

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Lada Kunzlová

Studijní obor: Všeobecná sestra

**SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTY
SE SEBEPOŠKOZOVÁNÍM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Vasilis Jataganzidis

PLZEŇ 2020

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP/DP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité
prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2020.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Kunzlová Lada

Katedra: Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Specifika ošetřovatelské péče o pacienty se sebepoškozením

Vedoucí práce: MUDr. Vasilis Jataganzidis

Počet stran – číslované: 65

Počet stran – nečíslované: 23

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 65

Klíčová slova: Sebeпоškozování, specifika prostředí vězeňské nemocnice, ošetřovatelství, Hildegard Peplau - model interpersonálních ošetřovatelských vztahů

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá specifiky ošetřovatelské péče o pacienty se sebeпоškozováním v prostředí vězeňské nemocnice. V teoretické části popisují základní informace o sebeпоškozování, příčiny, diagnostiku, možnosti léčby a specifika ošetřovatelské péče. Kladu důraz na model psychodynamického ošetřovatelství Hildegardy E. Peplau, tedy model interpersonálních vztahů, jeho hlavní jednotky a popis jednotlivých fází modelu. V praktické části se věnují třem pacientům, kteří se sebeпоškozují. U všech pacientů je zpracována kompletní anamnéza a katamnéza, následovaná ošetřovatelským procesem dle H. E. Peplau a ošetřovatelským plánem.

Abstract

Surname and name: Kunzlová Lada

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Specifics of nursing care for patients with self-harming

Consultant: MUDr. Vasilis Jataganzidis

Number of pages – numbered: 65

Number of pages – unnumbered: 23

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 65

Keywords: self-harming, specifics of prison hospital, nursing, Hildegard E. Peplau, model of interpersonal relationships in nursing

Summary:

The bachelor thesis deals with the specifics of nursing care for patients with self-harming in the environment of prison hospital. The theoretical part describes the basic information about self-harming, causes, diagnostics, treatment options and the specifics of nursing care. The thesis emphasizes the model of psychodynamic nursing of Hildegard E. Peplau, therefore model of interpersonal relationships, its main units and the description of the various phases of the model. The practical part of my work is focused on the three patients who are suffering from self-harming, each of them described with a complete medical history and catamnesis, followed by a H. E. Peplau nursing process and a nursing plan.

Předmluva

Předkládaná práce završuje mé bakalářské studium ošetrovatelství. Jejím cílem bylo sumarizovat a analyzovat specifické poznatky z dlouhodobého působení v pozici zdravotní sestry ve vězeňské nemocnici. Účelem práce je prokázat schopnosti získávání informací ze zahraniční i tuzemské literatury, jejich analýzy, využití a komparaci s vlastními praktickými poznatky a výstupy z konkrétní ošetrovatelské práce se zvláštním typem pacientů.

Civilní svět a vězeňské prostředí se z mnoha hledisek, tedy i z hlediska zdravotnického personálu, diametrálně liší, neboť v tom vězeňském je nutné při péči o pacienta postupovat nejen dle etického kodexu zdravotníka, ale i dle vnitřních směrnic příslušné organizační jednotky zařízení vězeňské služby. Je zřejmé, že některé z běžných poznatků, získaných předchozím středoškolským studiem, nelze v takovém zařízení aplikovat. Práce ošetrovatelského týmu na chirurgickém oddělení vězeňské nemocnice je spjata s řadou omezení a zvláštností ve srovnání s obdobným civilním zdravotnickým zařízením.

Soustředila jsem se na jednu z výrazně odlišných stránek své praxe - na problematiku vězeňských pacientů hospitalizovaných po sebepoškození (automutilaci). Krom následků automutilačního aktu tito pacienti obvykle čelí též jiným zdravotním problémům, včetně problémů psychických, často determinovaných zneužíváním drogových látek. Nutnou součástí práce ošetrovatelského personálu je v tomto ohledu úzká spolupráce s lékařem, ale i s psychologem a psychiatrem, obecně tedy multioborová spolupráce. V rámci takové spolupráce jsem ve své bakalářské práci využila informací jak z medicínální, tak penitenciární i ekonomické sféry.

Poděkování

Děkuji MUDr. Vasilisi Jatagazidisovi za odborné vedení práce. Dále děkuji za konzultace v oblasti lékařské MUDr. Aleně Hynštové a v oblasti filozofické a etické PhDr. Simoně Ladyvirové, Ph.D.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	11
SEZNAM TABULEK	12
SEZNAM ZKRATEK	13
ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 SEBEPOŠKOZOVÁNÍ	12
1.1 Etiologie	13
1.1.1 Biologické základy patologického sebepoškozování	15
1.1.2 Klasifikační přehled sebepoškozujícího jednání	16
1.1.3 Záměrné sebepoškozování – způsoby a charakteristiky	19
1.2 Diagnostika sebepoškozování	20
1.3 Možnosti pomoci a terapie	21
1.3.1 Psychoterapie	22
1.3.2 Behaviorální terapie	23
1.3.3 Kognitivní terapie	23
1.3.4 Racionálně emotivní terapie	24
1.3.5 Terapie řešení problému	24
1.3.6 Interpersonální skupinová terapie	24
1.3.7 Kognitivní terapie cílená na schémata	24
1.3.8 Arteterapie, muzikoterapie, hypnóza a relaxační techniky	24
1.3.9 Farmakoterapie	25
1.4 Prevence	25
1.4.1 Postoj společnosti a možnosti řešení	26
1.5 Model Hildegard E. Peplau - psychodynamické ošetřovatelství	27
1.5.1 Role sestry dle Hildegard Peplau	27
1.5.2 Fáze modelu Hildegard E. Peplau	28
2 PŘÍČINY SEBEPOŠKOZOVÁNÍ VE VĚZEŇSKÝCH PODMÍNKÁCH	29
2.1 Postoj zdravotníků k pacientům s automutilací	29
2.2 Odlišnost prostředí nemocnice	31
2.3 Zvláštnosti práce sestry ve vězeňské nemocnici	31
2.3.1 Komunikace s obviněnými a odsouzenými	32
2.3.2 Doporučení pro praxi (standard č. 31)	32
2.3.3 Podávání léků	33
2.4 Přístup k sebepoškozujícím se vězňům	34
2.5 Řešení	34

PRAKTICKÁ ČÁST	35
3 CÍL A ÚKOLY PRÁCE.....	35
3.1 Hlavní cíl	35
3.2 Dílčí cíle	35
4 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY	36
5 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	37
6 METODIKA PRÁCE	38
6.1 Organizace výzkumu.....	38
7 KAZUISTIKY	39
7.1 Pacient č. 1	39
7.1.1 Údaje o pacientovi	39
7.1.2 Ošetrovatelský proces u pacienta č.1 (dle H. Peplau)	41
7.1.3 Uplatnění fází modelu dle H. Peplau u pacienta č.1	43
7.1.4 Ošetrovatelské cíle a jejich naplnění u pacienta č. 1	46
7.2 Pacient č. 2	50
7.2.1 Údaje o pacientovi	50
7.2.2 Ošetrovatelský proces u pacienta č.2 (dle H. Peplau)	51
7.2.3 Uplatnění fází modelu dle H. Peplau u pacienta č.2	53
7.2.4 Ošetrovatelské cíle a jejich naplnění u pacienta č.2	55
7.3 Pacient č. 3	56
7.3.1 Údaje o pacientovi	56
7.3.2 Ošetrovatelský proces dle H. Peplau u pacienta č.3.....	57
7.3.3 Uplatnění fází modelu dle H. Peplau u pacienta č.3	59
7.3.4 Ošetrovatelské cíle a jejich naplnění u pacienta č.3	62
8 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	64
8.1 Přehled a vyhodnocení specifik ošetrovatelské péče ve vězeňském zařízení.....	64
8.2 Analýza a interpretace specifik ošetrovatelské péče u sebepoškozujících se pacientů	65
8.2.1 Specifika péče o pacienty se sebepoškozením	66
8.2.2 Jakým způsobem se všeobecné sestry vyrovnávají se specifiky při zajištění kvalitní péče o pacienty se sebepoškozením ve vězeňské nemocnici?	66
9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	67
9.1 Jak se vyrovnat se specifiky ošetrovatelské péče o pacienty, kteří se sebepoškozují ve vězeňském prostředí?	67
9.1.1 Doporučení pro zdravotnický personál	67
9.1.2 Jak pomoci pacientům v prevenci autoagrese?	67

