

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA SE SKLONY
K SEBEPOŠKOZOVÁNÍ, HOSPITALIZOVANÉM NA
DĚTSKÉM PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

GABRIELA KOPPOVÁ

Praha 2018

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

**EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA SE SKLONY
K SEBEPOŠKOZOVÁNÍ, HOSPITALIZOVANÉM NA
DĚTSKÉM PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ**

Bakalářská práce

GABRIELA KOPPOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Praha 2018



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

KOPPOVÁ Gabriela

3BVS

Schválení tématu bakalářské práce

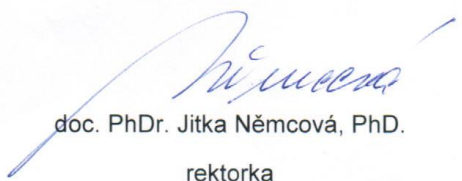
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Edukační proces u pacienta se sklony k sebepoškození hospitalizovaném na
dětském psychiatrickém oddělení

*Educational Process in a Patient with Tendency to Self - harm Hospitalized at Child
Psychiatric Ward*

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne 1. listopadu 2017



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu, a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného neakademického titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 12.03.2018

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala všem, kteří se podíleli na tvorbě mé bakalářské práce a za podporu. Zejména pak vedoucí práce doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD, za její trpělivost a velmi vstřícný přístup, cenné rady a připomínky, které mi poskytla.

ABSTRAKT

KOPPOVÁ, Gabriela. *Edukační proces u pacienta se sklony k sebepoškozování, hospitalizovaném na dětském psychiatrickém oddělení*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2018. 47 s.

Tématem práce je edukační proces u dětského psychiatrického pacienta, který trpí sebepoškozováním. Teoretická část práce definuje základní pojmy týkající se záměrného sebepoškozování. Zaměřuje se na nejčastější metody, příčiny, výskyt a obecné informace tohoto problému. Informuje o trendech, řešeních a aktualitě tohoto tématu. Částečně popisuje adolescentní období. Dále pojednává o edukačním procesu, zásadách edukace psychiatrického pacienta. Praktická část práce se zabývá tvorbou edukačního procesu u pacienta, který je hospitalizován na dětském psychiatrickém oddělení. Téma edukace bylo určeno pomocí 10 otázek, obsažené ve vstupním testu, který byl s pacientem vypracován. Na základě výsledku testu byly vybrány čtyři edukační jednotky. Pro zhodnocení výsledku byla použita stejná metoda, tedy výstupní test. Z vyhodnocených výsledků lze stanovit, že cíle edukace byly splněny. Pacientka je schopna aplikovat nově získané vědomosti. Součástí práce tvoří edukační leták, který má informovat o problematice záměrného sebepoškozování.

Klíčová slova

Adolescent. Edukace. Edukační proces. Záměrné sebepoškozování.

ABSTRACT

KOPPOVÁ, Gabriela. Edukační proces u pacienta se sklony k sebepoškození, hospitalizovaném na dětském psychiatrickém oddělení. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2018. 47 s.

The theme of the bachelor thesis is the Educational Process in a Patient with Tendency to Self-harm Hospitalized at Child Psychiatric Ward. The theoretical part defines the basic concepts of intentional self-harm. It focuses on the most common methods, causes, occurrence and general information of this problem. It informs about trends, solutions and recent events of this topic. It partially describes the adolescent period. The thesis deals about the educational process and about the principles of the education of a psychiatric patient. The practical part deals with creation of the educational process of a patient, who is hospitalized on a children's psychiatric ward. The topic of the education was determined by the 10 questions contained in the entrance test, which was developed with the patient. Based on the result of the test were selected four educational units. To evaluate the result, the same method – an output test, was used. From the evaluated results it can be determined that the goals of the education have been fulfilled. The patient is now able to apply newly acquired knowledge. Part of the thesis is an educational leaflet to inform about the problems of intentional self-harm.

Key words

Adolescent. Education. Educational proces. Intentional self-harm.

PŘEDMLUVA

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila problematiku záměrného sebepoškození. Domnívám se, že se ve společnosti toto téma pro svou absurditu opomíjí. A to i přesto, že má narůstající trend. Psychiatrická onemocnění se velmi často setkávají s nepochopením. Jedinci, kteří takovým onemocněním trpí, bývají izolováni od společnosti, uzavírají se sami do sebe a jejich volání o pomoc není respektováno. Sama jsem svědkem několika případů, díky kterým jsem si uvědomila, jak invalidizující tento problém může být. Věřím, že bližší seznámení se záměrným sebepoškozením, bude mít nejen pozitivní přínos pro mě a moji praxi, ale i pro pacienty, kteří se s ním dennodenně snaží sžít. Pomocí dostatečné informovanosti a včasného řešení se dá předejít fatálním následkům. Psychiatrická onemocnění s sebou nesou řadu režimových opatření, která jsou pro úspěšnou léčbu nezbytná. Mimo vstřícný přístup, poskytnutí podpory a empatie je důležité, aby sestra motivovala pacienta ke spolupráci. Právě úkolem sestry je pacientovi podat dostatek informací tak, aby jim vždy rozuměl. K předání těchto informací sestra realizuje edukaci v rámci edukačního procesu, ve kterém stanoví problémy pacienta. Bakalářská práce je určena pacientům trpícím záměrným sebepoškozením a rodinným příslušníkům.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	12
1 ZÁMĚRNÉ SEBEPOŠKOZOVÁNÍ.....	14
1.1 ČLENĚNÍ ZÁMĚRNÉHO SEBEPOŠKOZOVÁNÍ	14
1.2 DIAGNOSTIKA	16
1.3 DEMOGRAFIE A EPIDEMIOLOGIE.....	16
1.4 METODY ZÁMĚRNÉHO SEBEPOŠKOZOVÁNÍ	17
1.5 FAKTORY	17
1.6 CHARAKTERISTIKA OSOBNOSTI JEDINCE.....	18
1.7 DUŠEVNÍ PORUCHY SPJATÉ SE ZÁMĚRNÝM SEBEPOŠKOZOVÁNÍM .	19
1.8 FUNKCE ZÁMĚRNÉHO SEBEPOŠKOZOVÁNÍ	21
1.9 LÉČBA ZÁMĚRNÉHO SEBEPOŠKOZOVÁNÍ	21
1.10 NESTANDARDNÍ FORMY SEBEPOŠKOZOVÁNÍ, SUBKULTURNÍ SKUPINY	22
2 OBDOBÍ ADOLESCENCE	25
3 EDUKACE	28
3.1 EDUKAČNÍ PROCES.....	30
4 EDUKAČNÍ PROCES	32
5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	54
ZÁVĚR	56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	58
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM ZKRATEK

ALP	alkalická fosfatáza
ALT	alaninaminotrasferáza
ASLO	antistreptolysinový titr
AST	aspartátaminotransferáza
BMI	index tělesné hmotnosti
CNS	centrální nervový systém
D	dech
EEG	elektroencefalografie
GCS	Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí
KO	krevní obraz
P	pulz
PMV	psychomotorický vývoj
TK	tlak krve
TSH	tyreostimulační hormon
TT	tělesná teplota
WHO	Světová zdravotnická organizace

(VOKURKA, 2015)

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abúzus – nadměrné užívání, zneužívání

Arousal – úroveň aktivace mozku

Dorsum - hřbet

Komorbidity – současný výskyt více nemocí

Precipitace – vyvolání

Suicidium – sebevražda, úmyslné a vědomé ukončení vlastního života

(VOKURKA, 2015)

ÚVOD

Tématem této bakalářské práce je „Edukační proces u pacienta se sklony k sebepoškození hospitalizovaném na dětském psychiatrickém oddělení“. Jedná se o velmi závažný problém, který výrazně ovlivňuje kvalitu života každého, takto postiženého jedince.

Cílem bakalářské práce je poskytnout náhled na základní informace o záměrném sebepoškození, edukaci a edukačním procesu. Stěžejní částí je sestavení a realizování edukačního procesu u pacienta se sklony k záměrnému sebepoškození. Teoretická část bakalářské práce má 3 části. První se zabývá popisem záměrného sebepoškození, epidemiologií, etiologií, metodám, netradičním formám. Dále je součástí seznámení základními informacemi o adolescenci, charakteru tohoto období a vztahu mezi ním a záměrným sebepoškozením. Třetí kapitola se věnuje edukaci. Edukace pacientů je nezbytnou součástí práce lékařů i všeobecných sester, kteří motivují pacienty a poskytují odborné poradenství. Jak prevence, tak důkladná informovanost je nezbytnou součástí léčby.

Praktickou část bakalářské práce tvoří vypracovaný edukační proces u pacienta se sklony k sebepoškození, který se skládá z pěti fází edukačního procesu. V realizační fázi jsou zpracovány 4 edukační jednotky. Při edukaci pacienta jsou poskytovány důležité informace prostřednictvím edukačního procesu, který je individuální pro každého pacienta. Konec praktické části je zaměřen na doporučení pro psychiatrické pacienty trpící záměrným sebepoškozením a jejich rodinné příslušníky.

Informace prezentované v této bakalářské práci mohou sloužit jako i návod zdravotnickým pracovníkům při edukaci pacientů, kteří trpí tímto onemocněním. Součástí práce je informační leták, jež shrnuje základní informace o onemocnění a slouží jako pomůcka při realizaci edukace především dětského psychiatrického pacienta.

Pro tvorbu teoretické části práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Vypracovat teoretickou část práce z dohledaných zdrojů, ve které je stěžejní téma záměrné sebepoškození, adolescence a edukace.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Navrhnout a vypracovat individuální edukační proces u pacienta se sklony k záměrnému sebepoškozování.

Cíl 2: Navrhnout doporučení pro praxi.

Cíl 3: Vypracovat edukační materiál.

Vstupní literatura:

JUŘENÍKOVÁ, P. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2010, ISBN 978-80-247-2171-2.

KRIEGELOVÁ, Marie. Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci. Praha: Grada, 2008. 174 s. ISBN 978-80-247-2333-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání. Praha: Karolinum, 2008. 467 s. ISBN 987-80-246-0956-0.

Popis rešeršní strategie:

Rešerše byla vypracována na žádost ze dne 15. 11. 2017 v Národní lékařské knihovně, Sokolská 54, Praha 2. Rešerše byla rozpracována na základě klíčových slov, která se vyskytují v bakalářské práci: edukace, edukační proces, záměrné sebepoškozování, adolescent. Časové rozmezí knižních zdrojů je od roku 2007 až do současnosti. Do rešeršní strategie bylo zadáno i jazykové rozmezí, byly požadovány knižní zdroje v českém, slovenském a anglickém jazyce. Jako základní prameny byly použity: katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz), specializované databáze (CINAHL a MEDLINE), datábáze Bibliographia Medica Českoslovac, databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz), online katalog NCO NZO. Druhy vyhledané literatury byly vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku. Pomocí rešerše bylo dohledáno 26 knižních titulů a 32 článků. Z toho bylo 18 článků v češtině, 12 ve slovenštině a 2 v angličtině. V následném vyhledávání plnotextů byla většina publikována v recenzovaných časopisech. Vybrané prameny byly přiřazeny dle tématu k jednotlivým cílům bakalářské práce. K realizaci bakalářské práce bylo využito 21 knižních publikací a 3 odborné články. Některé knihy a články nebyly využity z důvodu neaktuálnosti, stěžejního téma se týkaly pouze okrajově, nebo byly zaměřeny na jinou cílovou skupinu.

1 ZÁMĚRNÉ SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Sebeпоškozování je aktuální ve všech společenských vrstvách, v každém věku i pohlaví. Sebeпоškozování můžeme definovat jako záměrnou destrukci, nebo poškození vlastních tělesných tkání bez záměrného sebevražedného záměru. Záměrné sebeпоškozování je od sebevraždy odlišné. Základním poznávacím znakem je, že jedinec, který se opravdu pokusí o sebevraždu, chce ukončit svůj život. Naproti tomu se sebeпоškozování vyznačuje tím, že si jednotlivec chce pouze cítit lépe. Sebeпоškozování lze dělit do čtyř kategorií, a to: stereotypní, závažné, kompulzivní a impulzivní. (ROEKOVÁ, 2017).

WHO konstatuje, že sebeпоškozování spadá do kategorie externích příčin úmrtnosti. Taktéž definuje sebeпоškozování výhradně v období dětství a adolescence. V rámci záměrného sebeпоškozování v adolescenci jde především o intoxikaci léky, nebo řezání se. Dalším obvyklými formami je pokus o oběšení se, škrcení a pálení se (ROEKOVÁ, 2017).

V psychologickém slovníku je sebeпоškozování (self-harm, self-injury) popsáno jako: „Dobrovolné poškození vlastního těla bez sebevražedného úmyslu.“ (HARTL, HARTLOVÁ, 2010, s. 515).

1.1 ČLENĚNÍ ZÁMĚRNÉHO SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Automutilace – jde o sebeпоškozování vycházející nejčastěji z psychotické poruchy. Může mít symbolický význam. Vyskytuje se u pacientů se schizofrenickým typem poruchy, sexuálních praktik sadomasochistického charakteru, nebo u osob s poruchami osobnosti v zátěžových situacích.

Sebeпоškozování – jde o vědomé, záměrné a často se opakované sebeпоškozování, či sebezraňování se, bez vědomé suicidální motivace, při kterém dochází k narušení tělesné integrity. Především jde o řezná poranění kůže na zápěstí, předloktí, hřbetů rukou, škrábance, vyřezávání znaků do kůže. K těmto zraněním dochází nejčastěji pomocí ostrých předmětů, jako jsou žiletky, střepy. Vedle řezání se vyskytuje forma popálení,

např. cigaretou, nebo zapalovačem. K sebepoškození bývá zahrnuto i předávkování léky, které se opakuje a nemá suicidální charakter. Uváděné motivy pro sebepoškození jsou různé, nejčastěji jsou však pocity vzteku na sebe samého, úleva od napětí, či přání zemřít. Sebepoškození je se považuje za znak narušené osobnosti. Někteří autoři ovšem považují sebepoškození za návykovou poruchu, než jako znak specifické poruchy osobnosti.

Syndrom záměrného sebepoškození – představuje širší pojetí sebepoškozujícího jednání, které je vyčleněné z pokusů o sebevraždu a zahrnuje sebepoškození jako specifický, patologický projev u poruch osobnosti, nebo u pacientů s poruchami příjmu potravy, především u mentální bulimie a pacientů trpících závislostí na návykových látkách.

