že informace získaly během studia, nebo při jejich osobním zájmu.

I když jsem nepotvrdila během výzkumného šetření všechny tři stanovené hypotetické tvrzení z cíle práce, zůstává skutečností, že všeobecné sestry jsou dobře informované o problematice sebepoškozování. Můžeme tedy usoudit, že praktická informovanost všeobecných sester je dobrá.

## 5 PŘÍBĚHY

Na závěr práce, bych chtěla uvést dva příběhy. První příběh je z internetového blogu dívky z Anglie. Pro druhý příběh použiji příběh domácího násilí, o kterém vím, že se skutečně stal, protože jak sem už uváděla v teoretické části, setrvávání v násilném vztahu je také možná forma sebepoškození.

### 5.1 PRVNÍ PŘÍBĚH

Jmenuji se Rachel a začala jsem se řezat v době, kdy mi bylo jedenáct. Možná i dříve. Začala jsem s tím, protože moje psychická bolest byla moc velká, užírala mě. Byla jsem sexuálně zneužívána (obtěžována a znásilněna). Do mých patnácti let se to stalo dvakrát. Když jsem o tom mluvila, měla jsem hrozný zmatek v hlavě. Styděla jsem se a cítila se odporně. Postupem času jsem začala být naštvaná a cítila jsem se provinile. Nenáviděla jsem sama sebe. Chtěla jsem umřít. Chtěla jsem se zkusit zbavit bolesti. Chtěla jsem cítit, že mám zase nějakou cenu. Byla jsem bezcenná a neměla jsem žádné přátele. Žila jsem jen pro to jedno, jen pro ten pocit si ubližovat.

Domnívám se, že právě pocity méněcennosti ve mně vyvolaly začátky s ubližováním si. Milovala jsem ty pocity, kdy jsem si trhala nehty. Ráda jsem se koukala na svoji tekoucí krev. To mě drželo při životě, tahle jsem já měla svůj život pohromadě. Brzy na to jsem se začala řezat. Začala jsem používat nůž a pak břitvu. Řezala jsem se čím dál tím víc a čím dál tím víc jsem krvácela. Cítila jsem se tak sama a cítila jsem jako by něco ve mně našlo ty jizvy a říkalo mi, že jsem šílená. Potom se k naší rodině přistěhoval strýc (bylo mi čtrnáct let) a začal se mnou a s mojí sestrou podnikat různé věci.

Všechno začalo být lepší. Chodili jsme spolu rybařit a lovit a já si myslela, že to je ten nejlepší muž, kterého znám. Můj vlastní otec, který byl doma, semnou nikdy nic nechtěl dělat. Chtěl místo dcery syna a dával nám to se sestrou celý život najevo. Nedostal to, co chtěl, tak se rozhodl nedělat pro mě nic. Takže když se strýc k nám přistěhoval a byl s námi, cítila jsem, že by se snad věci mohly zlepšit. Začala jsem s ním mluvit o sebepoškození a on mě potěšil, řekl mi o mně hezké věci. Naučil mě vážit si samu sebe. Potom, co jsem mu přiznala pravdu, se mě začal dotýkat. Můj svět se zase hroutil. Chtěla jsem jít do svého pokoje, pořezat se a pak vidět a cítit stékání krve po mojí ruce.

Zdalo se, že se nic moc neděje, bolest působila, nemohla jsem zapomenout na zranění, která jsem předtím cítila.

Brzy jsem zkusila spáchat sebevraždu. Dvakrát jsem se řízla do zápěstí. Nakonec si moje matka všimla mých řezů a rozhodla se dovést mě k poradci. Začala jsem chtít, aby to bylo lepší. Jenže něco bylo špatně. Nakonec jsem před rokem skočila na záchranné stanici. Řízla jsem se opravdu hodně do kyčle a museli mi to sešít. Bylo to potom, co jsem usoudila, že vážně potřebuji pomoc. Tak jsem řekla poradkyni v nemocnici, jak to bylo a ona zavolala do pár různých psychologických center a nakonec našla jedno, kde pro mě volný pokoj. Zůstala jsem zde 5 dní. Potom jsem šla domu.

Matka mi sehnala nového poradce, který pil a nepomáhal mi. Tak jsem ho opustila. Věc, která mě nyní držela, byla novinařina. Ta mi moc pomohla. A tak musím říct, že to nebyl pozemský poradce, kdo mi pomohl, byl to Bůh. Jediný pomocník, který uměl udělat věci správné. A za rok jsem byla konečně osvobozena od ubližování si. A většina mojí bolesti z minulosti také odešla. Stále pracuji na některých věcech okolo toho, ale brzy to úsilí skončí. Jsem moc ráda, že jsem skoro volná!