9.2	Jaké jsou možnosti sledovat ve vězeňském prostředí jednotlivé pacientů jejich stav z dlouhodobého hlediska?	68
9.3	Je nutné seznamovat studenty s problematikou automutilace?	69
	DISKUZE	70
	ZÁVĚR	75
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	11
	SEZNAM PŘÍLOH	16
	Příloha A – Statistika hlášených sebepoškození	16
	Příloha B – Anonymní dotazníky – záznamy polostrukturovaných rozhovorů ...	17
	Příloha C – Dokumentace sebepoškození – rentgenové snímky	20

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Dokumentace sebepoškození - polknutí cizího tělesa (pacient č. 1) ...20

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Teoretická východiska pro sebepoškozující jednání.....	14
Tabulka 2: Ošetřovatelské diagnózy pacienta č. 1	45
Tabulka 3: Ošetřovatelské diagnózy pacienta č. 2	54
Tabulka 4: Ošetřovatelské diagnózy pacienta č. 3	61

SEZNAM ZKRATEK

APPE - appendektomie, operativní odstranění slepého střeva

BMI - body mass index

BZD - benzodiazepiny – psychofarmaka

FN - fakultní nemocnice

GIT - gastrointestinální trakt

HBV - virová hepatitida typu B

HCV - virová hepatitida typu C

MKN - mezinárodní klasifikace nemocí (též ICD)

LMWH -low molecular weight heparins - nízkomolekulární heparin

VV - vazební věznice

VN - vězeňská nemocnice

VTOS - výkon trestu odsouzených

VZP - všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO - světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá problematikou dosud nepříliš publikovaného problému sebepoškozování a s ním souvisejícími problémy ošetrovatelské péče. Sebepoškozování neboli automutilace je závažným jevem, který se neobjevuje ojediněle, ale napříč společenským spektrem. Pracuji jako všeobecná sestra v nemocničním zařízení vězeňské služby. V našem zařízení se automutilace objevuje často, a proto jsem si toto téma zvolila za předmět bakalářské práce. Chirurgické oddělení, na kterém pracuji, je jediné svého druhu v České republice. Naše zdravotnické zařízení poskytuje zdravotní služby pro obviněné a odsouzené pacienty bez rozdílu věku, pohlaví a národnosti umístěné ve vězeňských zařízeních na celém území státu. V případě nutnosti zajišťujeme ošetření pacientů na pracovišti vyššího stupně, které je ochotné s naším zařízením spolupracovat.

V teoretické části popisuji důvody a rozdělení jevů týkajících se sebepoškození. Věnuji se příčinám vzniku těchto negativních jevů ve vězeňském prostředí. Specifikuji zde i zásady příslušné ošetrovatelské péče.

V praktické části prostřednictvím ošetrovatelských kazuistik dokumentuji nároky kladené na zdravotnický tým.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Definice sebepoškození není úplně jednoznačná. Nejčastěji se uvádí, že se jedná o úmyslné chování se záměrem se sebe poškodit či způsobit si zranění z nejrůznějších důvodů (např. Herdman, 2010).

Armand R. Favazza definuje tento akt jako přímou destrukci nebo poškození vlastních tělesných tkání bez suicidálního záměru (Favazzy in Krieglová, 2017).

Ruský autor M. Sysoev má poněkud jiný pohled na tuto problematiku. Domnívá se, že se jedná o úmyslnou činnost ať již vědomou či nevědomou, zaměřenou proti sobě samému ve fyzické i mentální rovině (Sysoev, 2002).

Nemoci spojené s automutilací jsou zařazeny do Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených problémů. Za správnost klasifikace odpovídá Ústav zdravotnických informací České republiky (uzis@uzis).

Ruští odborníci ministerstva justice, považují tuto klasifikaci za nedostatečnou pro současné použití, zejména pro vězeňskou službu. Pokládají za aktuálnější Avdějevovu klasifikaci z roku 1968. Z jejich pohledu se zařazení v MKN jeví vhodnou pouze pro statistické účely nikoliv pro praktické využití. Ve své práci se tímto zabývá V.V. Solomontcev. Podle něj je obtížné použití (MKN) v podmínkách, které mají svoje zvláštnosti a odlišují se od běžného prostředí. Má na mysli simulaci nemoci nebo záměrné sebepoškození. Všechny tyto jevy nazývá „umělými nemocemi.“ Solomontcev doporučuje interní revizi (MKN) pro použití ve vězeňském prostředí. Aktualizace by měla lépe identifikovat záměrné sebepoškození (Solomontcev, 2011). Rusko má vzhledem k množství případů automutilací specifické postavení, které si vyžaduje řešení financování lékařské péče o tyto pacienty (Vjestnik sudebnoj mediciny, 2013).

Velkým problémem se jeví terminologická nejednoznačnost v diagnostice těchto onemocnění - zejména co se týče záměrnosti činu. V některých zemích se od přívlastku „záměrný“ ustoupilo (například ve Velké Británii) z důvodů obav ze stigmatizace. Většina autorit včetně WHO přívlastek „záměrné“ („deliberate“) schvaluje. Sebeпоškozující jednání je vždy atypické, tento přívlastek však naznačuje jistou svévoli a promyšlenost (Krieglová, 2008).

Sebepoškozování v České republice není trestným činem, ale navádění či nucení k sebepoškozování nebo k sebevraždě jsou trestné činy, na něž se vztahuje oznamovací povinnost.

Zákon č. 359/1999 Sb., „O sociálně právní ochraně dětí“ určuje jako povinnost různým institucím nahlášení ohrožení zdraví dětí nebo života dítěte. U fyzických osob je tento postup formulován jako právo nikoliv jako povinnost.

Zákon č. 40/2009 Sb., „Trestní zákoník“ stanovuje v §364-368 povinnosti, jež má každá osoba v případě trestného činu.

Zákon č.169/1999 Sb. „O výkonu trestu odnětí svobody“ §28 odstavec f) takové jednání odsouzeným zakazuje.

1.1 Etiologie

V souvislosti s rostoucím tempem současného života narůstá pocit psychického napětí. Autoagrese je jednání, které někteří lidé používají jako způsob, jak se s tímto tlakem vyrovnat. Ruská autorka Abramovová s kolektivem vysvětluje ve své práci důvody, proč se mladí lidé uchylují k prostředkům, o nichž se domnívají, že jim pomohou se uvolnit: kouření, alkohol, narkotika nebo autoagresivní jednání. U některých jedinců můžeme pozorovat autodestruktivní jednání jako prostředek k vypořádání se s negativními pocity a emocemi. Většinu těchto dospívajících charakterizuje impulzivnost, emociální nevyzrálость, zvýšená vzrušivost (Abramovová a kol, 2018).

Čeští autoři Jana Kocourková a Jiří Koutek, kteří se problematikou dlouhodobě zabývají ve FN Motol, se zaměřují na suicidální problematiku adolescentů, ale jejich závěry platí i v širším populačním kontextu. Konstatují, že jak suicidální jednání, tak i sebepoškozování nesuicidálního charakteru dosud nepředstavují samostatnou psychiatrickou diagnózu a bývá spojeno s různými duševními poruchami. Zdůrazňují, že sebepoškozující nejsou z hlediska motivu jednání homogenní skupinou. Autodestruktivní chování má různou razanci. Od lehkého sebepoškozování či nadměrného užívání léků bez suicidální motivace, až po jasný suicidální záměr. Na základě poznání suicidálních projevů lékař hodnotí suicidální riziko. Posouzení psychopatologie je důležité pro diagnostický proces, terapii a stanovení preventivních opatření. Lékař musí zhodnotit nejen psychiatrickou diagnózu, ale použít komplexní pohled na pacienta. To vše pak vede k formulaci terapeu-

tického plánu a sladění všech medicínských intervencí (Kocourková a Koutek, 2013).