Syndrom pořezávaného zápěstí – charakterizuje sebepoškození, ve kterém dominuje pořezávání na předloktí a zápěstí, bez sebevražedného motivu. Specifické pro popisovaný syndrom je afektivní projev s dynamickým průběhem. Pacienti bývají v tenzi a dysforii. Sebepořezání jedince přivede k úlevě. Opakování tohoto jednání, se snahou se samotným aktem bojovat, ale při pokusu ovládnou se, se přivádějí do napětí, které vede k opětovanému sebepořezávání (ROLKOVÁ, 2017).

Předávkování léky – představuje neindikované, nepřiměřené, nebo nadměrné užití dávky léků bez sebevražedného úmyslu (KOUTEK, 2007, s. 74).

Sebepoškození lze dělit do třech kategorií dle závažnosti poranění. Tyto tři kategorie jsou:

- *závažná automutilace (např. kastrace, amputace končetiny)*
- *stereotypní automutilace (bušení hlavou, stlačování očních bulv)*
- *povrchová nebo mírná automutilace (pořezání)*

Mírné povrchové sebepoškození dále dělíme na kompulzivní a impulzivní. Kompulzivní jednání má blíže k obsedantně-kompulzivní poruše, zatímco impulzivní je reakce na emoční spouště (PLATZNEROVÁ, 2009).

1.2 DIAGNOSTIKA

V žádném klasifikačním systému prozatím sebepoškozování netvoří samostatnou diagnostickou kategorii. Mezi nejpočetnější duševní poruchy, které se vyskytují u pacientů se sklony k záměrnému sebepoškozování, patří hraniční typy emoční nestability osobnosti, posttraumatické stresové poruchy a poruchy kontroly impulsů v rámci jiných návykových a impulsivních poruch. Několik let se zahraniční výzkumníci snaží o zařazení záměrného sebepoškozování, jako samostatnou diagnózu (KRIEGLOVÁ, 2008).

K diagnostice záměrného sebepoškozování doposud nebyl vytvořen žádný nástroj. V zahraničí se můžeme setkat s hodnotícími škálami, nebo dotazníky. Jejich výsledky však bývají pro momentální psychické i fyzické rozpoložení jedince, upřímnost a schopnost odpovědět na otázky podstatně zkreslené (ROEKOVÁ, 2017); (KOCOURKOVÁ, 2008).

1.3 DEMOGRAFIE A EPIDEMIOLOGIE

Vzhledem k pohlaví

Studie ohledně genderových rozdílů v prevalenci sebepoškozování se různí. Některé tvrdí, že je rozdíl nepatrný, další a také většina z nich říkájí, že se sebepoškozování objevuje více u žen, a to dokonce až třikrát. Někteří výzkumníci přikládají vyšší výskyt u žen z toho důvodu, že se ženy častěji rozhodnou tento problém řešit, tudíž vyhledají pomoc. Výjimkou se stávají zpravidla muži, kteří se ocitnou ve vězeňském prostředí. V rámci závažnosti, oproti frekvenci sebepoškozování, je fatálnost vyšší u mužů (KRIEGLOVÁ, 2008); (MALÁ, 2007).

Vzhledem k věku

Výzkumy dokazují, že se výskyt sebepoškozování může objevit v jakémkoliv věku, ale nevyšší prvokontakt je zaznamenán v období adolescence. Frekvence přibývá průměrně do dvacátého roku života a následně v přibližně třiceti letech života se opět snižuje, častokrát vymizí úplně. Období vzniku se nejčastěji spojuje s třináctým až čtrnáctým rokem života (KRIEGLOVÁ, 2008); (MALÁ, 2007).

Prevalence jevu

Pro nejednotnost záměrného sebepoškozování je velmi obtížné určit prevalenci. Informace, vedoucí k určení prevalence pocházejí ze třech hlavních pramenů. První zahrnuje výzkumy, zabývající se klinickou populací, tudíž používají data z ambulantních příjmů a hospitalizací. Druhá kategorie se zabývá průzkumem na obecné populaci dětí a adolescentů, především ve školách. Třetí zkoumá obecnou populaci dospělých jedinců. Valná většina studií se shoduje na rostoucím trendu tohoto chování a zároveň tvrdí, že je prevalence záměrného sebepoškozování silně podhodnocení (KRIEGLOVÁ, 2008).

1.4 METODY ZÁMĚRNÉHO SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Jelikož jedinci, kteří se předávkují, nebo přiotráví, častěji vyhledají lékařskou pomoc, klinické studie potvrdily vyšší výskyt sebepoškozování těmito metodami. Ovšem ostatní výzkumy řadí mezi nejčastější metody sebepořezání. Sebepálení, sebeopanování, škrábání kůže, sebekousání, propichování kůže apod. Většina jedinců používá pro sebepoškozování většinou více metod najednou. Nejčastěji se objevuje pořezání na paži a stehnech pomocí nože, nebo žiletky. U sebepálení je nejčastěji využívána cigareta a zapalovač. Pro sebetrávení, jsou velmi často užívány různé druhy léků. Následně jedinci volí ostatní metody a nakonec se rozhodnou pro jednu nejspokojivější (KOUTEK, 2007).

Nejčastěji postižené partie

Výzkumy zjistily, že nejčastěji sebepoškozovanou částí těla, až 75%, jsou ruce, poté sestupně nohy, oblast břicha, hlava, hrudník a nejméně pak genitálie. U rukou jedinci nejvíce uvádí oblast od zápěstí po loket, pro nejsnazší přístup. Ostatní místa jsou většinou zvoleny pro neviditelnost okolí, nebo část, kterou z jakéhokoliv důvodu sami na sobě nenávidí (KRIEGLOVÁ, 2008); (MALÁ, 2007).

Délka trvání

Záměrné sebepoškozování se v rámci trvání řadí do několika dekád. Obvykle přirozeně vymizí po pěti až deseti letech (KRIEGLOVÁ, 2008).

1.5 FAKTORY

Faktory, které ovlivňují vznik sebepoškozujícího chování, se dělí do třech základních kategorií. Krátkodobé, dlouhodobé a stresové. Mezi dlouhodobé můžeme

zařadit např. brzkou ztrátu starající se osoby, tedy rodiče. Stejně tak i hyperprotektivní, či zanedbávající přístup starající se osoby, sexuální, fyzické, nebo psychické zneužívání v dětství a duševní choroby. U krátkodobých faktorů se jedná o momentální problémy ve vztahu s blízkou osobou, nedostatek sociální podpory, problémy v práci, či ve škole, zhoršený průběh duševní choroby, nebo abusus návykových látek. Stresové faktory se objevují bezprostředně pár dní před samotnou atakou. Mezi ně se řadí např. aktuální problémy ve vztahu k blízké osobě, finanční tíseň, úmrtí, nebo jiná trvalá ztráta blízké osoby. Za kauzální faktory lze považovat problémy s pohlavní identitou, sebenenávist, pocity nejistoty, osamělosti apod. (KRIEGLOVÁ, 2008); (MALÁ, 2007); (ROLKOVÁ).

Sociální a environmentální okolnosti

Záměrné sebepoškozování se objevuje ve všech socioekonomických vrstvách. Výrazným vlivem jsou problémy se socializováním, interpersonálními vztahy, nedostatek sociální podpory a další.

Dalším faktorem je bezpochyby rodina, už jen proto, že je primárním místem sociální interakce. Sebepoškozování může být následkem frustrace z rozporu rodinných pravidel a požadavků. Děti potřebují pro zdravý vývoj sebeúcty a sebevědomí adekvátní emocionální reakci rodičů. V případě, že dochází k problémům ve vyjadřování emocí ze strany rodičů, nebo jsou děti nuceny starat se o fyzické, psychické i sexuální potřeby některého rodinného člena, často se pak u takovýchto dětí vyskytují známky sebepoškozování. Nezdravé emocionální rodinné klima vede k neschopnosti řešit všední životní situace bez abnormálního zaplavení emocí dítěte. Neméně důležitá je i podpora okolí jedince při vyvíjení praktického, filozofického, politického a náboženského názoru jak na sebe samo, tak na okolní svět.

Některé traumatické situace též mohou mít silný vliv na sebepoškozování jedince. Jsou to události, které vyčnívají z oblasti běžné lidské zkušenosti. Řadí se sem např.: neočekávané úmrtí, či ztráta blízké osoby, hrubé zanedbání rodičovské péče, sexuální psychické a fyzické násilí, dlouhodobá šikana a další (KOUTEK, 2007); (KRIEGLOVÁ, 2008).

1.6 CHARAKTERISTIKA OSOBNOSTI JEDINCE

Jsou některé specifické vlastnosti, vyskytující se u jedinců, kteří se záměrně sebepoškozuji. Neexistuje však jednotná koncepce charakteristik, určující povahu jedince. Takový člověk je často smutný, má potíže s vyjadřováním emocí, sebepodceňuje se, jedná odmítavě a impulzivně a další. Často se můžeme setkat s tím, že se sebepoškozující jedinec sám invalidizuje (KRIEGLOVÁ, 2008).

1.7 DUŠEVNÍ PORUCHY SPJATÉ SE ZÁMĚRNÝM SEBEPOŠKOZOVÁNÍM

Jelikož záměrné sebepoškozování není samostatným klinickým jevem, diagnostikuje se společně s dalšími přidruženými symptomatologiemi. Mezi nejčastější duševní poruchy spadá: hraniční typ emočně nestabilní poruchy osobnosti, disociační poruchy, lehká depresivní epizoda, porucha kontroly impulzů, poruchy příjmu potravy, schizofrenie, bipolární afektivní porucha, obsedantně kompulzivní porucha a další (KRIEGLOVÁ, 2008); (ROĽKOVÁ, 2017).

Hraniční typy emoční nestability osobnosti

Hraniční typy emoční nestability osobnosti často všeobecně nazýváme hraniční poruchou osobnosti a je charakterizována emoční nestálostí, narušenými představami o sobě a svých preferencích, intenzivními nestálými vztahy, strachem z odmítnutí, pocity prázdnoty a nepoškozujícím jednáním. Naproti jiným chorobám v tomto případě nebyla potvrzena genetická predispozice. Hraniční porucha je častější u žen a na základě pozitivní korelace se zneužíváním v dětství (KRIEGLOVÁ, 2008, s. 34-35).

Disociační poruchy

Výzkumy prokázaly vysoký výskyt záměrného sebepoškozování u pacientů s disociativními poruchami. K častým projevům disociace u takovýchto pacientů patří zejména stavy depersonalizaci a derealizace (KRIEGLOVÁ, 2008).

Poruchy příjmu potravy

Problémy s poruchami příjmu potravy jsou stále velmi aktuální. Tvoří samostatnou psychiatrickou diagnózu Mezi nejvíce vyskytované, řadíme zejména mentální anorexii a bulimii. Záměrné sebepoškozování bylo nejčastěji zaznamenáno při mentální anorexii, a to u žen od šestnácti do dvaceti dvou let věku (ROĽKOVÁ, 2017).

Posttraumatická stresová porucha

Dříve byla tato porucha vidána především u válečných veteránů, či jedinců, kteří se setkali s přírodní katastrofou, nebo přežili násilný kriminální čin. V současnosti zahrnuje prožití vážného traumatického zážitku, mezi které patří i fyzické, či sexuální zneužití v dětství, i zanedbání péče. Diagnóza představuje především psychické potíže, vycházející s události, které jedinec zažil. Tvoří skupinu příznaků, vnímanou jako opožděnou reakci na prožití vážného traumatického zážitku v minulosti. Jedinci, kteří trpí touto diagnózou a zároveň se sebepoškozují, se většinou setkali s traumatem z dětství a současně prožívají trauma Ze samotného sebepoškozování (KRIEGLOVÁ, 2008); (ROLKOVÁ, 2017).

Poruchy kontroly impulsů.

Jelikož záměrné sebepoškozování do určité míry naplňuje kritéria pro tuto diagnózu, je k poruchám kontroly impulsů velmi často přiřazováno. Při samotném aktu sebepoškozování dochází k uvolňování tenze, která může nastat při neschopnosti korigovat impulzy. Po něm může nastat i pocit lítosti, nebo viny (CARR-GREGG, 2011).

Trauma-reenactment syndrom

Zkráceně TRS. Je syndrom, při kterém se jedinec dopouští tzv. válce s vlastním tělem, je neschopen vlastní sebeobranu. Vyznačuje se sebepoškozujícím chováním, užíváním návykových látek, problémy příjmu potravy. Záměrem tohoto chování je kontrola vlastního těla, jelikož v minulosti prožili trauma, při kterém tuto kontrolu nad nimi samotnými měl někdo jiný. Sebepoškozování zde působí jako pomoc při vytěsnění psychické bolesti, bolestí fyzickou (KRIEGLOVÁ, 2008).

Obsedantně-kompulzivní porucha

Nejčastějším projevem sebepoškozování je při obsedantně-kompulzivní poruše vytrhávání vlasů, řas a obočí, škrábání a odstraňování kůže. Často se vyskytuje komorbidita s poruchami příjmu potravy. Tito jedinci byli také, až v 70 % případech, v dětství zneužíváni (ROLKOVÁ, 2017).

1.8 FUNKCE ZÁMĚRNÉHO SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

- **Copingová strategie** - strategie zvládnání zátěže s cílem uvolnit okamžitě tenzi
- **Zvládnání silných emocí a regulace psychické tenze**
- **Kontrola nad vlastním tělem**
- **Očištění** – u jedinců, kteří se po prožitém zneužití cítí jako nečistí
- **Potvrzení existence**
- **Útěk od silných emocí a navození pocitů otupělosti**
- **Sebetrestání**
- **Komunikace, způsob vyjádření vnitřních prožitků**
- **Testování hranic a manipulace druhými**
- **Snaha být zachráněn a volání o pomoc**
- **Euforický zážitek a regulace arousalu**
- **Záměrné sebepoškození jako výraz příslušnosti ke skupině**

1.9 LÉČBA ZÁMĚRNÉHO SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Přestat se záměrným sebepoškozením není rozhodně jednoduchý proces. Ukončit toto jednání, může být pro jedince dlouhodobý a velmi složitý úkol, který si lze jen stěží představit. Odborná pomoc může mít rozmanité podoby. Je velmi důležité pochopit, jak důvody proč toto jednání začalo, tak funkci, kterou plní v životě jedince (KRIEGLOVÁ, 2008).