(LOVEMYLIVE BLOG: Sebeпоškození - příběhy [online] cit. 21. 3. 2014. Poslední úprava 8. 6. 2010. Dostupné: <http://lovemylive.blog.cz/1006/sebeposkozovani-pribehy>)

## 5.2 DRUHÝ PŘÍBĚH

Žena XY, svobodná, bezdětná. Ve svých 14 letech se seznámila se svým přítelem. Oba pochází z jižních Čech. Bohužel dodnes spolu žijí v Praze. Oba dva jsou pracující. Přibližně před třemi lety její partner začal hrát na automatech, i když zprvu pouze příležitostně. Jeho závislost narůstala, občas partnerku uhodil, kradl jí její peníze a po nějakém čase si chodil pro její spropitné i kreditní kartu přímo k ní do práce do casina.

Zhruba před rokem se situace vyhrotila. Partner ženu surově zmlátil a ta od něj utekla. Na krátkou dobu jí azyl nabídla kamarádka z práce. Tak pobývala nějaký čas a poté si našla svůj byt. V práci jí její zaměstnavatel poskytnul, že když se v noci vracela domů, doprovázel ji někdo z ochranky. Jde vidět, že v práci měla plnou podporu. Její bývalý partner začal absolvovat léčbu na psychiatrii pro gamblerství a napadení. Po pár měsících se spolu znovu setkali na zábavě mimo Prahu, ale žena byla doprovázena jiným mužem. Při tomhle setkání ji znovu bývalý přítel surově zmlátil. Po pár týdnech, až se žena zotavila, se s násilníkem znovu náhodou setkala a pozvala ho do svého

nového bytu a dodnes s ním setrvává. Podle známých žena v násilném vztahu stále pokračuje. Žena v práci skončila, kontakt s dřívějšími kamarádkami odmítá a můžeme se jenom domnívat, co se děje za jejich zavřenými dveřmi. Když se svými kamarádkami mluvila naposled, mluvila o tom, že si opět potřebuje získat jeho důvěru. Nadále setrvává v násilném vztahu, bez podpory, kamarádek a jistoty bezpečí.

## ZÁVĚR

Vzhledem ke skutečnosti, že v česky psané literatuře není dostatek informací o sebepoškozování v dětství a adolescenci a praktickém řešení tohoto narůstajícího jevu, pokusila jsem se v teoretické části zmapovat základní informace o sebepoškozování a role sester při tomhle setkání. Sebepoškozování je ale problematika, která se netýká jen všeobecných sester, ale všech zdravotnických pracovníků.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit praktickou informovanost všeobecných sester pracujících a všeobecných sester diplomovaných, které ještě studují. Bylo provedeno výzkumné šetření s pomocí strukturovaného dotazníku, které mohly vyplňovat jen všeobecné sestry. Díky průzkumu se nám naskytla možnost srovnávání dvou různých skupin všeobecných sester. I když jsem nepotvrdila během výzkumného šetření všechny tři stanovená hypotetická tvrzení z cíle práce, zůstává skutečností, že všeobecné sestry jsou dobře informované o problematice sebepoškozování a tím byla hlavní výzkumná otázka o praktické informovanosti všeobecných sester splněna.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BABÁKOVÁ, Libuše, MUDr., 2003. *Sebepoškozování v dětství a adolescenci*, in *Psychiatrie pro praxi*, 2003, Roč. 4, č. 4, s. 165-169. ISSN: 1213-0508.

BEDNÁROVÁ, Bibiána, YAMAMOTOVÁ, Anna, PAPEŽOVÁ, Hana, 2010. *Sebepoškozování u poruch příjmů potravy*, in *Česká a slovenská psychiatrie*, 2010, roč. 106, č. 3, s. 173-178. ISSN: 1212-0383.

BENEŠOVÁ, Veronika. *Aktuality v prevenci úrazů*. 2010, č. 1-4, [1-2]. ISSN: 1213-2179.

ČERNÁ, Alena, ŠMAHEL, David, 2009. *Sebepoškozování v adolescenci: blog jako prostředek vytváření komunity*, in *Československá psychologie*, 2009, roč. 53, č. 5, s. 492-504. ISSN: 0009-062X.

KOCOURKOVÁ, Jana, KOUTEK, Jiří. *Intoxikace medikamenty- suicidiální nebo sebepoškozující jednání?*, in *Česká a slovenská psychiatrie*, 2013, roč. 109, č. 2, s. 81-83. ISSN: 1212-0383.

KOCOURKOVÁ, Jana, KOUTEK, Jiří, 2008. *Sebepoškozování v adolescenci- narůstající problém? In Česká a slovenská psychiatrie*, 2008, roč. 52, č. 6, s. 609-614. ISSN: 0009-062X.