Ruští vědci vidí příčiny autoagrese v negativních emocích a jejich důsledkem je specifická emociální regulace (Abramovova a kol., 2018). Krieglová a Rozsivalová mají velmi podobný názor na rozdělení faktorů, které vedou k vulnerabilitě. Obě autorky se věnují dětem a mladistvým, u nichž bývá na prvním místě precipitující událost - ztráta velmi blízké osoby. To je situace, kterou pacient neumí nebo nechce zpracovat. Shodují se na tom, že pacient zpochybňuje správnost vlastních pocitů nebo je špatně interpretuje. Často chybí model správného zvládnutí stresové situace. Agresi obrací proti vlastnímu tělu, pak pociťuje úlevu a uvolnění napětí. Často se vytváří návyk na tato jednání. Tento vzorec chování se dá pojmenovat jako chorobná závislost na autodestrukci (Rozsivalová a kol., 2008). Krieglová zmiňuje metodický pokyn Královské psychiatrické společnosti ve Velké Británii, kde je používáno dělení dle délky časového období před sebepoškozením. To je děleno na dlouhodobé, krátkodobé a precipitující faktory, které vedou k autoagresi. Precipitující období bývá jen několik dní či velmi krátce před epizodou (Krieglová, 2008). Ruští lékaři tento názor potvrzují a dodávají, že existuje spojitost mezi autoagresí a negativními pocity (Abramova a kol., 2018).

Níže uvádím tabulku J. Suttonové, která možné příčiny autoagrese přehledně shrnuje.

Tabulka 1: Teoretická východiska pro sebepoškozující jednání

Kauzální faktory záměrného sebepoškození podle Jane Suttonové	
Dlouhodobé zneužívání v dětství	Nutnost prosazovat se a bránit v podmínkách náhradní nebo ústavní péče
Znovu obnovené vzpomínky na zneužívání	Dlouhodobá nezaměstnanost jedince
Znásilnění	Prožitek devalvace identity jedince okolím a popírání vlastní identity
Popření zneužívání matkou nebo jinou významnou osobou	Problém s pohlavní identitou
Zneužívání udržované v tajnosti	Pocity nedostatku vlastní kontroly, nebo že je jedinec zcela kontrolován

	svým okolím
Odloučení od primárně pečující osoby	Jedinec se cítí být nevyslyšen svým okolím
Ztráta významné osoby	Opakovaná zrazení významnou osobou
Alkoholismus pečující osoby	Narušené sebevnímání
Týrání	Zadržování silných emocí (vzteku, strachu)
Zanedbávání jedince v dětství a opuštění	Jedinec je uvězněný ve smutku a často pláče
Nedostatek fyzického kontaktu dítěte s primárně pečující osobou	Sebenenávist
Rozvod rodičů nebo vlastní rozvod jedince	Nízká sebeúcta, sebehodnocení a sebevědomí
Zneužívání dítěte jako „pěšáka“ při řešení manželských problémů rodičů	Pocity nejistoty a vlastní neschopnosti
Diagnostikovaná depresivní porucha u pečující osoby	Pocity vnitřní prázdnoty a osamělosti

Zdroj: Jane Suttonová (Suttonová, 2005).

1.1.1 Biologické základy patologického sebepoškozování

Genetická predispozice osobnosti je významný determinant pro suicidální chování (Dušek a Večeřová, 2018). Conterio se zabýval problémem, zda genetická predispozice zneužívání alkoholu je možná také u záměrného sebepoškozování. Conterio a kol. došli k závěru, že existuje predispozice nízké frustrační tolerance a snížené kontroly impulzů, ale přesto je vliv prostředí a učení významný (Favazzy a kol., 1989). Dalším z předpokladů vzniku autoagrese, který zmiňují ve své knize autoři Dušek a Večeřová, je velmi složitá porucha neurotransmiterů. U dopaminu, serotoninu a noradrenalinu to předpokládají Cloninger, Silver a Davis. Z jejich výzkumu vychází vědecký obor psychobiologie poruch osobnosti (Cloninger a kol., 1993). Dávají do souvislosti účast poruch těchto neurotransmiterů s působením na emociální reaktivitu a další osobnostní charakteristiky. Na základě svých poznatků Cloninger vyvinul dotazník, jenž umožňuje hodnotit, zda je pacien-

ta možno léčit úspěšně psychofarmaky či nikoliv (Cloninger, 1994). Poskytuje doporučení, jak léčit poruchu jednotlivých neurotransmiterů. Americká psychiatrická asociace považuje farmakoterapii spíše za pomocnou strategii léčby. Novější neurobiologické poznatky však toto tvrzení popírají. (Dušek a Procházková, 2018). Další z faktorů, které mohou mít vliv na opakující se záměrné sebepoškození je hladina endorfinů. Tato teorie, kterou publikoval Alderman předpokládá, že hladina endorfinů má funkční vztah k sebepoškozování. Vědci tvrdí, že sebepoškození vede ke stimulační tvorbě endogenních opioidů - endorfinů. Ty mají uklidňující a utišující účinek. Tato teorie se nazývá Endorfinová analgezie (Krieglová, 2008). Pro většinu lidí je důležitý moment, kdy fyzická bolest přehluší bolest psychickou. Fyzická bolest je něco, co mohou ovládat vlastní vůlí na rozdíl od bolesti psychické (Platznerová, 2009). Další možné teorie jsou publikovány Kamilou Lenkewicz, která působí na Lékařské univerzitě ve Varšavě a jsou dostupné on-line na webových stránkách www.psychiatriapolska.pl.

1.1.2 Klasifikační přehled sebepoškozujícího jednání

Neexistuje jednotná mezinárodní klasifikace sebepoškozování. Setkáváme se s velkou různorodostí - v anglické literatuře jsou používány termíny Self-harming behavior, Self-injurious behavior, Self-harm, Self-injury, Self-mutilation, Self-wounding, Self-cutting (Krieglová, 2008). Nejednoznačné označení může vést ke zkreslení informací a k nepochopení či odmítavému postoji k sebepoškozujícím pacientům (Krieglová, 2008). Ruští lékaři manželé Ruženkovovi se pokoušejí upřesnit terminologii a klasifikaci sebepoškozování a používají ve své práci termíny autoagresivnoe povedenie, suicidalnoe povedenie, parasuicid, autodestruktivnoe povedenie, nesčastnyj suicid (Ruženkov a Ruženkovova, 2014). Jejich odborná práce se svou strukturou velmi podobá publikaci naší autorky Krieglové. Krieglová shrnuje modely různých klasifikací sebepoškozování uvedené v anglicky psané literatuře (Krieglová, 2008). Dodnes citovanou klasifikaci, která dělí sebepoškození do tří kategorií, s menšími úpravami používají v Rusku představují Ruženkovovi a v České republice Platznerová (Platznerová, 2009).

Dělení podle Favazzy a Rosenthala (Favazzy a Rosenthal, 1993):

1. Závažná automutilace - nejméně častá forma sebepoškození, při němž dochází k velkému poškození tkání (kastrace, amputace), kdy pacienti jsou v psychotickém stavu nebo akutně intoxikováni.

2. Stereotypní automutilace - rytmické vzorce chování, které můžeme vidět u institucionalizovaných, mentálně retardovaných, psychotiků, ale i autistů.

3. Povrchová nebo mírná automutilace, která se vyskytuje nejčastěji.

Ruženkovovi uvádějí rovněž tři stupně. Jejich dělení však spíše připomíná dělení podle Eberlyové, která sebepoškození definuje jako neakceptovatelné chování s cílem se sebepoškodit, které vede k poškození zdraví, nikoli ke smrti. Zároveň vylučuje organickou psychiatrickou příčinu onemocnění (Eberlyová in Platznerová, 2009).

Klasifikace Ruženkovových (Ruženkov a Ruženkovova, 2014)

1. stupeň je charakterizován pasivními myšlenkami na sebevraždu, fantaziemi na téma své smrti

2. stupeň: sebevražedné nebo sebepoškozující úmysly, kdy přemýšlí o plánu, jak konkrétně bude realizovat, jakým způsobem. To je označováno jako aktivní forma.