Cílem léčby poškozujícího se pacienta je redukce počtu dalších epizod sebepoškození, redukce touhy poškodit se, prevence sebevraždy a zlepšení sociálního fungování a kvality života, při minimu vedlejších nežádoucích účinků léčby (PLATZNEROVÁ, 2009, s. 69).

Odborná intervence by měla pomoci rozpoznat vzorec sebepoškozujícího chování, precipitující faktory a příčinné souvislosti (KRIEGLOVÁ, 2008, s. 133). Dále by měla vést ke zlepšení komunikačních a interpersonálních dovedností. Intervence mohou být různého charakteru. Od psychologické, sem patří např. individuální a skupinová terapie,

přes farmakologickou, jež zahrnuje léčiva typu antidepresiv i antipsychotik, sociální, která je zaměřena na kontakt jedince s odborníky, až po

hospitalizaci, kdy je jedinec umístěn do bezpečného nemocničního prostředí. Podle Dallama se k tomuto kroku má přistoupit v případě, má-li jedinec suicidální myšlenky a sebepoškozující epizody jsou natolik vážné, že ohrožují zdraví a život jedince. Jedna z metod, patřící k odborné intervenci, je motivační rozhovor. Technika rozhovoru vznikla původně jako alternativa typického přesvědčování ke změně v počátcích terapie závislých na alkoholu. Postupem času se rozšířila na jiné závislosti a také na záměrné sebepoškozování. Tato metoda se používá na začátku léčby (KRIEGLOVÁ, 2008); (PLATZNEROVÁ, 2009).

1.10 NESTANDARDNÍ FORMY SEBEPOŠKOZOVÁNÍ, SUBKULTURNÍ SKUPINY

Tetování

Tetování neboli bodyart je výjimečný způsob zdobení těla, ale není zdaleka jediný. Lidé své tělesné schránky dotvářejí různými způsoby od mutilace, jizvení, tetování až k nepřebornému množství šperků. Zdobení těla je s lidmi spojeno již od pravěku. Pravěcí lidé používali barvy ke zvýraznění svých rysů. Jedním z důvodů zdobení a přetváření lidského těla je snaha o pocit vítězství kultury nad přírodou. Lidé, jež se tetují, mohou mít ve větší i menší míře znaky narcistické i exhibicionistické povahy, také prvky sadismu nebo masochismu. V neposlední řadě mohou být i emocionálně nestabilní, což způsobuje velkou míru impulzivity. Pravdou také je, že tetování uspokojuje jisté složky lidské osobnosti (Rychlík, 2005).

Subkultury a sebepoškozování

Subkultura mládeže je typ subkultury vázaný na specifické způsoby chování mládeže, na její sklon k určitým hodnotovým preferencím, akceptování či zavržení určitých norem, životní styl odrážející podmínky života (Smolík, 2010, s. 35).

Velmi podstatným znakem subkultur je jejich vyhraněný styl, do kterého spadá zejména extravagantní oblečení, účes, doplňky, ale také vystupování, výraz tváře, postoj těla, chůze, oblíbené provozované aktivity a výrazové prostředky, tedy slovní zásoba a způsob vyjadřování se. Subkultury adolescentům slouží jako prostředek pro odlišení se

od ostatních vrstevníků, stanovených norem. Napomáhá jedinci docílit autonomie. Díky subkulturám jsou schopni rozvíjet vlastní identitu a také poskytují sociální a emocionální porozumění. Vždy je nejmodernější spíše jedna určitá subkultura, která tudíž udává trend, a z toho důvodu sčítá aktuálně největší množství příznivců. Takové členství však nebývá dlouhodobé a největší roli v něm hraje spíše styl a pocit zájmu, než opravdovou identifikaci s normami dané subkultury. K nejznámějším subkulturám dnešní doby se řadí: Emo, Gothic, hippies, hooligans, skinheads a další.

Určité subkultury mladistvých jsou spojovány se sociálně patologickými jevy a rizikovým chováním. Toto chování jedince může být řešením pro vývojové a adaptační potíže. Odpovídá to však spíše kolektivnímu, než individuálnímu řešení. Takový adolescent vyjadřuje konformitu ke skupině i ohledně rizikového chování. Jako zpětnou vazbu pak od skupiny vnímá pocit zázemí, organizaci volného času a své postavení ve svém okolí vrstevníků. K sociálně patologickým jevům chování, spjaté se subkulturami mládeže patří: abúzus návykových látek, kriminalita, ortodoxní politické názory, násilí a agrese, sebepoškození a suicidalita. Z toho sebepoškození, je nejvíce spojováno se subkulturami Emo a Gothic (FISCHER, ŠKODA, 2009); (KRIEGLOVÁ, 2008); (SMOLÍK, 2010).

Subkultura Emo

Výraz Emo pramení z anglického slova emotional, které znamená emotivní, citový, citlivý. Emo je tedy styl, který vychází zejména z prožívání negativních pocitů. Členy této skupiny tvoří především adolescenti ve věku 10 až 16 let života. Jejich chování se vyznačuje introvertním a uzavřeným projevem. Identifikace s tímto stylem souvisí s pocitem osamění, životní i vztahovou frustrací, velmi intenzivním prožíváním emocí. V současnosti se tyto skupiny zakládají především prostřednictvím internetu, než v reálném životě. Osobní setkání pak probíhají na tzv. Emo srazech, či hudebních koncertech. Vlastní vztah mezi Emo a sebepoškozením zatím nebyl podložen žádnou konkrétní studií. Převaha odborníků se domnívá, že subkultura Emo zastává u sebepoškozujících se dospívajících roli spíše doprovodnou, než determinující. Je ovšem známo několik důvodů, proč se sebepoškozením právě se subkulturou Emo spojuje. „Normální“ společnost řadí mezi životní priority zdraví, rodinu, vitalitu, úspěch, radost a další. Kdežto příznivci skupiny Emo, uznávají morbidní vzhled, deprese, smrt a jsou velmi skeptičtí. Členové bývají melancholičtí, psychicky labilní a depresivní. V dnešní internetové době existuje nespočet blogů a stránek, zabývajících se danou tematikou. Mimo

obrázků, návodů a pokynů na nich můžeme naleznout i tzv. pravidla pro styl Emo, která přímo nabádají k sebepoškozování a pokusům o sebevraždu (CENKOVÁ, 2010); (ČERNÁ, ŠMAHEL, 2009); (SMOLÍK, 2010).

Subkultura Gothic

Jedná se o životní styl vyznávající alternativní kulturu, umění, módu a vesměs alternativní pohled na svět. Pro příznivce této skupiny je typické vyznávání temnoty a tajemna, jsou fascinováni smrtí a vším s ní spjaté a kladou velký význam duchovnu, i když se nehlásí k žádné víře. K nejoblíbenějším zájmům pak patří magie, okultismus apod. Vztah mezi Gothismem a sebepoškozováním byl potvrzen několika studiemi, které uvádí, že až polovina příznivců této skupiny trpí sebepoškozováním. Jedinci se sklony k sebepoškozování mohou být touto subkulturou přitahováni, imponuje jim. Dalším faktem je, že se v pohanských rituálech, ze které Gothismus vychází, zdobení těla považuje za formu umění a je součástí magických seancí (ČERNÁ, ŠMAHEL, 2009); (DIGITALIS, 2009); (SMOLÍK, 2010).

Všeobecně jsou známy dvě hypotézy, proč je u těchto subkultur předpokládán vyšší výskyt sebepoškozujících se jedinců, než v běžné populaci, ovšem ani jedna z nich není plně podložena. První zmiňuje sebepoškozování jako součást životního stylu dané skupiny, tudíž toto chování spadá do norem skupiny. Druhá hypotéza hovoří o tom, že jedinci, kteří trpí, nebo dříve trpěli sklony k sebepoškozování, jsou těmito subkulturami přitahováni. Taková subkultura se totiž liší a je přístupná zvláštnostem a odchylkám od normy běžné populace. Mezi osobnostní rysy patří podceňování se, neschopnost vyrovnávat se s úzkostí a stresem, sklony k depresím a další (ČERNÁ, ŠMAHEL, 2009); (KRIEGLOVÁ, 2008); (SMOLÍK, 2010).

2 OBDOBÍ ADOLESCENCE

V období adolescence dochází k mnoha důležitým vývojovým změnám. Mění se zjev, hodnoty, postoje, chování a zájmy jedince. Utváří se samostatný dospělý člověk, rodí se nová a jedinečná osobnost. Termín adolescence, tedy dospívání, pochází z latinského slova *adolescere*, které znamená dorůstat, dospívat, mohutnět. Adolescenti jsou označováni jako dorost, dospívající, nebo „teenageři“. Nejčastěji se pod pojmem adolescence myslí období od deseti do dvaceti let věku. Začátek se přiřazuje k prvním známkám pohlavního zrání, konec není přesně biologicky vymezen. Větší roli má psychologická a sociální zralost. Tedy dosažení osobní autonomie, nebo ukončení vzdělání. Tvoří tedy tzv. přechod mezi dětstvím a dospělostí. Dospívání lze dělit do dvou kategorií.

Raná adolescence

Neboli pubescence. Toto období trvá přibližně od jedenáctého do patnáctého roku života. Nejdůležitější změnou je pohlavní zrání, vedoucí ke schopnosti reprodukce. Tento proces reflektuje v psychické a sociální oblasti. Typickým příkladem je zvýšený zájem o vrstevníky opačného pohlaví posílen pohlavním pudem a výskytem sekundárních pohlavních znaků. Mezi hlavní cíle patří i nalezení osobní identity.

Pozdní adolescence

Je období mezi patnáctým, až dvaadvacátým rokem života. Prohlubuje se sociální prvek identity. V pozdní adolescenci dochází též k ukončení povinné školní docházky a k dalšímu profesnímu směřování, později k zaměstnání samotnému a celkovému osamostatnění. Někteří autoři stanovují čtyři základní vývojové úkoly dospívání:

1. vytvořit si spolehlivou a pozitivní identitu
2. osamostatnit se od rodičů
3. najít milované osoby mimo rodinu
4. nalézt své profesní zaměření a zajistit si ekonomickou nezávislost a postavení ve světě

Fyzické, psychické a sociální změny neprobíhají souběžně, ale je mezi nimi určitá nesouměrnost. U dospívajících se zprvu vyvíjí pohlavní soustava a až poté jejich pohlavní identita. Z biologického pohledu jsou tedy dospělými, ale po stránce emoční, sociální a intelektové jsou stále dětmi. Nelze však na změny nahlížet odděleně, jelikož spolu velmi úzce souvisí.

Tělesné změny

Tělesné změny se dějí především v rané adolescenci. Je charakteristický rychlý růst, nejen do výšky, ale i na hmotnosti, dochází ke změnám proporcí celého těla. Dále dochází i k vývoji sekundárních pohlavních znaků. U chlapců především růst vousů a změna hlasu. U dívek nastává menstruační cyklus. Pochody se kterými se dospívající setkávají, bývají příčinou únavy, ochablosti, ale také bouřlivých emocí.

Emoce

Pro dospívání je typická emoční labilita. Citové stavy dospívajících jsou nepředvídatelné. Jednou působí jako dospělí, podruhé jsou náladoví a vzdorní jako malé děti. Příčinou jsou jak hormonální změny, spojené se zráním pohlavní soustavy, tak osamostatňování se. Emoce jsou vyhraněné, intenzivní a zároveň kolísavé, proměnlivé a krátkodobé. Dospívající často reagují přecitlivěle a nepřiměřeně situaci. Dalším typickým znakem v emočním prožívání je egocentrismus. Ztráta jistoty, změny a konflikty s dospělými vedou k negativním pocitům jako je zlost, úzkost a hněv. Nejistota adolescentů se také může projevovat vztahovačností a agresivitou. Ke konci období se emoční spektrum rozšiřuje a diferencuje. Odeznívá náladovost a labilita a zlepšuje se regulace emocí.

Socializace

V adolescenci se mění sociální postavení člověka. Po ukončení povinné školní docházky, zpravidla v patnácti letech, čeká jedince volba zaměstnání. Díky těmto zásadním okamžikům dochází i k interpersonálním změnám. Dospívající má rozvinuté komunikační dovednosti, umí být zdvořilý, vyjadřovat svůj názor, poskytnout kritiku i pochvalu. Tím vším se ze svého pohledu stává rovný dospělému.

I přes uvolňující se vazbu mezi rodiči a adolescentem, má rodina stále výlučné postavení. Často dochází ke konfliktu potřeb rodičů a dospívajícího. V přiměřené míře je

tento mezigenerační konflikt důležitý pro upevnění samostatnosti. Společně s uvolňováním závislosti na rodičích dochází k navazování významnějších vztahů s vrstevníky.

Adolescence je klíčovým obdobím pro rozšiřování sociálních vztahů a pro přípravu na budoucí roli jak manželskou, tak rodičovskou. Dospívající je vůči svým vrstevníkům v rovnocenném postavení. Vrstevníci mu poskytují jistotu, bezpečí a oporu (CARR-GREGG, SHALE, 2010); (LANGMEIER, KREJČÍŘOVÁ, 2006); (VÁGNEROVÁ, 2008).

Adolescenti a sebepoškozování

Adolescence je výrazně rizikové období pro rozvoj problémového chování včetně sebepoškozování. Jeho příčina nebývá jednotná, ale je důsledkem více najednou působících faktorů. Většinou vychází z problémů spojených s vývojem a jeho obtížemi. Adolescenti, díky životním změnám bývají zmatení a jejich sebehodnocení kolísá. V poslední době přibývá těch, kteří mají s vyrovnáním se s těmito změnami obtíže. Právě neschopnost zvládat silné emoce a řešit stresové situace je jednou z příčin vzniku sebepoškozování u adolescentů. Adolescenti mají oproti dospělým omezenou schopnost řešit problémy, navíc se často přiklání k neadekvátním způsobům řešení. Dalším důvodem, proč v poslední době narůstá počet sebepoškozujících se adolescentů, může být dřívější dospívání, na základě nátlaku sociálního klima (ČERNÁ, ŠMAHEL, 2009); (KRIEGLOVÁ, 2008); (PLATZNEROVÁ, 2009).

3 EDUKACE

Termín edukace má latinský původ, slovo *educare*, znamenající vést vpřed, nebo vychovávat. Definice zní: soustavné ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Pacient má vždy právo na získání dostačujících informací. Na jeho přání musí být informován o svém zdravotním stavu, znát příčiny onemocnění a možnosti léčby. Přechodem z paternalistického přístupu k pacientovi ve vzájemnou spolupráci mezi lékařem a pacientem se výrazně zvyšuje rozvoj edukace. Edukace zvyšuje úspěch v léčbě, zkracuje rekonvalescenci a zároveň snižuje léčebné náklady (SVĚŘÁKOVÁ, 2012); (HLINOVSKÁ, 2010).