KRIEGELOVÁ, Marie, MUDr. 2008. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 176 s. ISBN 978-80-247-2333-4.

LANGMEIER, Josef, KREJČÍKOVÁ, Dana, 1998. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 343 s. ISBN 80-7169-195-X.

MACEK, Petr, 1999. *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál s. r. o., 207 s. ISBN 80-7176-345-X.



MALÁ, Eva a kolektiv, 2007. *Dítě a stres*. 1. vyd. Tigis, spol. s. r. o., 143 s. ISBN 978-80-903730-1-7.

MALÁ, Eva, 2009. *Sebepoškozování- závažný symptom a nebezpečný společenský jev*, in *Praktický lékař*, č. 9, roč. 2009, s. 494-498. ISSN: 0032-6739.

MASTILIÁKOVÁ, Dagmar, 2002. *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup I. díl*. 1 vyd. Praha: Karolinum, 187 s. ISBN 80-246-0429-9

MASTILIÁKOVÁ, Dagmar, 2002. *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup II. díl*. 1 vyd. Praha: Karolinum, 160 s. ISBN 80-246-0428-0.

PLAZNEROVÁ, Alena, MUDr. 2009. *Sebepoškozování, aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén, 159 s. ISBN 978-80-7262-606-9.

PRŮCHOVÁ, Monika, 2012. *Úmyslné sebepoškozování dětí v české republice- hospitalizované děti*, in *Prevence úrazů, otrav a násilí*, 2012, roč. 8, č. 2, s. 150-159. ISSN: 1801-0261.

ROZSÝVALOVÁ, Eva, TREFILOVÁ, Alexandra, PACTL, Ivo, 2010. *Sebepoškozování u dospívajících*, in *Česká a slovenská psychiatrie*, 2010, roč. 106, č. 4, s. 239-244. ISSN: 1212-0383.

RYŠÁNKOVÁ, Magdalena, MUDr. 2008. *Proč se dospívající sebepoškozují?*, in *Pediatric pro praxi*, 2008, roč. 9, č. 6, s. 383-387. ISSN: 1213-0494.

TREFILOVÁ, Alexandra. *Sebepoškozování u dospívajících*, in *dětský a dorostový psychiatrie*, 2012, roč. 22, č. 6, s. 45-51. ISSN: 1212-6152.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. *Vývojová psychologie I*. Praha: Portál, 522 s. ISBN 80-7178-308-0.

LOVEMYLIVE BLOG: *Sebepoškozování - příběhy* [online] cit. 21. 3. 2014. Poslední úprava 8. 6. 2010. Dostupné: <http://lovemylive.blog.cz/1006/sebeposkozovani-pribehy>.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha číslo 1** - Pálení cigaretou na dolních končetinách, s. 57

**Příloha číslo 2** - Pořezané dolní končetiny u sebepoškozování, s. 58

**Příloha číslo 3** - Pořezaná horní končetina u sebepoškozování, s. 59

**Příloha číslo 4** – Dotazník, s. 60

**PŘÍLOHA č. 1**



**PŘÍLOHA č. 2**



**PŘÍLOHA č. 3**



#### PŘÍLOHA č. 4

Tento dotazník slouží jako podklad k bakalářské práci na téma: **Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci z pohledu všeobecné sestry. Má přinést zhodnocení poznatků zdravotních sester pracujících a studujících. Jeho výsledky budou zařazeny do praktické části BP a informační brožury, která bude součástí BP. Chtěla bych všem předem poděkovat za vyplnění dotazníku. Za ochotu a čas. Věřím, že výsledky budou i Vám ku prospěchu. Kateřina Špičáková, studentka 3. Ročníku Vysoké školy zdravotnické o.p.s, Praha 5, obor Všeobecná sestra, akademický rok 2013/2014**



## **DOTAZNÍK**

### **1. Jste?**

- a) muž
- b) žena

### **2. Jaký je Váš věk?**

- a) 18 – 30
- b) 31 – 40
- c) 41 – 50
- d) 51 – 60
- e) 61 a více

### **3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) střední s maturitou
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské

### **4. Jste student/ka? Jestli ne přejděte na otázku číslo 5.**

- a) jsem Student/ka
- b) jsem student/ka a někdy pracuji na brigádách
- c) jsem student/ka a ještě pracuji ve zdravotnictví
- d) jsem student/ka, který/á pracuje, ale na ve zdravotnictví

### **5. Jaké je vaše pracovní zařazení? Jestli nepracujete prosím přeskočte na otázku číslo 6**

- a) všeobecná sestra na lůžkovém oddělení
- b) všeobecná sestra na ambulantním oddělení
- c) nepracuji ve zdravotnictví

### **6. Označte jednu správnou definici sebepoškozování**

- a) Sebepoškozování je záměrné a opakované ubližování si ve snaze vypořádat se s příjemnými duševními stavy.
- b) Komplexní autoagresivní chování, které na rozdíl od sebevraždy nemá fatální následky.

c) Komplexní autoagresivní chování, které má za následek sebevraždu.