3. stupeň je přistoupení od úmyslu k realizaci plánu.

Velmi podobná je Poustkova pre-suicidální klasifikace, která má sedm stádií a v posledních třech se shoduje s Ruženkovovými: obrat k agresi, sebevražedné fantazie a v závěru sebevražedné jednání (Kocourková a Koutek, 2003).

Vysvětlení některých způsobů sebepoškození dle Kocourkové (2003):

Automutilace (self-mutilation) - sebepoškození, které vyplývá z psychotické poruchy, může se objevit také jako výsledek sadomasochistického provádění sexuálních praktik. Častý výskyt je u populace, která má poruchu osobnosti, kdy se může jednat o naprosto účelové jednání např. ve vězení k dosažení nějakého cíle prostřednictvím automutilace.

Sebepoškozování (Self-harm, Self-injury, Self-wounding) – vyskytuje se u osob s narušenou hraniční osobností, představuje vědomé, záměrné často opakující se sebepoškozování bez vědomé suicidální motivace.

Syndrom záměrného sebepoškozování (Deliberate self-harm) je vnímán jako širší pojetí sebepoškozujícího chování a zahrnuje tento patologický jev jako

specifický u poruch osobnosti, osob s poruchou příjmu potravy nebo závislých na návykových látkách. Je vyčleněn z kategorie suicidálních způsobů.

Syndrom pořezávaného zápěstí (Wrist-cutting, Slashing) u osob převládá sebepoškozování, kde převládá řezání na zápěstí a předloktí bez vědomého suicidálního motivu.

Předávkování léky (Self-poisoning, Overdosing) jedná se o neindikované nadměrné užití léků bez zřejmého suicidálního úmyslu, často jde o opakované chování.

Kocourková a Koutek uvádějí ve své klasifikaci pět základních termínů, což je pouze část ze širokého spektra variací sebepoškozování. Rozšiřují spektrum záměrných sebepoškozování o rizikové chování, zneužívání návykových látek, sportovní zátěž, která již není adekvátní lidskému organismu a v neposlední řadě poruchy příjmu potravy. Lze pouze konstatovat, že novější literární prameny mají větší shodu v terminologii sebepoškozování než dříve publikované (Krieglová, 2008).

Sysoev ve své práci zmiňuje studie R. M. Magasutova, který se zabýval genderovými rozdíly v prevalenci, věkovou dynamikou, rizikovými faktory a podmínkami výskytu auto agrese. Faktory související se sebepoškozením u dospívajících vykazovaly více podobností než rozdílů. Autoagresivita chlapců korelovala s agresivními fantaziemi, fyzickým násilím v dětství. Sebevražedné pokusy dívek byly spojeny více se zneužíváním psychoaktivních látek, spácháním trestných činů, sexuálním násilím a duševními poruchami, zejména v emociální oblasti (Sysoev, 2012). Krieglová ve své publikaci uvádí výzkum Pattisona a Kahana z roku 1983, ze kterého plyne, že výskyt záměrného sebepoškození je téměř rovnoměrně rozložen mezi obě pohlaví (Krieglová, 2008). Výzkum Meltzera a kolektivu z roku 2002 dochází k závěru, že ženy se sebepoškozují častěji než muži. K největší odchylce dochází v období adolescence. Vysvětlení může být takové, že muži se nesvěřují se svými slabostmi a zároveň svou agresi ventilují navenek (Platznerová, 2009).

N.V. Agazade poukazuje na to, že autoagrese jako zvláštní projev sebeobviňování, sebeponížení, sebepoškození tělesné závažnosti až po sebevraždu, je sebezničující chování, které obsahuje následující typy sociální patologie. Chování jako je opilství, alkoholismus, drogová závislost, riskantní sexuální chování, výběr

extrémních sportů a profesí. V tomto se shoduje s Kocourkovou a Koutkem. Dále však uvádí, že v tomto světle se teorie sociální maladaptace projevuje v různých formách autogrese jako reakce na různé život ohrožující fyzické a duševní situace, které způsobují stres, frustraci apod. Existující klasifikace považují autoagresi za projev dysfunkčního stavu člověka s přihlédnutím k závažnosti psychopatologie, stupni ohrožení člověka a úrovni sociální adaptace.

Klasifikace sebedestruktivní akce dle Agadzeho (Agadze, 1989):

1. Podle dopadu na oblast lidské existence: fyzickou, duševní, sociální, duchovní
2. Konstrukčními vlastnostmi: Vyrovnávacími projevy - afektivní, mimo povahové
 3. Způsobem realizace: okamžité, expandované, nepřímé, transgresivní
 4. Podle dynamických charakteristik: akutní, subakutní, chronické.
 5. Z časového hlediska: přechodné, relapsující, trvalé
 6. Podle typu vývoje: stacionární, postupující
 7. Podle účinku na průběh nemoci: podmíněně negativní, pozitivní, neutrální

Stejný přístup k tomuto problému uvádějí čeští lékaři Dušek a Večeřová, kteří prosazují komplexní pohled na osobnost pacienta včetně jeho socioekonomické situace. Nelze podceňovat rizika a spoléhat se pouze na konkrétní klasifikaci, lékař se musí opírat o širší poznatky o vyšetřovaném (Dušek a Večeřová, 2011).

1.1.3 Záměrné sebepoškozování – způsoby a charakteristiky

Způsoby záměrného sebepoškozování jsou velmi rozmanité. Dle řady autorů jsou metody sebepoškozování určovány osobnostními charakteristikami jedinců. Obvyklé metody jsou: řezání, pálení, užívání škodlivých látek, škrábání, kousání, propichování kůže. Ve studiích jsou rozdělovány na sebetrávení (předávkování) či sebezraňování. Sebezraňování se zdá být v populaci zastoupeno větší měrou; ovšem studie tato pozorování nepotvrzují zřejmě proto, že většina jedinců nevyhledá lékařskou pomoc (Krieglová, 2008). Jednotlivé metody se v míře zastoupení v populaci liší. Lze zaznamenat genderové rozdíly: muži volí metody, které mohou vést k závažnějšímu poškození zdraví až k ohrožení života a vyžadují mnohdy zásah lékaře. Ženy se zraňují superficiálně či mají blíže k sebetrávení. Frekvence sebepoškozování je však u nich vyšší (Krieglová, 2008). Abramovová v Rusku použila anglické (Horrocks at al., 2002) dotazníky ve výzkumu, který

se zaměřil na poškození těla, ne smrtelného pro danou osobu, ale dostatečně silného, aby vyvolal bolestivé pocity. Dotazují se na věk, kdy dotyčný se sebepoškozováním začal i na datum posledního sebeublížení, důležitý je věk dotazovaného (Abramovova, 2018). Překvapivé jsou ovšem závěry, kdy procentuální zastoupení jednotlivých typů sebepoškozování vykazuje v obou studiích anglické i ruské velkou shodu v pořadí a četnosti. Obě studie potvrdily jako nejčastější sebepoškozování sebeřezání (Abramovova a kol., 2018). Drtil ve své práci, která mapuje vězeňské prostředí, dochází k jiným závěrům. Používání metod sebepoškozování se liší, ale první místo obsadilo pořezání různých partií těla. V tom nachází shodu s oběma studii. Na druhém místě se však ve vězeňském prostředí vyskytuje polykání cizích předmětů, knoflíky, zapalovače, sklo, hřebíky, baterie, kusy drátů, držadla od lžic, mobily. Mezi nejnebezpečnější patří tzv. kotvičky. Jde o zavírací špendlíky ohnuté do písmene W a stažené nitkou nebo vměstnané do umačkaného chleba. V zažívacím traktu se nitka nebo chléb rozloží a kotvička se napruží a zasekne do stěn jícnu či žaludku. Další metodou sebepoškozování je intoxikace léky, chemikáliemi, úmyslné vyvolávání hnisavých zánětů (pícháním slin, moči, stolice) pod kůži a v neposlední řadě sypání tuhy do očí nebo vpravování náplně propisovací tužky do spojivkového vaku (Sochůrek, 2007). Aldermanová popisuje vývoj sebepoškozování jedinců, kteří se záměrně sebepoškozují; začínají sebeřezáním končetin a dále zkouší jiné metody sebepoškozování. Nakonec upřednostní jednu z metod (Aldermanová in Krieglová, 2008)

Sutonnová uvádí na základě svého výzkumu lokality jednotlivých částí těla, které jsou nejčastěji využívány k sebepoškozování. Postižení je uvedeno v sestupné frekvenci zastoupení: paže, nohy, stehna, hrudník u žen ňadra, oblast břicha, dlaně, hlava (obličej), zápěstí, genitálie, chodidla a kotníky. Každý postižený má svůj specifický důvod výběru určité části těla. Může být závislý na tom, jak je lokalita dosažitelná, zda chce, aby byla viditelná, či ji naopak chce skrývat. Vybírány jsou partie v kontextu jisté asociace se sexuálním násilím či nenáviděnou částí těla (Sutonnová, 2005).