V rámci edukace jsou definovány některé základní pojmy:

Edukantem je rozuměn subjekt učení. Ve zdravotnictví bývá nejčastěji subjektem pacient, a to zdravý, či nemocný. Mimo klienty může být subjektem i zdravotník, který si osvojuje a prohlubuje své vědomosti a dovednosti. Edukant je individuální osobnost, charakteristická svými fyzickými, kognitivními a afektivními vlastnostmi. Vlastnosti edukanta samozřejmě ovlivňují i faktory, jako je: etnická příslušnost, víra a sociálně-kulturní okolnosti.

Edukátor je aktér edukační aktivity. Ve zdravotnictví se nejčastěji setkáváme s rolí edukátora v profesi lékaře, všeobecné sestry, porodní asistentky, nutriční terapeut a další.

Edukační konstrukty jsou plány, zákony, předpisy, edukační standardy, edukační materiály, které ovlivňují kvalitu edukačního procesu. Edukační standard je závazná norma, která udržuje požadovanou úroveň kvality edukace.

Edukační prostředí je prostor, ve kterém probíhá edukace. Ergonomické podmínky, ovlivňující charakter edukačního prostředí jsou např. barva, zvuky, osvětlení, prostor, nábytek apod. Mezi další podmínky, které vytvářejí charakter edukačního prostředí, řadíme i sociální klima a atmosféru edukace.

Edukační plán je část, navazující na edukační proces. Díky němu se shromáždí nejpodstatnější informace. Pro tvorbu edukačního plánu je nezbytná spolupráce sestry a pacienta. Cíle edukačního plánu se s pacientem konzultují. Zjišťují se pacientovy potřeby, především v oblasti dlouhodobé změny životního stylu, společenského postavení a chování. Tento krok obsahuje samotné plánování a stanovené předem určených cílů (SVĚRÁKOVÁ, 2012); (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Metody edukace jsou promyšlené plány působení edukátora, který za jejich pomoci aktivizuje edukanta v učení tak, aby byly splněny cíle edukace. Podstatné je se při výběru metody edukace zaměřit na individuální potřeby a možnosti pacienta. Nejčastěji se v praxi vyskytují slovní metody. Mezi ně patří ústní, nebo písemné podání. Dále demonstrační metody, ke kterým patří: ukázky, předvedení, demonstrace. Je tedy důležité pro naplnění cíle edukace vybrat vhodnou metodu (JUŘENÍKOVÁ, 2010); (VONDRÁČEK et al., 2011).

Edukační cíle jsou změny v chování pacientů, které jsou od edukace očekávané. Cíle slouží ke stanovení edukačního plánu a fungují jako měřítko, edukace, která již proběhla. Dělí se na krátkodobé (jednotlivá edukační lekce), dlouhodobé (cíl celé edukace u jednoho pacienta), také na nižší a vyšší. Pro správné stanovení a formulaci cílů existuje kategorizace cílů:

Kognitivní cíle - osvojování si vědomostí a rozumových schopností. Dle B.S. Bloumovy klasifikace jsou to: znalost, porozumění, aplikace, analýza, syntéza a hodnotící posouzení.

Afektivní cíle - získávání názorů, postojů, hodnotová orientace. Ke stanovení slouží taxonomie dle B. Krathwohlva. Patří sem: Přijímání, reagování, oceňování hodnoty, integrování hodnot, začlenění systému hodnot do charakterové struktury).

Psychomotorické (behaviorální) cíle – Osvojení motorických úkonů. Používá se kategorizace podle R.H. Davea: imitace, praktické cvičení, zpřesňování, koordinace, automatizace (JUŘENÍKOVÁ, 2010); (NEMCOVÁ et al., 2010).

Edukaci můžeme dělit dle různých faktorů. Jedním z nich je prevence. Správně vedená edukace by měla ve zdravotnictví vézt k předcházení nemoci, navrácení, či udržení zdraví, nebo přispět ke zkvalitnění života pacienta. S edukací se setkáváme při

primární, sekundární i terciální prevenci. V primární prevenci se jedná o zdravé jedince, především o udržení jejich zdraví a zlepšení kvality života. V sekundární prevenci se setkáváme s již nemocnými jedinci, u kterých je snaha prohloubit vědomosti, dovednosti a postoje, které vedou pacienta ke zlepšení stavu a předcházení případných komplikací. Edukace v sekundární prevenci je zaměřena především na dodržování léčby, udržení soběstačnosti a prevenci recidivy onemocnění (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Dále je možné edukaci dělit na základní, reedukační a komplexní. Základní edukace zahrnuje takovou edukaci, při které jedinec nabývá nových dovedností a vědomostí. Edukant je veden ke změně postojů a žebříčku hodnot. Zpravidla bývá v nemocničním prostředí aplikována u pacientů s nově diagnostikovaným onemocněním. Mimo nemocnice např. u dětí rodiči již od útlého věku (zásady hygieny apod.) Reedukační edukace slouží k navázání na edukaci předchozí. Slouží k prohlubování k již získaným vědomostem a dovednostem. Příkladem je akutní onemocnění, kde edukujeme zprvu při akutní fázi základní edukací a po odeznění této fáze, aplikujeme edukaci reedukační o zdraví prospěšných opatřeních a změnách, přispívajících k prevenci onemocnění. Při komplexní edukaci jsou jedinci předávány ucelené vědomosti, nabývány dovednosti a postoje, vedoucí k udržení, nebo zlepšení zdraví. Tento typ edukace se nejčastěji používá při kurzech. Dělení dle cílové skupiny, používané ve zdravotnictví, dělíme na nedeterminované, determinované a cílové uživatelské. Nedeterminovaná skupina je taková skupina, která nemá jasně daná kritéria pro zařazení do edukace (JUŘENÍKOVÁ, 2010); (MAGUROVÁ, MAJERNÍKOVÁ, 2009).

3.1 EDUKAČNÍ PROCES

Pro systematičnost, logičnost a srozumitelnost edukace, která zároveň vychází z potřeb pacienta, je nutné vytvoření edukačního procesu. Je paralelní s ošetrovatelským procesem (SVĚŘÁKOVÁ, 2012); (MANDYSOVÁ, 2016).

Edukační proces se skládá z pěti hlavních fází. V první fázi, tedy posouzení pacienta, se hodnotí jeho ochota přijmout změnu, motivaci, věk, vzdělanost, společensko-ekonomické faktory. Také je nutné vyhodnotit pacientovo znalosti o aktuální problematice. V podstatě dochází k tzv. analýze pacienta a jeho potřeb. Druhá fáze slouží ke stanovení edukačních diagnóz. Měla by nastat identifikace a definice problémů pacienta. Sestry úkolem je specifikovat pacientovy chybějící znalosti, dovednosti a

návyky, které by měl nabít pro následnou léčbu. Třetí fází je plánování. Sestra sestavuje priority edukace, volí metody a obsah edukace, stanovuje předmět edukace a bere zřetel na principy výchovy, pedagogické zásady a vytváří cíle edukace. Čtvrtá fáze se zaměřuje na samotnou realizaci edukace, motivaci edukanta. Během realizace je velmi významná expozice, která se soustředí na stanovené cíle. Následuje fixace. Ta je důležitá pro procvičování a opakování získaných dovedností. Součástí je též diagnostika, díky které kontrolujeme pochopení daného učiva a zájem o něj. Dále je nutná aplikace, kde edukant nově získané informace používá. Plánované strategie učení by měli probíhat tak, aby tato fáze docílila výsledku, který je přiměřený jak k věku, tak k individuálním požadavkům pacienta. Pátá fáze, tedy zhodnocení slouží ke zjištění, zda se dosáhlo stanovených cílů edukace. Podstatné je zjistit, zda si edukant osvojil vědomosti, kterých se pomocí edukace mělo dosáhnout. Ke zpětné vazbě se mohou použít např. kontrolní otázky. Následně dochází k vyhodnocení odpovědí a získaných dovedností. Pro kontrolu se používá provedení praktických úkonů. Zhodnocuje se efekt edukace a provádí se zápis o edukaci pacienta (JUŘENÍKOVÁ, 2010); (HLINOVSKÁ, 2010); (SVĚŘÁKOVÁ, 2012); (MANDYSOVÁ, 2016).

Důležitou součástí edukačního procesu je tvorba edukační dokumentace. Slouží k záznamu edukačního plánu, výsledku edukace a reakce pacienta. Zjišťuje efektivitu a kontinuitu edukace, podává základní informace ostatním zdravotníkům a také je chrání před případnými stížnostmi, či nesrovnalostmi (HLINOVSKÁ, 2010).

4 EDUKAČNÍ PROCES

KAZUISTIKA:

Dne 04.01.2018 byla na Dětské psychiatrické oddělení 21A nemocnice v Dobřanech přijata 17letá pacientka. Pacientka byla přivedena k plánované hospitalizaci v doprovodu matky, pro zhoršující se heteroagresivní a depresivní chování. Jedná se o druhou psychiatrickou hospitalizaci. Prvokontakt s psychiatrií proběhl v listopadu 2017 v Plzni, kde byla hospitalizována pro deprese a sociální fobii. Dle výpovědi matky se ani po propuštění chování dívky nijak výrazně nezlepšilo, bylo pro oba rodiče neúnosné. Přestala s rodiči komunikovat, školní prospěch se ani přes individuální vzdělávací plán nelepšil, odmítala kontakt s kamarády, zavrhlala volnočasové aktivity, pouze nárazově četla knihy. Při prohlubujících se depresivních projevech, ztrácela dívka chuť k jídlu, vyžadovala jen některé pokrmy. V období začátku školního roku se začalo objevovat heteroagresivní jednání. Na dívce byly matkou nalezeny řezné rány v oblasti stehen, třísel, předloktí a zápěstí, popáleniny na dorsu ruky. Patrná i přítomnost suicidálních myšlenek. Při příchodu na oddělení je pacientka při vědomí, orientována časem, místem i osobou. Dívka je v mírné tenzi, je svolná komunikovat pouze s nelékařským personálem. Po vstupním pohovoru ukazuje jizvy, které si způsobila, ale nechce k jejich vzniku nic vypovídat. Oční kontakt udržuje pouze chvílemi, povětšinu času sleduje zem, gestikulace minimální.

Fyziologické funkce při příjmu: TK 120/70 mmHg, P 84/min, TT 36,4 °C. Výška 174 cm, váha 64 kg, hodnota BMI je 21,1, což odpovídá normální hmotnosti. Za posledních 6 měsíců dívka díky nechutenství ubyla na váze asi o 6 kg. Nutriční terapeutkou přidělena dieta číslo 14-3 Strava starších dětí. Zaznamenány problémy s vylučováním. Pacientka udává stolici jednou za 4 až 5 dní. Vylučování moče bez potíží. GSC 15b. Spánek narušený častým probouzením se, pozdním usínáním. Aktuálně bez suicidálních myšlenek, patrná heteroagrese.

Ošetřujícím lékařem byla stanovena základní klinická vyšetření: odběr krve (KO + diff., ALT, AST, GGT, ALP, cholesterol, bilirubin, kreatinin, urea, TSH, ASLO), vyšetření moči + sediment. Dále byla nastavena farmakoterapie, předepsána individuální

a skupinová psychoterapie, pacientka souhlasila s účastí na komunitě, arteterapii, muzikoterapii a hipoterapii.

1. FÁZE - POSOUZENÍ

Jméno: M.K.

Pohlaví: žena

Věk: 17 let

Bydliště: Rokycany

Rasa: europoidní

Etnikum: slovanské (české)

Vzdělání: studuje střední odbornou školu

ANAMNÉZA

Nynější onemocnění: sociální fobie, deprese, heteroagresivní projevy, suicidální myšlenky, bez TS pokusu

Osobní anamnéza: dítě z 1. fyziologické gravidity, porod v termínu, nekříšena, novorozenecký ikterus s fototerapií, kojena 4 měsíce, PH 3 200 g, PD 48 cm. *PMV:* první slova kolem 1. roku, samostatná chůze od 1. roku. *Hygiena:* pleny do 2 let.

Nemoci a dispenzarizace: v dětství febrilní křeče, prodělala běžné dětské choroby, vážněji nestonala, úrazy: 0, operace 0. Očkována dle kalendáře.

Alergická anamnéza: Intolerance laktózy, dále zjištěna alergie na prach, pyl, roztoče, včelí bodnutí.

Abusus: kouří asi 10 cigaret denně od 15 let, alkohol neguje, jedenkrát udává zkušenost s marihuanou, jinak drogy neguje.

Farmakologická anamnéza: Sertralin - vysazen, dle pacientky zcela bez efektu, při vystupňované tenzi užívá fakultativně Rivotril 1 mg 1 tbl. Aktuální medikace: Deprex 20 mg 1-0-0, Olanzapin 5 mg 0-0-1, Lyrica 15 mg 0-0-1.

Gynekologická anamnéza: Menarche ve 14 letech, cyklus nepravidelný. Graviditu vylučuje. HAK neužívá, aktuálně bez partnera, první pohlavní styk proběhl v 16 letech.

Základní údaje:

Tělesný stav: Za posledních 4 měsíce nezáměrný úbytek váhy o 6 kg. Na končetinách a tríslech přes 300 řezných ran průměrně měřících 5 cm. Většina defektů je staršího data,

na levém předloktí 23 řezných ran, staré údajně 4 dny. V oblasti obou zápěstí jizvy od popálenin. Na levém stehně nečitelné známky vyrývání textu.

Mentální úroveň: Dobrá, pacientka je orientován místem, osobou i časem. Odpovídá věku.

Komunikace: Obtížná, oční kontakt udržuje chvilkově. Odmítá spolupracovat s lékařem, vyžaduje pouze sestru. Na některé otázky nechce odpovídat vůbec, při nich patrná IP tenze, pozorována nervozita, dívka se škrabe nehtem na hřbetu ruky. Při ostatních odpovídá velmi stručně, spontánně nesděljuje nic. Známky sociálního stažení

Zrak, sluch: Bez poruchy

Řečový projev: Řeč srozumitelná, monotónní, ale zdvořilá.

Paměť: Nenarušená, odpovídá věku.

Pozornost: Udrží bez obtíží.

Typové vlastnosti: Cholerik.

Vnímavost: Bez poruch.

Nálada: Přítomna tenze, úzkost, negace, opozice, nestabilní emotivita.