**7. Jaké jsou podle vás nejčastější způsoby sebepoškození.**

- a) sebeřezání
- b) sebepálení
- c) propichování kůže

**8. Jaký je podle vás nejčastější důvod sebepoškození. Uveďte dva příklady:**

**9. U jaké rizikové skupiny se nejvíc vyskytuje sebepoškozující chování?**

- a) dospělí (20- 35 let)
- b) dospívající (11-20 let)
- c) děti (4-11 let)

**10. Jaké jsou podle Vás nejčastější důvody sebepoškození? Zaškrtněte jen jednu odpověď, která vyjadřuje váš názor.**

- a) psychické, nebo sexuální zneužívání
- b) nešťastná láska.
- c) problémy ve škole

**11. Jaké je podle Vás nejpoužívanější pomůcka při sebepoškození? Zaškrtněte jen jednu odpověď, která vyjadřuje váš názor.**

- a) žiletka, nůž, nůžky
- b) zapalovač, cigareta
- c) alkohol, grogy, cigarety

**12. Už jste se někdy setkali se sebepoškozujícím?**

- a) ano, ale jenom v nemocnici (při práci, nebo v rámci školní praxe)
- b) nevím, nevzpomínám si
- c) ne



**13. Navštívila jste někdy úmyslně nějaký portál o záměrném poškozování na internetu?**

- a) ano
- b) ne
- c) velmi mě to fascinuje, takové stránky navštěvuji často

**14. Myslíte si, že sebepoškozování je nějakou součástí suicidia?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**15. Myslíte si, že sebepoškozující cítí při sebepoškozování bolest? Zaškrtněte jen jednu odpověď, která vyjadřuje váš názor.**

- a) bolest necítí 75 % sebepoškozujících
- b) bolest necítí 25 % sebepoškozujících
- c) sebepoškozující vždy bolest cítí

**16. Co si myslíte, že je klinicky horší pro pacienta? Demonstrativní sebevražda, nebo sebepoškozování?**

- a) demonstrativní sebevražda, kterou na sebe většinou chce poškozený upozornit
- b) sebepoškozování, protože probíhá a okolí o něm většinou vůbec neví
- c) nevím

**17. Pokud byste zjistila, že máte na svém oddělení pacienta, který se sebepoškozuje, co byste udělala? Zaškrtněte jen jednu odpověď, která vyjadřuje váš názor.**

- a) doporučit mu návštěvu psychiatra (podle aktuálního stavu)
- b) zápis do sesterské dokumentace a informovat lékaře
- c) nebudu dělat nic

**18. Kde jste získal/a informace o sebepoškozování?**

- a) v průběhu školní praxe
- b) samostudiem
- c) v průběhu studia

**19. U jakých lékařských diagnóz se může objevit sebepoškození? Zaškrtněte jen jednu odpověď, která vyjadřuje váš názor.**

- a) Alzheimerova choroba
- b) poruchy osobnosti
- c) anorexie, bulimie

**20. Jaká si myslíte, že je sekundární role všeobecné sestry u sebepoškození? Zaškrtněte jen jednu odpověď, která vyjadřuje váš názor.**

- a) Odsouzení pacienta, nadávky vůči jeho osobě a vyčkávání že s tím přestane sám.
- b) Odstranit všechny předměty z okolí čím by se pacient mohl zranit a poradit mu jak se vypořádat se stresem jiným nerizikovým chováním např. ledová sprcha.
- c) Podpořte pacienta, neodsuzujte ho a vyhledejte mu odbornou pomoc.

**21. Jaká si myslíte, že by byla nejlepší prevence u mladistvých? Zaškrtněte jen jednu odpověď, která vyjadřuje váš názor.**

- a) Jednorázové vzdělávací akce pro mladistvé, které informují a rizikové chování, praktikách, formách a následcích sebepoškození.
- b) Mladistvým podat základní informace o sebepoškození a objasnit několik příkladů, ale spíše jim poradit na koho se obrátit když se budou sebepoškozovat, nebo když zjistí, že se někdo z jeho okolí spolužáků sebepoškozuje.
- c) Zvýšit výskyt obrázků, článků, písni v mediích a portálech na internetu.

**22. Jaký je Váš názor na sebepoškození?**

- a) myslím, že lidé, kteří se sebepoškozují, k tomu musí mít nějaký vážný důvod
- b) nechápu lidi, co se sebepoškozují
- c) nemám svůj názor, nic si o tom nemyslím