1.2 Diagnostika sebepoškozování

Moderní psychiatrie je charakterizovaná víceosým přístupem v diagnostice. Zahrnuje komplexní pohled na pacienta (Koutek a Kocourková, 2003). Nutná je

specifikace psychopatologických symptomů a zjištění účelovosti jednání. Sebepoškozující chování je jev, který se v ústavních zařízeních může rozšířit do podoby epidemie. Upevňuje skupinovou soudržnost, má funkci iniciačního rituálu. Sebepoškozování se pak stává naučenou formou a je často napodobováno. V jiných kulturách je sebepoškozování společensky přijímané, tolerované.- zde ale plní zcela jinou funkci (léčebnou, spirituální). Naše společnost přijímá či toleruje pouze formy sebepoškozování jako je tetování a piercing (Malá, 2009).

Sebepoškozující chování je součástí klinického obrazu mnoha dalších diagnóz. Při psychiatrickém vyšetření by sebepoškozování nemělo být opomenuto. Přestože není uvedeno v MKN, Favazza doporučuje kódovat SP jako Z03.8. Kód je použitelný pro pozorování po pokusu o sebepoškození, Z03.6 pozorování po sebeotrávení, pokud má pacient v anamnéze problémy s intoxikací nebo sebepoškozováním lze použít Z 91.5. Pro opakované sebepoškozování doporučuje kód pro jiný problém se životním stylem Z72.8 (Favazza in Platznerová, 2009).

Sebepoškozování je aktivita spojená s vysokým rizikem sebevražd. Zvýšené riziko je u psychiatrických diagnóz jako jsou specifické poruchy osobnosti, bipolární depresivní poruchy, posttraumatické stresové poruchy, poruchy vyvolané účinky psycho aktivních látek (Malá, 2009).

1.3 Možnosti pomoci a terapie

Možnosti léčení automutilace jsou obtížné a často nepříliš účinné. Cílem je ovlivnění základní poruchy pomocí farmakoterapie a často i psychoterapie a léčba symptomů, protože léčba příčin zatím neexistuje. Suttonová říká, že nejsou žádná rychlá řešení, jak skoncovat se záměrným sebepoškozováním. Tuto potřebu musí vnímat jedinec sám a rozhodnout se pro léčbu. Pacienti řeší dilema - ztratit něco, co jim umožňuje přežít na tomto světě či přijmout nabízenou odbornou pomoc. Systém péče o pacienta by měl být detailně připraven a naplánován tak, aby postihl nejen tu fázi, která záměrné sebepoškozování iniciovala, ale je potřeba zjistit, jakou úlohu hraje sebepoškozování v současné životní situaci (Suttonová in Krieglová, 2008). Bude-li problém včas diagnostikován a léčen od počátku, pak je pravděpodobné, že se pacient má šanci vyhnout i celoživotnímu trápení.

Při léčebné intervenci musí lékař zvážit všechny anamnestické údaje, které má k dispozici. Dle zjištěných informací zvolí léčbu. Je-li symptom zahrnut do širo-

kého spektra autoagresivního jednání, pak je možné jej ovlivnit přes všechny druhy neurotransmiterů. Lékař má jako možnost volby všechna dostupná psychofarmaka (Malá, 2009). V některých případech je léčba cílena na eliminaci těchto aktů sebepoškozování a umožnit pacientovi prožít plnohodnotný a pokud možno spokojený život (Platznerová, 2009).

Důležitým rozhodnutím je, zda pacienta hospitalizovat nebo léčit ambulantně. WHO dává ve svém doporučení z roku 2015 instrukci, aby pacienti nebyli hospitalizováni. Mnozí lékaři toto doporučení respektují, neboť se domnívají, že případná hospitalizace oslabuje odpovědnost pacienta za vlastní záměrné sebepoškozování (Malá, 2009). K hospitalizaci by se mělo přistoupit, pokud se u pacienta objevují suicidální myšlenky a důsledky záměrné automutilace ohrožují zdraví nebo život jedince (Dalam, 1997). Favazza preferuje ambulantní léčbu před hospitalizací, to doporučuje i WHO (Favazza in Krieglová, 2008). Důvodem pro hospitalizaci pacientů v dětském věku může být nevhodné prostředí v rodině, kdy rodiče přestávají zvládat sebepoškozující chování dítěte. Hospitalizace by měla pomoci stabilizovat stav pacienta na neutrální půdě. Ovšem práce s těmito jedinci je dlouhodobá, náročná a k dosažení kompenzace je nutná také spolupráce ze strany rodiny (Malá, 2009). Velmi důležitá je ochota odborníka naslouchat bez zděšení pacientovi tak, aby nepřispíval k posílení sebepoškozujícího chování u pacienta a neodradil ho od vyhledání pomoci. Je potřeba navodit atmosféru bezpečného prostředí a důvěry, což napomáhá stabilizovat stav sebepoškozujícího (Platznerová, 2009).

1.3.1 Psychoterapie

Psychoterapie je podle Carr-Grega prospěšná a z dlouhodobého hlediska lepší volbou než perorální léčba farmaky. Je u ní také menší pravděpodobnost recidivy. Pacient díky odborné pomoci psychologa, psychiatra, sociálního pracovníka či jiného odborného pracovníka může lépe porozumět všem vlastním emocím a díky tomu lépe komunikovat s ostatními lidmi (Carr-Gregg, 2012). Psychoterapie musí být cílená na potřeby klienta. Psychoterapeut by měl mít chápavý, profesionální přístup k pacientovi. Musí správně diagnostikovat, zda se jedná o automutilaci či suicidální jednání, protože oba problémy vyžadují odlišný terapeutický přístup. Po stanovení diagnózy a dalších možných rizik stanovuje terapeutický plán (Platznerová, 2009). Rozhodnutí, jaký typ psychoterapie zvolit, má úzkou souvislost

s psychiatrickou diagnózou, se kterou je suicidální jednání spojeno (Koutek a Kocourková, 2003).

1.3.2 Behaviorální terapie

Byla vytvořena M. Linehan, která hledala jak zvládnout nelehkou situaci a zároveň zvládnout tréninkem určité dovednosti, dále jak eliminovat parasuicidální a sebepoškozující jednání tak, aby nebyla narušena kvalita života. Léčba je dlouhodobá individuální nebo skupinová. Důraz je kladen na interakci pacienta tak, aby se dokázal vyrovnávat s realitou a usměrňoval své pocity ve společnosti (Linehan in Platznerová, 2009). Studie prokázaly velký efekt této terapie.