Sebevědomí: Velmi nízké.

Charakter: Impulsivní, vznětlivá pro maličkosti, tvrdohlavá, netrpělivá.

Poruchy myšlení: Myšlení koherentní, bez poruch formy, či obsahu, odpovídá aktuálnímu stavu onemocnění.

Chování: Konfliktní, s vrstevníky nevychází, má tendence vyhledávat buďto mladší, nebo starší kamarády. Impulzivita.

Učení: Typ: emocionální. Styl: Auditivní, vizuální. Postoj: zájem o nové informace.

Bariéry: strach, úzkost, deprese, sociální fobie, nedostatečný náhled na onemocnění.

POSOUZENÍ FYZICKÉHO STAVU, ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ

A EDUKAČNÍCH POTŘEB

Posouzení dle 13 domén NANDA taxonomie II

Posouzení ze dne: 06.01.2018

1. Podpora zdraví:

Pacientka se začíná vyrovnávat se svojí diagnózou. Postupně získává náhled na své onemocnění. Hospitalizace její stav mírně zhoršuje. Snaží se adaptovat na prostředí oddělení, jeho chod a režim. Zjišťuje informace o léčebném režimu, plánovaných terapiích, pravidlech oddělení, táže se na svoje povinnosti, vyhledává informace ohledně

kontakty s rodinou, návštěvy a zapůjčení mobilního telefonu. Dodržuje pravidla, snaží se zapojit do aktivit, respektuje ordinace lékaře.

Ošetrovatelský problém: nezjištěn

Priorita: nízká

2. Výživa:

Pacientka při výšce 174 váží 64 kg. Pro orientační posouzení stavu pacientky bylo při příjmu vypočítáno BMI, jehož hodnota je 21,1, což odpovídá optimální váze. Nicméně vzhledem ke zhoršování psychického stavu, došlo v průběhu půl roku k nezáměrnému snížení váhy, přibližně o 6 kg. Vlivem prohlubující se deprese trpí pacientka nechutenstvím, je velmi vybíravá a je schopna sníst pouze vybrané pokrmy. Pacientka je ve stravě limitována i svou intolerancí lepku. Poslední dobou přijímá pouze ovoce a zeleninu, občas nějaký masný pokrm. Pitný režim dodržuje v normě, vypije asi 2,5 litru vody denně, 2 šálky kávy s mlékem, má ráda ovocné a zeleninové šťávy. Alkohol údajně vyzkoušela v létě s kamarádkou, ochutnala pivo a vodku, nechutnalo jí to. Na oddělení přijímá stravu dle dietního opatření číslo 14–3, stravu starších dětí. Porci nesní celou, vybírá z ní pouze některé potraviny. Zahájeno sledování stravy, díky úbytku váhy. Naordinovány přídatky.

Ošetrovatelská problém: ztráta hmotnosti, ageuzie

Priorita: střední

3. Vylučování a výměna:

Pacientka neguje potíže s močením. Bez inkontinence. Od letních prázdnin udává problémy s vylučováním stolice. Pokles frekvence na méně než 2krát týdně. Charakter hustší, tvrdší, objem velký, bez příměsí krve, či hlenu. Poslední stolice 02.01.2018 ráno.

Ošetrovatelský problém: zácpa

Priorita: nízká

4. Aktivita, odpočinek:

Pacientka se v dětství věnovala gymnastice, na profesionální úrovni. Docházela na tréninky 5krát týdně. S nástupem puberty a začínajícími psychickými problémy, postupně sport opustila. Nadále bylo pasivní sledování gymnastiky jejím zájmem. Přerušovaně spí dívka denně cca 7 hodin. Několikrát se během noci probudí, následně pak nemůže usnout, stejně tak má i potíže s usínáním, vše pro špatné myšlenky, či noční

děsy. Na oddělení je soběstačná, bez pohybového omezení, hygienu zvládá sama pod dohledem personálu, pro záměrné sebepoškozování. Kvůli problémům se spánkem dočasně umožněn jednolůžkový pokoj, který si ozdobila vlastnoručně malovanými obrázky. Před spaním čte své knihy, vyžaduje soukromí, usíná před půlnocí, v noci se přibližně 4krát probudí, pokud nemůže opakovaně usnout, má tendence se sebepoškozovat.

Ošetrovatelský problém: noční buzení, problém s usínáním

Priorita: nízká

5. Vnímání, poznávání:

Pacientka je při plném vědomí. Glasgow coma scale při příjmu vyhodnoceno na 15b, tedy, bez poruchy. Orientována úměrně věku. Oční ani sluchové vady nemá. Ve škole bývá roztěkaná, nesoustředěná. S diagnózou není plně sžítá, nezná možné postupy léčby. Přeje si, aby onemocnění překonala, postupně se snaží vytvářet náhled.

Ošetrovatelský problém: nedostatečné znalosti

Priorita: střední

6. Sebepercepce:

Pacientka o sobě tvrdí, že je introvert, je nedůvěřivá, špatně si hledá kamarády mezi svými vrstevníky, před chlapci si připadá méněcenná. Sama se hodnotí, jako zbytečná.

Ošetrovatelský problém: nízká úroveň sebevědomí

Priorita: nízká

7. Vztahy mezi rolemi:

Pacientka žije v rodinném domě v Rokycanech se svými rodiči a 15 letým bratrem. Dle matky je manželství po celou dobu jeho trvání harmonické. Mladší bratr je bez výchovných, či psychologických problémů. Dívky dětství bylo bezproblémové, od 12 let, s nástupem puberty, začala být odtažitá k okolí, přestala se svěřovat rodičům. Toto chování se během dospívání velmi zhoršilo. S otcem již nekomunikuje téměř vůbec, udává, že jí nevnímají, nevěří, nerespektují. S bratrem komunikuje pouze minimálně, tvrdí, že je v těžké pubertě a vše bagatelizuje. Z kamarádů se donedávna stýkala pouze s jednou dívkou, se kterou následně také ukončila kontakt. Do domácích prací se

zapojuje, své povinnosti dodržuje, nejráději se stará o domácí mazlíčky. Nové vztahy nenavazuje.

Ošetřovatelský problém: zhoršené navazování sociálních vztahů

Priorita: nízká

8. Sexualita:

První pohlavní styk proběhl v 16 letech, dobrovolně, s nynějším přítelem, poté se dívka s chlapcem rozešla, ukončila s ním veškerý kontakt. Udává, že se po aktu necítila dobře, obviňovala se, že je špatná. Od té doby bez sexuálních zkušeností.

Ošetřovatelský problém: nízká úroveň sebevědomí

Priorita: nízká

9. Zvládání zátěže:

Při konfliktech je pacientka velmi pohotová k hádkám, sama o sobě říká, že je nerozvážná, řekne věci, které jí velmi mrzí. Dle matky je dívka vznětlivá pro maličkosti, vztahovačná, tvrdohlavá, neústupná, nerespektuje autority.

Ošetřovatelský problém: impulzivnost

Priorita: střední

10. Životní principy:

Životní hodnoty měla pacientka vždy nastavené stejně, tak jak jí rodiče vychovávaly. Poslední dobou, vzhledem ke zhoršenému stavu, jí veškeré životní cíle přijdou beznadějně. Prý není schopna dodělat školu, najít si partnera, založit rodinu, nebo si najít práci. Navazování nových vztahů jí přijde zbytečné, na založení kariéry, není dostatečně šikovná, pro partnery není atraktivní.

Ošetřovatelský problém: strach, úzkost, beznaděj

Priorita: střední

11. Bezpečnost, ochrana:

Pacientka trpí sociální fobií. Má obavy z navazování nových vztahů. Veškeré předchozí známosti ukončila. Má problém s návštěvami obchodních center, kulturních středisek, restaurací. Nejlépe se cítí doma, ve svém pokoji. Na oddělení je spíše samotářská, komunikuje pouze s nelékařským personálem, ostatní děvčata nevyhledává, respektuje chod oddělení. Preferuje individuální psychoterapii.

Ošetrovatelský problém: strach, úzkost, beznaděj

Priorita: střední

12. Komfort:

Pacientka je díky hospitalizaci neklidná, mírně tenzní, zvyká si na nové prostředí a spolupacientky především dívky jejího věku a personál.

Ošetrovatelský problém: nedostatek znalostí, strach

Priorita: střední

13. Jiné (růst a vývoj):

Růst a vývoj pacientky je fyziologický a spontánní,

Ošetrovatelský problém: nenalezen

Priorita: nízká

Profil rodiny

Pacientka žije se svými rodiči a mladším bratrem v rodinném domě. Matka má středoškolské vzdělání na hotelové škole. Nyní pracuje jako vedoucí provozu v místním penzionu. Je zdravá. Otec vystudoval vysokou školu, ekonomického zaměření. Pracuje v soukromé finanční společnosti. Otec je zdravý. Mladší bratr studuje základní školu, bezproblémové chování, pro nic se neléčí. Z matčiny strany se v rodině objevuje hypertenze, DM, IM.

Sociálně – ekonomický stav rodiny

Matka dívky aktuálně pracuje jako vedoucí provozu v místním penzionu. Otec se živí jako finanční poradce v soukromé firmě. Sociální situace v rodině je velmi dobrá. Obě děti dostávají pravidelné kapesné, jeho výše se určuje dle spolupráce v domácnosti, prospěchu ve škole apod.

Životní styl, kultura, náboženství, hodnoty, postoje

Celá rodina se vždy aktivně věnovala sportu, dívka nyní odmítá jakoukoliv účast na sportovních aktivitách, donedávna sledovala gymnastické závody v televizi. Matka si zakládá na příjmu ovoce a zeleniny, každý den zahájí snídání formou ovocných, či zeleninových šťáv. Snaží se o dodržování vyvážené, barevné stravy. Dívka je v poslední době v jídle velmi vybíravá, odmítá většinu běžných pokrmů, preferuje zeleninová jídla,

občas masné pokrmy. Pitný režim dodržuje, poslední rok pije kávu, asi dva šálky denně. Přes noc dívka spí průměrně 7 hodin, přerušovaně. Má problémy s pozdním usínáním a buzením během spánku.

Kultura: Vzhledem k sociální fobii dívka nechce navštěvovat kulturní akce ve svém okolí, dříve navštěvovala kino i divadlo, nyní pouze ojedinele knihovnu.

Náboženství: Rodina nevyznává žádné náboženství.

Hodnota: Škola, rodina.

Postoj k nemoci: U pacientky se začíná vytvářet náhled na onemocnění. Ráda by byla v dohlednu doma a ovládala své chování, občas říká, že by chtěla být zase „normální“, tak jako dříve.

Adekvátnost a neadekvátnost rodinných funkcí: Největší oporou dívky je v rodině matka, i přes zhoršování stavu se i nadále dívka nejvíce svěruje právě jí. Oba rodiče si poslední dobou již nedokážou se stavem dcery poradit sami. Veškerá komunikace je čím dál více komplikovaná. Otec sám o sobě tvrdí, že ztrácí trpělivost, je výbušný a s dcerou se velmi často hádá.

Porozumění současné situace rodinou: Rodiče jsou informováni o stavu svojí dcery, hospitalizaci schvalují, vstup je tedy dobrovolný. Rodina se podílí na léčbě dívky, ale vinu na jejich straně neshledávají.

V první fázi edukačního procesu jsme se pomocí vstupního testu snažili vyhodnotit pacientky vědomosti, schopnosti a její postoje. Test je složen z deseti otázek, ve kterých je možné odpovídat pouze ANO/NE.

Vstupní test

Otázka	Odpověď
1. jedná se o opakovanou hospitalizaci na psychiatrii	ANO
2. Trpí tímto problémem někdo z vaší rodiny?	NE
3. Znáš příčinu své nemoci?	NE
4. Víš, co spouští tvoje úzkosti?	NE

5. Víš, jaké jsou možnosti léčby?	NE
6. Znáš zásady užívání léků?	NE
7. Víš, jak bude probíhat sezení s psychologem?	NE
8. Víš, jak dlouho potrvá léčba?	NE
9. Víš, co je to relaps?	NE
10. Znáš nějakou relaxační metodu?	NE

Na základě dívky odpovědí se prokázal nedostatek informací ohledně charakteristiky nemoci, možnostech léčby, prevence relapsu onemocnění. Vzhledem k diagnóze pacientky a změně prostředí jsme zařadili i edukaci o chodu, režimu a pravidlech dětského psychiatrického oddělení.

Motivace pacientky: Motivace dívky je dobrá, má zájem o získání nových informací, sama se táže ohledně pravidel a chodu oddělení. Ráda by spolupracovala tak, aby se v dohlednu dostala na terapeutické dovolenky. Je motivována jak rodinou, tak personálem.

2. FÁZE – DIAGNOSTIKA

Deficit vědomostí:

- chodu oddělení
- onemocnění
- léčbě
- prevenci relapsu
- psychohygieně

Deficit v postojích:

- nedostatečný náhled na onemocnění
- nejistota z vyléčení
- obavy z hospitalizace

Deficit zručností:

- v provedení relaxačních technik
- v dodržování správné životosprávy

3. FÁZE – PLÁNOVÁNÍ

Podle priorit: vycházíme z výsledků vstupního testu vědomostí, sestavili jsme priority edukačního procesu

- chodu oddělení
- onemocnění
- léčbě
- prevenci relapsu
- psychohygieně a relaxačních technikách

Podle struktury: 4 edukační jednotky

Záměr edukace:

- zajistit psychickou pohodu pacienta
- osvojit si zásady chodu oddělení a přizpůsobit se režimu
- získat vědomosti o nemoci
- seznámit se s režimem oddělení
- dodržovat léčebný režim
- osvojit si zásady psychohygieny
- osvojit si některou z relaxačních technik

Podle cílů:

Kognitivní – pacientka vzhledem ke svému aktuálnímu stavu a dle svých možností, získá základní vědomosti o svém onemocnění, jeho příznacích, příčinách a sebekéči do dvou týdnů.

Afektivní – pacientka má zájem o edukaci, má zájem o nové informace, je schopna vnímat důležitost nových informací, přijímá nové vědomosti a respektuje je, ochotně spolupracuje do jednoho týdne.

Behaviorální – pacientka dodržuje doporučení, dovede rozpoznat zhoršení stavu, dokáže preventivně korigovat svůj aktuální stav, řídí se režimem a je schopna provést některou z relaxačních technik do jednoho týdne.

Podle místa realizace: v nemocničním prostředí, v prostorách terapeutické místnosti, je nezbytné zajistit klid, intimitu, příjemné prostředí a dostatek času.