1.3.3 Kognitivní terapie

Je postavena na kognitivním, tedy poznávacím modelu, který byl zformulován v roce 1967 (Beck, 1984). Beck vychází z negativní poznávací triády, kterou je negativní postoj vůči sobě samému, světu a budoucnosti. Později svou teorii rozpracoval a došel k závěru, že krize přichází, pokud člověk vidí svou situaci beznadějně a bez jakéhokoli východiska z dané situace, toto poznání je katalyzátorem, který vede k sebepoškození či sebevraždě. Rozpracoval škály latentních sebepoškozujících myšlenek, které vedou k automutilaci či suicidu. Rudd zformuloval na těchto teoretických základech léčbu (Rudd, 2004). Fokus léčby nespočívá v psychiatrické diagnóze, ale spíše na filozofických afektivních symptomech. Duševní bolest, provází deprese, beznaděj, nechť žít. To jsou symptomy, které nelze podceňovat (Chistopolskaja a kol., 2013). Kognitivně behaviorální terapie je orientovaná cíleně na sebepoškození, na strategii řešení potíží. Evans vytvořil manuál pro práci s pacienty (MACT - Manual-assisted cognitive therapy) - krátkodobá intervence zaměřená na řešení problému (Evans in Platznerová, 2009). Ruští psychologové tuto metodu také používají, ale poukazují na to, že nebyla potvrzena efektivita těchto metod. Doporučují použití této terapie u depresivních mladistvých, kdy se podařilo pomocí této metody odhalit možné krizové situace předtím, než nastaly. U této věkové skupiny se daří posilovat motivaci k léčbě, identifikovat a eliminovat spouštěče sebepoškozování. Důležité pro pacienta je rozpoznat příznaky recidivy, porozumět jim, ale hlavně se naučit jim předcházet (Lyubov a Tsuprun, 2013).

1.3.4 Racionálně emotivní terapie

Je pomocnou strategií, která má pomocí postupných kroků změnit kognitivní vzorce. Naučí-li se jedinec racionálním vzorcům myšlení, bude moci regulovat své negativní pocity (Platznerová, 2009).

1.3.5 Terapie řešení problému

Terapie učí pacienta nahlížet na potíže, jako řešitelné, jsou psychologickou pomocí. Pacientům jsou nabízena alternativní řešení, která zároveň objasní výhody a nevýhody možných alternativ. Hlavní cíl terapie je klientovi pomoci určit zdroj obtíží a naučit ho dovednostem, jak se s nimi vyrovnat (Platznerová, 2009).

1.3.6 Interpersonální skupinová terapie

Byla vyvinuta pro léčbu depresivních stavů má společné prvky s kognitivně behaviorální léčbou. Úspěch je podmíněn osobností terapeuta, který musí mít komplexní znalosti a schopnost řídit skupinu. Konflikty ve skupině neřídí, pouze usměrňuje. Intervence nejsou striktní pouze podpůrné. Léčebný účinek je krátkodobý ohraničený časem a kontaktním místem setkávání (Platznerová, 2009).

1.3.7 Kognitivní terapie cílená na schémata

Tato terapie na rozdíl od běžné kognitivní terapie pracuje se zažitými schémata a vzorci z dětství a pokouší se identifikovat myšlenky a pocity, které vznikají vně i uvnitř terapeutického sezení. Cílem je nabídnout pacientovi objektivnější pohled na daná schémata a změnit rigidní negativní myšlenky a chování. Dochází tak k objektivizaci vedoucí k transformaci rigidního jednání (Platznerová, 2009).

1.3.8 Arteterapie, muzikoterapie, hypnóza a relaxační techniky

Tyto techniky mají své místo při léčení pacientů, jsou zaznamenány kladné výsledky při použití těchto metod, v tom se shodují Platznerová i Koutek s Kocourkovou. Ti zdůrazňují význam **rodinné terapie**, kde je důležité pracovat na zvládnutí situace, často právě podle klinických zkušeností rodina stojí v pozadí suicidálního jednání dětí a mladistvých (Koutek a Kocourková, 2003).

1.3.9 Farmakoterapie

Farmakoterapie specifická pro formy záměrného sebepoškozování neexistuje (Platznerová, 2009). Lyubov ve své práci píše, že všechny metody léčebného procesu mají být namířeny na korekci a prevenci záměrného sebepoškozování. Medikace závisí na somatické i psychické patologii poškozujícího, nebo poslední sebepoškozující aktivitě (Lyubov a Tsuprun, 2013). Medikamentózní terapie pomáhá aktivnímu zapojení pacienta do léčebného psychoterapeutického procesu. Přispívá ke zklidnění pacienta a pomáhá předcházet sebepoškozujícímu jednání (Platznerová, 2009). Lyubov hodnotí farmakoterapii jako účinnou při afektivní dysfunkci, autoagresi, depresivním syndromu a s tím související impulzivitou. Některá antipsychotika mají prokázaný dlouhodobý efekt v léčbě sebepoškození. Bylo to potvrzeno mezinárodní studií Inter Sept. Prokázala se účinnost klozapinu, který snížil nové suicidální ataky a také nutné hospitalizace u některých případů, kde se ukázal jako indikovaný lék (Lyubov a Tsuprun, 2013). Platznerová zmiňuje nevhodné medikace, které mohou mít opačný efekt a stav pacienta mohou zhoršit (Platznerová, 2009). Vhodně zvolená léčba psychofarmaky může pomoci zmírnit intenzitu sebepoškozování a vytvořit lepší podmínky pro spolupráci pacienta při psychoterapii (Malá, 2009).

1.4 Prevence

Cílem prevence je oslabit rizikové faktory a posílit faktory ochranné (Koutek a Kocourková, 2003). Problematika sebepoškozování vyvolává řadu vzájemně provázaných klinicky a léčebně profylaktických problémů (Lyubov a Tsuprun, 2013). Malá zdůrazňuje funkci preventivních programů, které by neměli být návodem sebepoškozování, nebezpečí spatřuje v šíření návodů po internetu. Média by měla přehodnotit svá sdělení v mediích (Malá, 2009). Obecně mají tyto snahy pozitivní i negativní důsledky. Odtabuizování problému sebepoškozování může podpořit jedince při vyhledání odborné pomoci. Nebezpečí spočívá v popularizaci záměrného sebepoškozování. Mladí lidé více podléhají módním trendům a své chování přizpůsobují, napodobují chování, které je prezentováno jako normální způsob řešení problémů. Plošné informování má působit preventivně, ale odborníci upozorňují na jeho možnou kontraproduktivitu (Krieglová, 2008).

1.4.1 Postoj společnosti a možnosti řešení

Většina vyspělých států Evropy se snaží tyto problémy řešit, neboť jsou velmi aktuální. Anglický národní institut pro péči a zdraví vydává doporučení (guidelines NICE) kde jsou podrobně zpracována témata týkající se sebepoškozování. Vzhledem k desetiprocentnímu nárůstu těchto negativních jevů ve věznicích Spojeného království NICE vydává doporučení vyvinout strategii prevence, akční plány, které budou pravidelně kontrolovány. Tato směrnice je určena pro zdravotníky, kteří se podílejí na péči o pacienty v Anglii. NICE jsou pravidelně aktualizovány (www.nice.org.uk/accreditation).

V Rusku má na starosti organizaci péče o pacienty ve vězení Ministerstvo spravedlnosti Ruské federace. V usnesení N 285 z roku 2017 jsou detailně probírány všechny aspekty zdravotní péče ve věznicích Ruské federace. Všechny případy sebepoškozování jsou podrobně dokumentovány. Je to velmi obsáhlý dokument, který dokládá, o jak velký problém se v RF jedná.

V České republice v současné době chybí dokument, který by se věnoval této problematice komplexně. Ta je nyní částečně formulována v Národním akčním plánu pro duševní zdraví 2020 - 2030. Jsou zde stanoveny strategické cíle v rámci reformy péče o duševní zdraví. V ČR spáchá sebevraždu ročně více než 1300 lidí. Tento negativní jev i jeho trend se zatím nedaří omezit. ČR se zavázala vysokou míru sebepoškozování a sebevražd snížit o třetinu do roku 2020.

Mental Health Action Plan 2013 - 2020 je dokument, který vznikl pod hlavičkou WHO a jehož cílem bylo snížit globální míru sebevražd o deset procent. Dostupné online (who.int/mental_health/suicid_prevention/SDGs/en). Na tento dokument navazuje Metodika přípravy veřejných strategií (2020-2030). Tato příručka má pomoci při řešení problémů v praxi. Vzhledem k rozsáhlosti strategických cílů je nutná spolupráce několika subjektů. Organizační zázemí poskytuje Národní ústav duševního zdraví a Ministerstvo zdravotnictví ČR (www.reformapsychiatrie.cz).

1.5 Model Hildegard E. Peplau - psychodynamické

ošetřovatelství

Hildegard Peplau je uznávanou teoretickou ošetřovatelství. Definuje ošetřovatelskou péči jako interpersonální proces mezi jednotlivci se společným cílem. Dochází k interakci mezi sestrou a pacientem. Jako pacient je označen každý člověk, který potřebuje ošetřovatelskou péči (Farkašová, 2006).

1.5.1 Role sestry dle Hildegard Peplau

H. E. Peplau vytyčila několik rolí sestry. Své role sestry mění dle aktuální situace a fáze interpersonálního vztahu (Pavlíková, 2006). Sestra se snaží s pacientem spolupracovat a společně vyřešit jeho zdravotní problémy (Peplau, H.E., 2004).

Roli **neznámé osoby** sestry zaujímá v případě, že se setkává s pacientem poprvé. Nutný je zdvořilý přístup bez předsudků a předpokládá plnou akceptaci pacienta. Toto je důležité pro úvodní fázi terapeutického vztahu sestry a pacienta.

Další rolí sestry je **pomocnice**. V této fázi sestry klade pacientovi otázky ohledně zdravotního problému a nabízí mu vědecky podložené předem připravené odpovědi. Pacientovi jsou vysvětleny nejasnosti a pomáhá mu analyzovat příčinu zdravotního problému a vysvětlit plán medicínské léčby (Farkašová, 2006).

Sestra **učitelka** je kombinací předchozích rolí. Stěžejní je naučit pacienta to, co nezná, a to, o co jeví zájem (Pavlíková, 2006).

V roli **vůdce** sestry vede pacienta ke splnění aktuálních povinností prostřednictvím spolupráce a aktivní účasti pacienta (Pavlíková, 2006).

Naplnění role sestry jako **zástupce** je výsledkem navázání úspěšného vztahu sestry – pacienta (Farkašová, 2006).

Role sestry jako **poradce** má dle Peplau největší význam v psychiatrickém ošetřovatelství a je uplatňován, ve vztahu sestry – pacienta pokud, sestry správně chápe pacientovu potřebu podpory (Peplau in Farkašová, 2006).

Ošetřovatelský model psychodynamického ošetřovatelství umožní jedinci porozumět vlastnímu chování. Sestra využívá svých vlastních zkušeností k porozumění chování lidí a rozpoznání jejich problémů. Jádro psychodynamické péče tvoří role sestry, které jsou v interpersonálním vztahu sestry – pacienta nezastrupitelné (Farkašová, 2006).

1.5.2 Fáze modelu Hildegard E. Peplau

- 1) Orientace**
- 2) Identifikace**
- 3) Exploatace (využití)**
- 4) Rezoluce (ukončení)**

Ošetřovatelský model psychodynamického ošetřovatelství umožní jedinci porozumět vlastnímu chování. Sestra využívá svých vlastních zkušeností k porozumění chování lidí a rozpoznání jejich problémů. Jádrem psychodynamické péče tvoří role sestry, které jsou v interpersonálním vztahu sestra-pacient nezastupitelné. Model je zaměřen na dospělé pacienty, kde je důležitým momentem při uspokojování potřeb pacienta navázání vztahu mezi subjekty. Použití tohoto modelu je vhodné v oblasti psychiatrického ošetřovatelství a v oblasti mentálního zdraví. Není možné jeho využití v oblasti preventivní a krátkodobé péče. Tento model poskytuje systematický pohled na ošetřovatelství a úzce souvisí s jinými teoriemi, Seyleho teorií stresu či Maslowovou teorií potřeb. Jednotlivé fáze tohoto modelu na sebe navazují, výsledkem má být splnění potřeb pacienta. Komunikace s pacientem je nejdůležitějším nástrojem, ošetřovatelské péče (Farkašová, 2006).

2 PŘÍČINY SEBEPOŠKOZOVÁNÍ VE VĚZEŇSKÝCH PODMÍNKÁCH

Sebepoškozování ve vězeňském prostředí lze chápat jako projev psychického onemocnění nebo poruchu chování. Bližší popis vězeňského prostředí umožní komplexní pohled na tuto problematiku a pomůže vysvětlit příčiny častějšího výskytu sebepoškozování a recidiv sebepoškozování.

Rizikovým se jeví období nástupu trestu, které lze co do intenzity prožívání přirovnat s úmrtím blízké osoby. Odsouzený se musí vyrovnat s omezeními, izolací a úkony orgánů činných v trestním řízení. Tyto události mají vliv na vztahy sociálně ekonomické a omezení uspokojování psychických a fyziologických potřeb (Bošiaková, 2013).

Akty sebepoškozování či sebevraždy jsou v prostředí věznic poměrně časté. Mohou být znakem určitého vydírání nebo mají nějakou vysledovatelnou příčinu. Může se jednat o souvislost se soudním procesem, o vydírání personálu nebo o mstu.

Nejčastějším jevem sebepoškozováním v této komunitě je pořezání zápěstí, polykání cizích předmětů, intoxikace léky a chemikáliemi, úmyslné nakažení infekčními chorobami (Sochůrek, 2007). Tato jednání způsobí znevážení práce zodpovědných osob, které musí poté čelit kritice nadřízených, eventuálně medií pro zanedbání pracovních povinností. Sochůrek ve své práci uvádí motivace sebepoškození: nátlakové, které mají za cíl dosáhnout nějakého svého cíle (přemístění do jiné věznice, cely). Tento nátlak může být také namířen vně vězení, vůči rodině, soudům apod. Může být reakcí na zátěžovou situaci, kdy chce pacient odstranit psychickou tenzi. Pro tuto motivaci svědčí pořezání, mělkými řezy nejčastěji na předloktích. Častým motivem je rovněž únik do nemoci, kdy cílem je uniknout ze standartních podmínek výkonu trestu, oddálení soudního líčení, vyhnutí se práci apod. (Sochůrek, 2007). Odsouzení mají svůj čin promyšlený tak, aby ve skutečnosti nedošlo k poškození zdraví (Černíková, 2008).

2.1 Postoj zdravotníků k pacientům s automutilací

Zajímavou a nepříliš publikovanou problematikou jsou postoje zdravotníků vůči osobám, které mají suicidální tendence. C. Kenning se je ve své práci snaží

analyzovat. Dochází k závěru, že odsouzený, který je v tísní, chce být v centru pozornosti. Nevylučuje ovšem ani možnost manipulace s okolím. Ukazuje spojitost mezi zdravotníkem a zaměstnancem věznice, neboť tento čin může u obou vzbudit stejné emoce. Oba, byť na jiné úrovni, čelí složitým pracovním požadavkům. (Kenning a kol., 2010).

Výzkum příčin sebepoškozování ve smyslu dotazování se personálu je omezený. Část zaměstnanců věznice i zdravotníků vyslovila na základě svých zkušeností názor, že automutilace je formou manipulace. Další část uvádí pocit frustrace a bezmoci, a to zejména v případech odsouzených, kteří si ublížili nějakým běžným a očekávatelným způsobem.

Někteří zdravotníci mají antipatii vůči jednotlivcům, kteří si poškozují zdraví opakovaně. Příčinu připisují charakteru jednotlivce, zejména pokud se jedná o časté a nízké závažné poranění. To v nich poté vyvolává přesvědčení, že veškeré snažení je marné. Zapf uvádí, že naplnění potřeb někoho, kdo si často ubližuje lze označit za emoční práci. Zaměstnanci musí reagovat na zranění klidným profesionálním způsobem a často potlačovat typické pocity odporu, úzkosti nebo strachu (Zapf, 2002).