Podle času: edukační proces je rozdělen do čtyř jednotek realizovaných ve čtyřech dnech, přihlíží na aktuální stav pacientky. První jednotka proběhla první v den příjmu, kdy se edukace zaměřovala na chod a režim oddělení, jeho pravidla. Další jednotky byly uskutečněny třetí, čtvrtý a pátý den hospitalizace. Edukace o charakteristice nemoci se uskutečnila třetí den hospitalizace, edukace o léčebném postupu proběhla čtvrtý den hospitalizace a edukace o psychohygieně a relaxačních technikách a prevenci relapsu nemoci proběhla v pátý hospitalizační den. Na všechny jednotky byl vyhrazen prostor v dopoledních hodinách, kdy jsou ostatní spolupacientky ve škole, na oddělení je klid a je k dispozici terapeutická místnost. Odpoledne pátého dne bylo určeno pro ověření zpětné vazby, případné dotazy a zopakování, vypracování výstupního testu.

Podle výběru: rozhovor, vysvětlování, psací pomůcky, vstupní a výstupní test, diskuze.

Edukační pomůcky: vstupní a výstupní test, edukační leták, papír, tužka, list s režimem a pravidly oddělení.

Podle formy: individuální.

Typ edukace: základní, charakter edukace i styl projevu byl zvolen dle potřeb a aktuálního stavu pacientky.

Struktura edukace:

1. edukační jednotka: Režim, chod a pravidla oddělení.
2. edukační jednotka: Záměrné sebepoškozování.
3. edukační jednotka: Dodržování léčebného režimu.
4. edukační jednotka: Psychohygiena a relaxace, prevence relapsu.

Časový harmonogram edukace:

1. edukační jednotka: 04.01.2018 od 11:00 do 11:35 (35 min).
2. edukační jednotka: 06.01.2018 od 09:00 do 09:35 (35 minut).
3. edukační jednotka: 07.01.2018 od 09:00 do 09:45 (45 minut).
4. edukační jednotka: 08. 01. 2018 od 09:00 do 09:45 (35 minut).

4. FÁZE – REALIZACE

1. edukační jednotka

Téma edukace: Režim, chod a pravidla oddělení.

Místo edukace: terapeutická místnost dětského psychiatrického oddělení PNvD.

Časový harmonogram: 04.01.2018 od 11:00 do 11:35 (35 min).

Cíl:

Kognitivní – pacientka zná pravidla oddělení, je seznámena s chodem a režimem provázející její hospitalizaci. Je srozuměna s bodovým systémem chování, díky kterému může dosáhnout terapeutické dovolenky.

Afektivní – pacientka se zajímá a snaží se přizpůsobit nemocničnímu prostředí, má zájem o nové informace, nepocituje úzkost spjatou s hospitalizací.

Behaviorální – pacientka se přizpůsobuje chodu oddělení, respektuje pravidla, snaží se sžít s děním na oddělení, snaží se začlenit do kolektivu.

Forma: individuální.

Prostředí: nemocniční – terapeutická místnost dětského oddělení.

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, ukázka, diskuze.

Edukační pomůcky: list s režimem a pravidly oddělení, tužka, zvýrazňovač.

Realizace 1. edukační jednotky

Motivační fáze: Představení se, seznámení se s pacientem. Objasnění důležitosti a podstaty edukace. Navození spolupráce s personálem. (5 minut)

Expoziční fáze: (20 minut)

Orientace na oddělení

Prohlídka oddělení, seznámení s pacientky pokojem, lůžkem, stolkem, skříní. Ukázka, kde je koupelna, toaleta, vyšetřovna, denní místnost sester, herna, jídelna, tělocvična, toaleta, koupelna, pracovna sester, herna, jídelna pro pacienty a lednice pro pacienty.

Seznámení s režimem na oddělení

Vstáváme v 7:00, o víkendu v 8:00. Po probuzení nastává čas na ranní hygienu, osobní hygienické pomůcky jsou k dispozici od 7:00 do 7:30, poté se opět uzamykají na sesterně, vždy je nutné nahlásit, jaké pomůcky si pacientky půjčí. Každé ráno ve všední

den se na oddělení dostaví paní psycholožka, umístí na nástěnku denní rozpis aktivit a terapií, seznámí všechny děti s tím, jaký je právě den, kdo má svátek, a kdo nasbíral kolik bodů za předchozí den. V případě nutnosti je možné si domluvit individuální pohovor s psychologem po snídani. Poté následuje snídaneč. U všech jídel se u výdejního okénka eviduje, jaké množství porce bylo snědno, proto se o okénka po odnesení nádobí vždy počká, než sestřička svolí k odchodu. Po snídani se k sestřičce chodí pro léky, vždy se kontrolují ústa, zda byly všechny léky řádně polknuté a zapité. Následuje odchod do základní školy, u kterého dívky doprovází sestřička. Starší, tedy neškolní děti odcházejí na plánované aktivity, či terapie. U jídelny si je vyzvedávají paní terapeutky. V 9:50 se všichni setkávají na tělocvičně, kde probíhá rozcvička, kterou vede vždy určená dívka, která má službu, trvající týden. Dopolední svačina je v 10:00. U ní platí stejná pravidla, jako u snídaneč. Poté se opět děti vrací do školy, nebo na terapie. Ve 12:00 je oběd, po kterém si děti opět chodí k personálu pro léky. Následuje odchod do lůžkové části oddělení a do 13:00 trvá polední klid. Během poledního klidu je možné odpočívat, číst si knihu psát deník, hrát hry se spolubydlícími, ale na pokoji. Od 13:00 odcházejí děvčata na skupinové terapie s paní psycholožkou, nebo různé terapie s terapeutkami. V 15:00 se všichni vrací na oddělení na svačinu. Poté následuje odpolední program, který je různý. Buďto jde skupinka dívek na arteterapii, je k dispozici tělocvična s vybavením, nebo za příznivého počasí zahrada. V 17:30 je večeře. Po večeři do 19:10 je prostor pro telefonování, sledování televize, volný program. Následuje večerní hygiena. Opět je nutné nahlásit, co si půjčuješ za pomůcky. Do večerky, která je ve 21:30, můžeš sledovat televizi na společenské místnosti, nebo si číst, psát, malovat. S jakýmkoliv problémem, požadavkem, nebo dotazem se můžeš kdykoliv obrátit na sestřičky, které ti dle potřeby pomohou, zajistí i lékařku, či psycholožku.

Pravidla na oddělení

Ve chvíli, kdy přijdeš na oddělení, ti sestřičky prohlédnou věci. Je zakázáno mít u sebe ostré, či jakkoliv nebezpečné předměty. Hygienické pomůcky se uzamykají do skříně. Elektronika a cennosti se odevzdávají na lékárně. Mobilní telefon, nebo tablet je ti k dispozici každý den od 13:30 do 14:30 a od 18:00 do 19:00. Osobní oblečení, knížky a podobné věci si uložíš k sobě do skříně a stolečku na pokoji, psací potřeby jsou k zapůjčení u sestřiček. Po uložení a kontrole věcí se ti nasadí identifikační náramek, který má každý pacient na ruce. Na oddělení se chováme klidně, tiše, respektujeme se navzájem. Nekřičíme na sebe, nejsme vulgární, neničíme vybavení oddělení.

Posloucháme personál. Snažíme se udržovat pořádek, nejen ve svých věcech na pokoji, ale i ve společných prostorách. Po celém oddělení je dostatek odpadkových košů, včetně koupelny a toalet. Každý den ráno, než opouštíme pokoj, poklidíme stůl a steleme lůžko. Jako zpětná vazba funguje bodování úklidu pokojů, který se vyhodnocuje na komunitě. Dodržujeme polední klid. Každou středu je od 8:00 velká vizita, na které se setkáš mimo ošetřující lékařku i s vedoucím psychologů a panem primářem. S ošetřující lékařkou a psycholožkou se setkáš denně. Každý čtvrtek je po obědě komunita. Při komunitě se vždy dozvíš týdenní program, vyhodnocení bodování a rozdělení do skupin. Na oddělení funguje bodový systém. Sbíráš červené, tedy plusové, prázdné nulové a černé minusové body, které vždy odráží tvoje aktuální chování. Bodují sestřičky na denní i noční směně, psychologové, lékaři, terapeutky, zkrátka všichni, se kterými se ten den setkáš. Součet bodů je důležitý pro případné terapeutické dovolenky, pokud nasbíráš alespoň 8 plusových, máš v rámci chování nárok na propustku, pokud bude součet tři a méně, dostáváš se do omezení aktivit. Pět nejúspěšnějších děvčat se týdně a následně i měsíčně, dostává na odměnu s terapeutkou. Buďto navštívíme počítačovou místnost, knihovnu, nebo cvičnou kuchyňku. Návštěvy rodičů jsou povoleny každé odpoledne od 15:00 do 17:00, Vycházky s rodinou po areálu, či mimo areál a terapeutické propustky vždy určuje po domluvě lékařka.

Fixační fáze: (3 minuty) zopakování podstatných pojmů, dotazy edukanta.

Hodnotící fáze: (2 minuty) hodnotíme celkový zájem a zapojení se pacientky, hodnotíme, zda pochytila potřebné informace.

Kontrolní otázky:

Kdy se můžeš setkat s lékařkou, nebo psycholožkou?

Kdo podává léky?

Kolik bodů potřebuješ k umožnění terapeutické propustky?

Zhodnocení edukační jednotky

Edukace probíhala bez problémů, pacientka projevovala zájem o nové informace, podávala doplňující otázky. Všechny kontrolní otázky zodpověděla správně, důležité poznatky postřehla dobře. Další informace si osvojí během hospitalizace. Čas vyhrazený na edukaci by dostatečný k seznámení s režimovým oddělením a jeho pravidly.

2. edukační jednotka

Téma edukace: Záměrné sebepoškozování

Místo edukace: terapeutická místnost dětského psychiatrického oddělení PNVd.

Časový harmonogram: 06.01.2018 od 09:00 do 09:30 (35 minut).

Cíl:

Kognitivní – pacientka zná základní charakteristiku onemocnění.

Afektivní – pacientka má zájem o nové informace, dle svého aktuálního stavu udržuje pozornost a reaguje doplňujícími dotazy.

Behaviorální – pacientka je schopna interpretovat nové vědomosti, zodpovídá správně na kontrolní otázky.

Forma: individuální.

Prostředí: nemocniční – terapeutická místnost dětského oddělení.

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, zodpovězení otázek.

Edukační pomůcky: tužka, papír, informační leták.

Realizace 2. edukační jednotky

Motivační fáze: (5 minut) zajistíme klidné a příjemné prostředí, intimitu, navážeme kontakt s pacientkou, osvětlíme důležitost edukace, získáváme pacientky důvěru především empatií.

Expoziční fáze: (20 minut)

Základní charakteristika

Záměrné poškozování je spojováno s nejedním onemocněním. Je to zdravotní problém jako každý jiný, tudíž vyžaduje léčbu a péči. V dnešní době nejsi zdaleka jediná, kdo se s takovýmhle problémem setkává. V první řadě je podstatné si uvědomit příčinu. Za jakým účelem akt sebepoškozování provádíš. Někteří pacienti tvrdí, že je to jediná možnost, jak se zprostit od stresu a úzkosti, jiní, že toto chování viděli u lidí v okolí a touží po tom, si to také zkusit, další, že si to zaslouží. Musíš si uvědomit, že ubližování jakoukoliv formou, si nikdo nezaslouží, a už vůbec ne sama sobě. K uvolňování stresu slouží několik jiných a příjemných činností, které nám pomáhají. Patří sem sport, zájmy, kulturní dění, relaxace, psychohygienu a další. Existuje několik metod, jak a čím se sebepoškozovat. Ty sama si se nesčetněkrát pořezala, nebo popálila. I když je našim cílem tohle jednání úplně eliminovat, je nezbytné upozornit tě, že si nezpůsobíš jen ránu

samotnou, ale rozvíjíš i riziko infekce. Infekce vzniká, když se do rány zanesou nějaká bakterie. Proto je tedy v nejzazším případě lepší použít sterilní, tedy čistý předmět, než nějakou kontaminovanou věc. My ale uděláme vše pro to, abychom se společně těmito aktům naprosto vyhnuli. Během hospitalizace se pokusíme rozpoznat moment, kdy se myšlenky na sebepoškozování rozvíjí nejvíce. V tuto chvíli je velmi důležité pracovat sama se sebou a najít preventivní možnosti, které předejdou samotnému sebepoškozování. U několika pacientek se nám osvědčilo např. trhání papíru, nebo děvčata nosí silikonový náramek. V tuto chvíli je nutné vyhledat i ošetřující personál. Musíš si uvědomit, že ne vždy jsou situace tak špatné, jak se nám zdají a že je několik správných a příjemnějších řešení. Aby ses rychle uzdravila, je podstatné spolupracovat s lékařem a psychologem, nic netajit, vnímat, co ti říkají. Bez dodržování pravidel, režimu a léčebného postupu nám to ale nepůjde. Všem nám můžeš naprosto důvěřovat a se vším se svěřovat.

Fixační fáze: (5 minut) zopakování důležitých pojmů, prostor pro dotazy, vyvolat diskuzi s pacientkou, doplňující otázky edukanta.

Hodnotící fáze: (5 minut) posouzení, zda pacientka pochopila edukaci, položení kontrolních otázek a vyhodnocení jejich odpovědí.

Kontrolní otázky:

Co je to záměrné sebepoškozování?

Jaké jsou možnosti uvolňování stresu?

Na koho se můžu obrátit, pokud budu mít myšlenky na sebepoškozování?

Zhodnocení edukační jednotky

Kontrolní otázky pacientka zodpověděla správně. Vzhledem k aktuálnímu rozpoložení pacientky při edukaci, bylo chvílemi obtížně udržet její pozornost. Toto téma je pro ni velmi choulostivé a je nutné v ní nejprve vzbudit důvěru častějším kontaktem. Nicméně cíl edukace byl i přes komplikace splněn. Celková doba edukace byla dostatečná, byl prostor i pro vzniklou diskuzi.

3. edukační jednotka

Téma edukace: Dodržování léčebného režimu.

Místo edukace: terapeutická místnost dětského psychiatrického oddělení PNvD.

Časový harmonogram: 07.01.2018 od 09:00 do 09:45 (45 minut).

Cíl:

Kognitivní – pacientka má přehled o průběhu psychoterapie, zná možnost užívání léků.

Afektivní – pacientka má zájem o nové informace, verbalizuje spokojenost s nově získanými vědomostmi.

Behaviorální – pacientka je schopna samostatně plnit úkoly z terapeutických sezení, pravidelně užívá léky, respektuje podstatu dodržování režimu léčby a psychoterapie.

Forma: individuální.

Prostředí: nemocniční – terapeutická místnost dětského oddělení.

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, diskuze, zodpovězení otázek.

Edukační pomůcky: tužka, papír, leták.

Realizace 3. edukační jednotky

Motivační fáze: (3 minuty) zajistíme klidné a příjemné prostředí, motivujeme pacientku k edukaci, osvětlíme podstatu tématu edukace.

Expoziční fáze: (30 minut)

Aktuální vyšetření:

Dnes tě čeká neurologické vyšetření, při němž absolvuješ EEG. EEG je vyšetřovací metoda, která zjišťuje činnost mozku a ukazuje, zda se v ní nenachází nějaký problém. Vyšetření nebolí, ani ho nijak neucítíš. Je k němu potřebné nasadit na hlavu čepici s elektrodami, které snímají činnost mozku a přenášejí jí do počítače. Aby elektrody správně fungovaly, musí se pod ně nanést gel, který ti přinejhorším lehce slepí vlasy. Celkové neurologické vyšetření potrvá přibližně 40 minut.

Psychoterapie

Paní psychologka tě navštíví každý všední den. Budeš s ní probírat především příčiny tvého myšlení na sebepoškozování, rozpoznání a prevenci stavu před tímto myšlením a práci sama se sebou. Tyhle vědomosti ti budou nápomocny při léčbě, hospitalizaci a běžném životě po propuštění. Když si objasníš příčiny a podněty tvého jednání, bude se ti mu pak dařit předcházet. Jelikož se nám o některých věcech lépe píše, než vypráví a jsme pak schopni je více vnímat, dám ti teď za úkol sepsat v bodech příčiny stresu, nebo smutku, které v tobě vyvolávají sklony k sebepoškozování. S paní psychologkou je pak jednu po druhé proberete a pokusíte se je změnit. Tato terapie není

otázkou jednoho, či dvou sezení, je to tzv. běh na dlouhou trať, ale pevně věřím, že se nám to společně podaří. Tato kognitivně behaviorální terapie je velmi účinná a oblíbená, uvidíš, že v ní sama najdeš zalíbení. Vyžaduje ovšem určitou trpělivost, obvykle trvá alespoň tři měsíce a po propuštění se na ní dochází ambulantně. Vzhledem k tomu, že jsi nezletilá a žiješ s rodiči, bude součástí terapie i rodinné sezení. Matka s otcem ti pak budou nápomocni při léčbě a naučíš se tím s nimi lépe komunikovat a spolupracovat.

Farmakoterapie

Léky, které aktuálně užíváš, již znáš. Ráno užíváš jednu tabletu léku, který se jmenuje Deprex. Nejlepší je brát ho se snídaní a jako u ostatních léků je dobré je zapít dostatečným množstvím tekutiny. Další léky užíváš s večerí. To jsou Olanzapin a Lyrica. Pokud budeš mít i přes běžnou medikaci zvýšený pocit napětí a úzkosti, tedy tenze, ihned informuj sestřičky. U všech léků je důležité pravidelné užívání. Většinou léky nefungují hned a musí se vytvořit hladina léčiva v těle dlouhodobým užíváním. I když budeš mít pocit, že je ti lépe, léky nevysazuj. Vysazení vede k opětovnému návratu příznaků. Je pravděpodobné, že lékařka medikaci během hospitalizace upraví. Buďto se obvykle dávka navyšuje, nebo některý z léků vymění za jiný, účinnější. Na tyto léky se nesmí užívat alkohol, i když jsi ještě nezletilá, kontakt s alkoholem už si měla. Kdybys pocítila jakoukoliv nevolnost, psychický neklid, změny na kůži, vedlejší účinek, ihned se obrať na personál. Více informací o léčebném režimu ti poskytne lékařka.

Pomoc mimo hospitalizaci

Pokud tě kdykoliv v životě potká situace, ve které si nebudeš vědět rady, nabízí se pomoc formou krizových linek, či center. Obdobné poradny jsou dnes již také na internetu.

Fixační fáze: (7 minut) předat pacientce edukační materiál, zopakování důležitých informací, prostor pro doplňující otázky.

Hodnotící fáze: (5 minut) zhodnotit informace, které si pacientka zapamatovala pomocí kontrolních otázek, zhodnotit zpětnou vazbu.

Kontrolní otázky:

Co máš za úkol vypracovat pro psychoterapii?

Jak se jmenují léky, které užíváš?

Kdy léky užíváš?

Proč je důležité léky pravidelně užívat?

Zhodnocení edukační jednotky

Pacientka správně zodpověděla na kontrolní otázky. Projevila zájem o vypracování seznamu příčin stresu a úzkostí. Edukace byla úspěšná, pacientka si rozšířila přehled o užívané medikaci. Délka edukace byla optimální.

4. edukační jednotka

Téma edukace: Psychohygienu a relaxace, prevence relapsu.

Místo edukace: terapeutická místnost dětského psychiatrického oddělení PNvD.

Časový harmonogram: 08.01.2018 od 09:00 do 09:45 (35 minut).

Cíl:

Kognitivní – pacientka zná význam psychohygieny a relaxace, respektuje význam léčebného režimu.

Afektivní – pacientka je schopna aktivně přijmout změny ve svém režimu života, verbalizuje spokojenost s informacemi, podané sestrou.

Behaviorální - pacientka je schopen realizovat doporučení, umí některou z relaxačních technik praktikovat.

Forma: individuální.

Prostředí: nemocniční – terapeutická místnost dětského oddělení.

Edukační metody: výklad, rozhovor, zodpovězení otázek edukanta, praktická ukázka, diskuze.

Edukační pomůcky: tužka, papír, cvičební brožura.

Realizace 4. edukační jednotky

Motivační fáze: (5 minuty) přivítání se s pacientem, zkonstatování aktuálního stavu pacientky, motivujeme pro další edukaci, navážeme přátelskou atmosféru.

Expoziční fáze: (20 minut)

Psychohygienu a relaxace

Je disciplína, která by měla navodit na zdravý způsob života, posiluje nejen jejich duševní a tělesné zdraví, ale i jejich sebepoznání, sebevědomí a pocity spokojenosti. Obecné zásady pro psychohygienu jsou buďto tělesné, nebo duševní. K tělesným řadíme

např. spánek, životosprávu, odpočinek, cvičení a k duševním zase sebepoznání, sebehodnocení, seberealizaci a další. Základem správné životosprávy je kvalitní spánek. Dívka tvého věku by měla spát denně přibližně osm hodin. Kvalitního spánku lze dosáhnout nastavením určitých pravidel, tedy jít v určitou hodinu spát a v určitou hodinu zase vstávat. Na tento rytmus si organismus rychle navyká. I správná výživa, dostatek tekutin a pestrý jídelníček napomáhá v psychohygieně. Člověk má pak více energie, lepší imunitu a duševní rovnováhu. Jíst bys měla pětkrát denně a vypít během dne dva až tři litry tekutin, ideálně vodu, čaje, ovocné a zeleninové šťávy. Odpočinek a regenerace sil je v životě člověka velmi též důležitá. Odpočinek musí být spojen s celkovým duševním uklidněním. Kvalitě odpočinku účinně napomáhá příjemné prostředí. Vhodné je i čtení knih, které máš ráda. Dále je pohyb, a to ve všech formách, je nejdůležitějším prvkem autoregulace pro zachování tělesného a duševního zdraví. Nedostatek pohybové aktivity výrazně podporuje emoční napětí. Předpokládá se také, že nedostatek přiměřeného pohybu přispívá k vytvoření podmínek pro vznik řady psychosomatických onemocnění. Je nutné zdůraznit, že nedostatek pohybu představuje především výraznou zátěž psychiky. Zhoršuje se emoční stav a duševní rovnováha člověka. Dříve si dělala gymnastiku, sport je nejlepší forma aktivního odpočinku, ale přínosná je i vycházka venku. Nedílnou součástí je i správné dýchání, které má pro fungování mozku obrovský význam. Můžeš si vyzkoušet dechové cvičení, které se aplikuje ve chvíli, kdy pocítuješ úzkost. Sedni si na postel, zavři oči a pokus se na nic nemyslet a uvolnit se. Následuje hluboký nádech nosem, který musíš cítit až nadzvedáváním břicha. Na chvíli zadrž dech a poté vydechni ústy tak, aby se břicho opět zatahlo, až k páteři. Během dýchání by si neměla myslet na nic ošklivého, snažit se přenést myšlenky na něco jiného, příjemného. Představ si například hezký zážitek z prázdnin. Toto cvičení několikrát opakuj a mělo by ti pomoci se přenést přes aktuální nepříjemnou situaci. Všechny tyto metody budeš nacvičovat s paní psychologkou a terapeutkou.

Relaps

Relaps, nebo znovuvzplanutí, je stav, kdy se navrací příznaky nemoci. Abychom mu předešli, je nutné dodržovat veškerá pravidla, léčebné postupy apod. K tomu se vztahuje správné užívání léků, dle ordinace lékaře, docházet pravidelně na terapii, a to i po propuštění ambulantně. A v neposlední řadě rádně spolupracovat, pokud budeš mít pocit, že se tvůj stav zhoršuje, informuj neprodleně sestřičky, nebo rodiče.

Fixační fáze: (5 minut) zopakovat základní informace, dát prostor diskuzi.

Hodnotící fáze: (2 minuty) zhodnotit pozornost a aktivitu edukanta, vyhodnotit nově nabyté vědomosti pomocí kontrolního testu, ověřit podstatné informace.

Kontrolní otázky:

Jmenuj tři zásady psychohygieny?

Kolik hodin bys měla denně spát?

Co je to relaps?

Předved' dechové cvičení.

Zhodnocení edukační jednotky

Edukace pacientky byla úspěšná. Stanovené cíle byly splněny. Pacientka edukaci rozuměla, aktivně se zapojila, kladla doplňující otázky. Osvojila si dechové cvičení. Bude se pokoušet dodržovat doporučení.

5. FÁZE – VYHODNOCENÍ

Výstupní test

Otázka	Vstupní test	Výstupní test
1. jedná se o opakovanou hospitalizaci na psychiatrii?	ANO	ANO
2. Trpí tímto problémem někdo z vaší rodiny?	NE	NE
3. Znáš příčinu své nemoci?	NE	ANO
4. Víš, co spouští tvoje úzkosti?	NE	ANO
5. Víš, jaké jsou možnosti léčby?	NE	ANO
6. Znáš zásady užívání léků?	NE	ANO
7. Víš, jak bude probíhat sezení s psychologem?	NE	ANO
8. Víš, jak dlouho potrvá léčba?	NE	ANO
9. Víš, co je to relaps?	NE	ANO

10. Znáš nějakou relaxační metodu?

NE

ANO

Jako pomůcku pro objektivní vyhodnocení jsme použily výstupní test. Test byl složen ze stejných otázek jako test vstupní. Pacientky odpovědi nám potvrdily, že byl účel edukace splněn. Pacientka pochopila základní informace ohledně její nemoci. Respektuje podstatu a důležitost pravidel, režimového opatření a léčebného postupu. Osvojila si význam a základní principy psychohygieny, správné životosprávy a naučila se aplikovat dechové cvičení. K průběžné kladné zpětné vazbě jsme používaly kontrolní otázky a utvrzovaly odpovědi diskuzí. Pro oživení informací z edukace, byl vytvořen edukační leták. Leták je zrealizován formou leporela. Každá část leporela se zabývá jedním okruhem z tématu, tedy kategorie edukace. Po odkrytí kategorie najdeme nejčastější pojmy, odpovědi, základní informace. Do kategorií jsou zahrnuty: pravidla oddělení, záměrné sebepoškozování, terapie, psychohygiena, kontakty a možnosti pomoci mimo hospitalizaci. Tento leták byl věnován pacientce, nejen pro opakování informací, ale i pro předání kontaktů, v případě krizové situace. Dívka projevila spokojenost, radost, spolupracovala vzhledem k jejímu aktuálnímu stavu velmi ochotně, aktivně se zapojovala. Všechny edukační jednotky byly zrealizovány v terapeutické místnosti dětského oddělení, kde je velmi příjemné a klidné prostředí. Místnost je dostatečně osvětlená, barevně vyladěná a k dispozici nám byla relaxační křesla a k nim určené stoly. Čas určený pro edukaci jsme plně a efektivně využily tak, že ani nezasahoval do pacientky aktivit a zbytečně jí nezatěžoval. Stanovené afektivní, behaviorální a kognitivní cíle byly splněny. Ovšem všechny informace je nutné pro vstřípení důkladně opakovat a pacientku podporovat ve všech úkonech, vedoucích k vyléčení.

5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Během tvorby bakalářské práce, při shromažďování zdrojů a studia příslušné literatury, jsme objevili jen malé množství zdrojů, které by se zabývaly edukací psychiatrického pacienta. Pro edukaci pacienta se sklony k sebepoškozování jsme bohužel nenašli žádné. Edukace a spolupráce s psychiatrickým pacientem může být obecně velmi obtížná, vzhledem k charakteristice onemocnění. Právě u psychiatrického pacienta je výrazně důležitá empatie, motivace a podpora. U adolescenta, trpícím sklony k sebepoškozování, je nezbytná pravidelná kontrola. Takovýto pacient je schopen si ublížit i předmětem, který se nám na první pohled zdá neškodný. Právě těmto dětem jsou při hospitalizaci odebírány veškeré ostré předměty, včetně školních pomůcek (kružítka, ořezávatka apod.), hraček a předměty obsahující sklo, nebo ostrý plast, šperky, sponky, ozdoby. Dále nesmí používat oblečení s pásky, tkaničkami, šňůrkami. Také je nutný pravidelný vizuální dohled. Včasný záchyt je klíčový pro následující vývoj komplikací. Pro zmiňované nemocné, je velmi důležité, mít ve svém okolí osobu, které se může svěřit a tím případně předejít relapsu. Proto je nezbytné si pro takového pacienta vyhradit dostatek času a ukázat mu nová a především lepší řešení jejich problémů.

Pro práci s psychiatrickým pacientem existují určitá pravidla, doporučení a zásady. Tyto pokyny slouží nejen pro zdravotníky, ale také pro blízké osoby pacienta.

Zásady pro všeobecné sestry na psychiatrickém oddělení:

1. U psychiatrických pacientů je velmi důležité být více, než v ostatních oborech, trpěliví a empatictí.
2. Pacientovi je nutné vysvětlit hranice ve vztahu mezi ním a personálem. Postoj k němu by měl být přátelský, ale ne přehnaně důvěřivý.
3. Měl by mu být nastaven a patřičně vysvětlen pevný režim a řád oddělení
4. Pacienta je třeba přijmout s vlastnostmi, které má, i když může být náročný, nespolupracující apod.
5. Přiměřeně vzhledem k jeho onemocnění a věku pacienta důkladně edukujte.
6. Dostatečně pacienta seznámit s prostory oddělení.

7. Nikdy nedovolte, abyste měli psychiatrického pacienta v intimní, nebo osobní blízkosti mimo dohled.

Zásady pro blízké osoby pacienta:

1. Pacienta nikdy nezesměšňujte a nekárejte za jeho chování, doprovázející psychiatrického
2. Jednejte s ním, jako s rovnocenným člověkem.
3. Za onemocnění nemůže ani pacient, ani vy.
4. Podporujte pacienta k dodržování léčebných postupů.
5. Nepřebírejte za pacienta zodpovědnost, ale buďte mu nápomocní.
6. Oceňujte každé jeho pokroky (FRIČOVÁ, 2010).

ZÁVĚR

Cílem úvodní části bakalářské práce bylo uvést čtenáře do problematiky vlastního onemocnění. Úvodní část zahrnovala základní informace o samotném záměrném sebepoškození. Seznámení s touto problematikou považujeme za přínosné už jen pro jeho pozici ve společnosti, tzv. „tabu“. Teoretická část práce měla za úkol shrnout informace o metodách, příčinách a terapii záměrného sebepoškození. Snažili jsme se nastínit situace, které jedince k takovému jednání mohou přimět. Dále jsou v práci zmíněny i subkultury mladistvých, se kterými je záměrné sebepoškození spjato. Další část je věnována adolescentnímu období a jeho charakteristice. Cílem této kapitoly je popsat základní biologické, psychologické a sociální změny, které u adolescentů probíhají, a na jejich základě odvodit, proč se právě tato věková skupina potýká s problémem sebepoškození

Třetí část obsahuje informace o edukaci a edukačním procesu.

Cílem praktické části práce bylo realizovat vlastní edukaci pacienta trpícího záměrným sebepoškozením. Na začátku spolupráce byl zjištěn deficit vědomostí u námi probíraného pacienta. Proto jsme se rozhodli sestavit celkem 4 edukační jednotky. První jednotka spočívala v seznámení pacienta s prostředím dětského psychiatrického oddělení, jeho chodem a pravidly. Rozhodli jsme se pro začlenění této jednotky, aby se pacientka cítila lépe v novém prostředí a byla schopna lepší spolupráce. Vzhledem ke zhoršování stavu pacientky a celkem nedávno stanovené diagnóze, zahrnuli jsme do edukace i edukační jednotku, která informovala o základní problematice onemocnění, terapiích, možnostech relaxace a vhodné životosprávě, která napomáhá v léčbě. Pro ověření nově nabitých vědomostí pacienta jsme používali kontrolní otázky, které měly kladnou zpětnou vazbu. Na osvěžení informací byl vytvořen edukační leták, který si pacientka spolu s kartou s pravidly a chodem oddělení ponechala. Efekt edukace považujeme za dostatečný. Pacientka během edukace spolupracovala dle svých možností a přiměřeně ke svému aktuálnímu stavu. Projevila zájem učit se novým věcem, u několika informací si vytvořila poznámky. Na oddělení se dobře adaptovala a byla schopna interpretovat základní fakta o problematice záměrného sebepoškození.

Edukaci považujeme za nedílnou součást léčby. Kvalitně edukovaný pacient svým chováním markantně podporuje efekt léčení. Dále díky edukaci respektuje daná opatření

a chápe, proč je důležité se jimi řídit. Stejně důležitá je proto i edukace dětských pacientů, která se nesmí opomíjet, ani bagatelizovat. Stejně jako dospělí lidé, i děti mají zájem se učit novým věcem a podílet se na své léčbě, cítit se rovnocennými. Adekvátní edukace dětského pacienta motivuje a stává se tak rovněž velmi důležitou součástí léčebného procesu.

Tato práce může sloužit jako edukační materiál pro sestry, které zde najdou základní informace o problematice záměrného sebepoškozování a edukace dětského psychiatrického pacienta, pramenící z odborné literatury.

Cíle, které jsme si stanovili v úvodu bakalářské práce, se podařilo naplnit a považujeme je za splněné.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

CARR-GREGG, M. a E. SHALE, 2010. *Puberťáci a adolescenti : průvodce výchovou dospívajících*. 1. vydání. Praha: Portál. 197 s. ISBN 978-80-7367-662-9.

CENKOVÁ, T., 2010. *Jak přežít pubertu svých dětí*. 1. vydání. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-2913-8.

ČERNÁ, A. a D. ŠMAHEL, 2009. Sebeпоškození v adolescenci : kontext reálného versus virtuálního prostředí a subkultur Emo a Gothic. E-psychologie : Elektronický časopis ČMPS. [online]. Č. 3, 4. [cit. 2018-01-03]. ISSN 1802-8853. Dostupný z: <https://e-psycholog.eu/pdf/cernaetal.pdf>

ČEŠKOVÁ, E., H. KUČEROVÁ a M. SVOBODA, 2006. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portal. ISBN 978-80-7367-154-9.

DIGITALIS, R.G. 2009. *Magická stránka temné kultury*. 1. vydání. Praha: Volvox Globator, 374 s. ISBN 978-80-7207-744-1.

FISCHER, S. aj. ŠKODA, 2009. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada. Psyché (Grada). 218 s. ISBN 978-80-247-2781-3.

FRIČOVÁ, Silvia, 2010. *Význam a možnosti využití edukace v psychiatrickém ošetrovatelství*. In: *Sestra*. 20(3), 34-36. ISSN 1210-0404.

HLINOVSKÁ, J., J. KOCUROVÁ a J. NĚMCOVÁ, 2010. Edukační dokumentace v klinické praxi. In: *Pedagogika v ošetrovatelství – tradice, současnost a perspektivy*. Zlín: FHS UT. S. 30-31. ISBN 978-80-7618-995-2.

JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.

KOCOURKOVÁ, J., 2008. Sebeпоškození v adolescenci : narůstající problém?. *Československá psychologie : časopis pro psychologickou teorii a praxi*. 52(6), s. ISSN 609-614. ISSN 0009-062.

KOUTEK, J. a J. KOCOURKOVÁ, 2007. *Sebevražedné chování*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-349-9.

KRIEGELOVÁ, M., 2008. *Záměrné sebeпоškození v dětství a adolescenci*. Praha: Grada, 174 s. ISBN 978-80-247-2333-4.

LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1284-9.

MAGUROVÁ, D. a E. MAJERNÍKOVÁ, 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. 1. vydání. Martin: Osveta. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.

MALÁ, E., 2007. *Dítě a stres*. 1. vydání. Praha: Tigis. 143 s. ISBN 978-80-903750-1-7.

MANDYSOVÁ, P., 2016. *Příprava na edukaci v ošetrovatel'ství*. 1. vydání. Pardubice: Univerzita Pardubice. 82 s. ISBN 978-80-7395-971-5.

NEMCOVA, J., 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-321-9.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatel'ství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 3. doplněné vydání. Plzeň: Maurea, s.r.o. 106 s. ISBN 978-80-904955-9-3.

PLATZNEROVÁ, A., 2009. *Sebepoškozování; Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Glén. ISBN 978-80-7262-606-9.

ROEKOVÁ, H., 2017. *Sociálnopatologické javy*. 1. vydání. Plzeň: Aleš Čeněk s.r.o. 405 s. ISBN 978-80-7380-662-0.

SMOLÍK, J., 2010. *Subkultury mládeže : uvedení do problematiky*. 1. vydání. Praha: Grada. 281 s. ISBN 978-80-247-2907-7.

SVĚŘÁKOVÁ, M., 2012. *Edukační činnost sestry. Úvod do problematiky*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.

VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Vývojová psychologie I. : Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. 467 s. ISBN 987-80-246-0956-0.

VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Žádost o povolení sběru dat pro účely bakalářské práce

Příloha B – Edukační leták

Příloha C – Průvodní list k rešerši

Příloha D – Náhled na list s pravidly dětského psychiatrického oddělení

PŘÍLOHA A

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Příjmení a jméno studenta	Koppová Gabriela	
Studijní obor	Všeobecná sestra	3BVS
Téma práce	Edukační proces u pacienta se sklony k sebepoškození Hospitalizovaném na dětském psychiatrickém oddělení	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Psychiatrická nemocnice v Dobřanech Ústavní ul., 33441, Dobřany	
Jméno vedoucího práce	doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci edukačního procesu	Edukační proces <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím <i>[Signature]</i> podpis	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím <i>[Signature]</i> podpis	

V Praze dne 10.09.2017

.....
podpis studenta

Edukační leták

Pravidla oddělení:

- Na oddělení se k sobě chováme slušně.
- S jakýmkoliv problémem se obrát na sestru.
- Docházíme na předem plánované aktivity.
- Aktivně se začleňujeme do dění.
- Telefonovat mohou od 13:30 do 14:30 a od 18:00 do 19:00.
- Každý si po sobě sám uklízí.
- Budíček je v 7:00, večerka ve 21:30.

Záměrné sebepoškozování:

- Je zdravotní problém jako každý jiný.
- Je normální mít pocity strachu a úzkosti.
- Vždy se dá najít jiné a lepší řešení.
- V nevyhnutelných případech myslí na riziko infekce.
- Ideální je zaměřovat se činnosti, která tě baví.

Terapie:

- Myslí na pravidelné užívání léků.
- Vždy si vezmi pouze předepsanou dávku.
- Léky nikdy nevysazuj bez pokynu

lékaře.

- S paní psychologkou probíhá po dobu hospitalizace kognitivně behaviorální terapie.
- Docházej pravidelně do ambulantní péče.
- Součástí hospitalizace je arteterapie, muzikoterapie i hipoterapie.

Psychohygiena:

- Dodržuj zdravý životní styl.
- Jez zdravě a vyváženě.
- Pij dostatečné množství tekutin.
- Najdi si čas na odpočinek.
- Důležitý je kvalitní spánek cca 8 hod/den.
- Používej relaxační techniky.

Pomoc mimo hospitalizaci:

Linky důvěry

- Linka bezpečí
- bezplatná, pro děti a dospívající: 116 111

Linka důvěry Dětského krizového centra

- bezplatná, 241 484 149
- chat: www.elinka.iporadna.cz

SPONDEA Brno

- krizová linka 541 235 511
- chat: www.chat.spondea.cz

Modrá linka

- 549 241 010
- Skype: modralinka

Krizová centra

- Dětské krizové centrum Praha
- V Zápoří 1250, Praha 4 (241 480 511)

Centrum krizové intervence Praha

- Ústavní 91, Praha 8 (284 016 110)

Centrum SOS Archa Pízeň

- Prokopova 17, Pízeň (377 223 221)

Povídej – Centrum krizové intervence

- Česká 235, Kutná Hora (327 511 111)

SPONDEA Brno

- Sýpka 25, Brno (739 078 078)

Rodinná poradna Centra sociálních

- služeb Ostrava, o.p.s.
- Jahnova 867/12, Ostrava (739 424 175)

Edukační leták je součástí bakalářské práce na téma Edukační proces u pacienta se sklony k sebepoškozování hospitalizovaném na dětském psychiatrickém oddělení. Obhájen na Vysoké škole zdravotnické, Dušková 7, Praha 5, 2018.
Autor: Gabriela Koppová



PŘÍLOHA C

PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

Jméno: Gabriela Koppová

Název práce: Edukační proces u pacienta se sklony k sebepoškození hospitalizovaném na dětském psychiatrickém oddělení

Jazykové vymezení:

čeština, slovenština, angličtina

Klíčová slova:

Sebepoškození – Adolescent – Edukace – Edukační proces

Klíčová slova angličtina:

Self-harm – Adolescent – Education – Educational proces

Rešeršní strategie

je kombinací různých způsobů hledání - neváže se pouze na klíčová slova, klíčová slova (= deskriptory MeSH) u jednotlivých citací naleznete v kolonce „DE“, případně Termíny MeSH

Časové vymezení:

2007-2017

Počet záznamů: 58 (ČZ:53 ZZ:5)

České zdroje: záznamů: 53 (knihy: 23; články: 30)

Zahraniční zdroje: záznamů: 5

Použitý citační styl:

Bibliografický záznam v portálu MEDVIK

Citace databázového centra EBSCOhost pro databáze CINAHL a MEDLINE

Zdroje:

Katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz) a databáze BMČ

Specializované databáze (CINAHL a MEDLINE)

Databáze vysokoškolských prací

Online katalog NCO NZO

Zpracoval:

PhDr. Ondřej Burský

Národní lékařská knihovna, oddělení informačních a speciálních služeb

Sokolská 54

121 32 Praha 2

PRAVIDLA NAŠEHO ODDĚLENÍ

- Dodržuji režim dne a celého oddělení.
- Celý týden se snažím získávat červené body, které jsou za dobré chování. Pokud jich nasbírám nejvíc, půjdu na odměnu.
- Černé body jsou za zlobení, nadávání, vztekání se, odmlouvání. Mým cílem je černé body nemít!
- Starám se o svoje věci (školní potřeby, oblečení, hračky, vlastní výrobky), neničím věci svých kamarádů.
- Pokud zničím zařízení na oddělení (nábytek, terapeutické pomůcky, výzdoba), musím ho zaplatit svými tolárky.
- Dodržuji společenská pravidla, jsem slušný k dospělým i k dětem (neubližuji jim, nenadávám, neposmívám se).
- Do školy chodím připravený, snažím se mít co nejlepší známky a poslouchám paní učitelku nebo pana učitele.
- Odpoledne chodím na aktivity, které pro mne dospělí připravili, dodržuji pravidla her a snažím se získat červené body za dobré chování.
- Ve svém pokoji udržuji pořádek, stejně tak i ve společných prostorách oddělení i mimo budovu. Pokud uklízím, dostávám tolárky, za které si na obchůdku můžu koupit pěkné věci.
- Služba na míče má na starosti míče vždy, když jdeme se sestřičkou na hřiště nebo na zahradu. Služba na záchod kontroluje, zda je na záchodech čisto a sucho. Službu mám celý týden a pokud ji splním, dostanu tolárkovou odměnu.