Zdravotníci, kteří necítí navíc dostatečnou oporu, mohou mít pocit, že nejsou dostatečně připraveni čelit takovýmto zkouškám. Nemohou potom řídit a podporovat pacienty se suicidálními tendencemi a mají nižší pocit uspokojení z práce (Wolker a kol., 2017). Moor uvádí, že udržování pozitivní interakce mezi ošetřujícím personálem a sebepoškozujícími může být obtížné. Vědci tvrdí, že vyjádřené emoce mohou být účinným nástrojem, který by mohl potenciálně podporovat pracovníky při řešení komplexních patologií, jako je sebepoškozování. Velkým nebezpečím, které hrozí je ovlivnění emocí zaměstnance sebepoškozujícími. Netolerance k utrpení vězňů související se sebepoškozujícími chováním v průběhu času vytvoří v mysli zaměstnanců defenzivní postoj, který nedokáže rozpoznat nebo odrážet. Vězni mohou ovlivnit jejich emoční stav, a to se může odrazit v netoleranci vlastních emocí. Psychologové se shodují, že zaměstnanci, kteří pracují s vězni, jsou vystaveni vysokému stresu a syndromu vyhoření, pokud nejsou řádně podporováni na pracovišti. Výzvou je podpora odolnosti vězeňského personálu. Existuje důkaz, že intervence psychosociálního výcviku pro forenzní zdravotní sestry zlepšuje porozumění pacientům se závažným duševním onemocněním.

něním, snižuje úroveň stresu, podporuje odolnost a zlepšuje pocit osobního úspěchu. Je nezbytné, aby administrátoři rozuměli potřebám zaměstnanců v této oblasti, protože nesou odpovědnost za správu všech aspektů nápravných zařízení (Smith a kol., 2019).

Zdravotnický personál musí vystupovat profesionálně, ale zároveň v součinnosti s ostatními složkami vězeňské služby, tak, aby nedošlo k porušení jiných nařízeních. Tyto instrukce jsou upřesněny vnitřními standardy zdravotnické péče, které jsou určeny pro zdravotnická zařízení vězeňské služby.

2.2 Odlišnost prostředí nemocnice

Sestra bez doprovodu příslušníka vězeňské služby nemá možnost přístupu k pacientovi (obviněnému, odsouzenému). Při vstupu na celu má pacient povinnost ležet na lůžku, vždy je nutné odstranit nebezpečné předměty a pacienta prohlédnout. Musí být seznámen s vnitřním řádem nemocnice a s hospitalizací musí souhlasit. Nemocniční cela odpovídá prostředí, ve kterém se nachází. Některé cely jsou vybaveny kamerovým systémem. Ve všech oknech jsou mřížky. Naše oddělení disponuje krizovými celami pro zvláště problematické pacienty. Umístění pacienta na tuto celu podléhá speciálnímu režimu. Důležité je dodržovat odstup od pacienta. Mít podobně jako na psychiatrických odděleních zajištěnou ústupovou cestu v případě agrese ze strany pacienta. Všeobecná sestra musí dodržovat bezpečnostní pokyny a opatření dané vnitřními předpisy. Je potřeba si uvědomit zvýšenou míru reaktivity, impulzivity pacientů, která často vede k afektivnímu jednání a až k extrémním výbuchům.

Vězni vykazují emoční nestabilitu, což se negativně projevuje v sociální interakci. Řada těchto pacientů je emočně oploštěná a citově chladná, má nižší míru empatie. Jejich emoční ladění je negativní a nepřátelské (Fischer a Škoda, 2009).

2.3 Zvláštnosti práce sestry ve vězeňské nemocnici

- Sestra nehodnotí trestné činy, pro které je pacient ve výkonu trestu nebo vazby.
- Neslibuje žádné ústupky ani výhody.
- Dodržuje společenský odstup.
- Klidnou komunikací se snaží eliminovat agresi pacienta. V souladu se svými kompetencemi by měla sestra dosáhnout klidného chování pacienta

v nemocnici. Vždy musí komunikaci přizpůsobit zdravotnímu stavu pacienta a dát najevo svou empatii, což neznamená souhlas s jeho jednáním.

- Sestra podá pacientovi informace (organizační chod oddělení, možnost vycházek, návštěva, telefonování, kontakt s právním zástupcem, sociálním pracovníkem, duchovním, vychovatelem). Tím sestra zvyšuje svou důvěryhodnost. Vždy musí sledovat snahy o manipulaci. Peniterciární proces zahrnuje řadu zátěžových situací a vždy je potřeba myslet na delikvenci pacientů (Fischer a Škoda, 2009).
- Sestra nenavazuje osobní kontakt s pacienty, neboť by tím porušila nařízení zaměstnavatele.
- Neporušuje práva pacientů v rámci vězeňské nemocnice.
- Řádně vede sesterskou dokumentaci. Zachovává mlčenlivost o sdělených skutečnostech.
- V případě hospitalizace příbuzného nebo jí známé osoby, musí tuto skutečnost hlásit nadřízeným, Z tohoto důvodu bude sestra dočasně převedena na jiné pracoviště.

2.3.1 Komunikace s obviněnými a odsouzenými

Vhodný způsob komunikace upravuje vnitřní standard zdravotní péče č. 31 VS ČR. Doporučeny jsou naslouchání, neverbální komunikace a verbální komunikace (rozhovor diagnostický, informační, terapeutický). V jeho druhé části jsou podrobně specifikována doporučení pro jednotlivé lékařské diagnózy.

Důležité je správně zvolit komunikaci s pacientem. Vždy je potřeba mít na mysli sociální patologii pacientů, klíčovou je zkušenost sestry získaná praxí. Velké nebezpečí spočívá v možnosti manipulace ze strany odsouzených pacientů, kteří se svými výroky mohou snažit získat nějakou výhodu.

2.3.2 Doporučení pro praxi (standard č. 31)

- Zachovávat společenské normy, profesionální, klidný přístup. Pacienta oslovovat vykáním.
- Vždy dodržet bezpečnostní opatření. Na celu vstupovat pouze v doprovodu příslušníka vězeňské služby a dbát jeho pokynů.

- Dodržovat anonymitu, nehovořit před odsouzenými o rodině a soukromých záležitostech. Neoslovovat se jmény, pouze služebním zařazením.
- Nesmí dojít k nedovolenému kontaktu s odsouzenými či obviněnými
- Při komunikaci poskytovat pravdivé informace, nehovořit na nevhodně zvolené téma.
- Pozor na servilitu, získání výhod, stížnosti a výhrůžky ze strany pacienta. Pacienti často argumentují tím, že jim nikdo nevěří.
- Dávat si pozor na manipulaci ze strany vězňů.

Sestry se musí těmito doporučeními řídit. Musí zachovávat profesionalitu, všechny sdělené informace ověřit na patřičných místech. Sestra identifikuje problémy a potřeby jednotlivce. Rozhovor sestry končí poděkováním za spolupráci, zrekapituluje získané údaje a položí otázku, zda existuje problém, o kterém nehovořili a pacient ho pokládá za důležitý. Odpovědi jsou zaznamenány tak, jak byly vyjádřeny, nesmí dojít ke zkreslení informací (Bužgová a Plevová, 2011).

2.3.3 Podávání léků

Medikace pacientovi je podávána dle ordinace lékaře (ta musí být v písemné formě). Po podání léku sestry provádí kontrolu dutiny ústní. Pokud si není jista, zda pacient léky spolknul, provádí kontrolu pomocí špachtle. Tato kontrola se provádí pro možné zneužití léků. Vězni mohou s léky obchodovat nebo užít medikaci najednou (suicidální pokus). Spolupráce mezi pacientem a zdravotníkem je nezbytná a k jejímu vyjádření se používá výraz adherence nebo compliance (vyhovění, splnění, dodržení.) Tento termín se může použít i pro užívání léčiv. Compliance odráží ochotu spolupráce při užívání léčiv, léčbou a perzistencí (kontinuitou pokračování léčby po doporučenou dobu). Důležité je, aby pacient byl aktivním subjektem péče, nikoliv objektem (Bužgová a Plevová, 2011). Všechny informace o nedodržování léčebného procesu jsou zaznamenány do zdravotnické dokumentace, která je právní dokument a slouží jako zdroj informací o poskytnuté péči (Bóriková, et al., 2002, in Bužgová a Plevová, 2011).

2.4 Přístup k sebepoškozujícím se vězňům

Suicidální jednání a sebepoškozování jsou nejzávažnější projev autoagrese. Pro toto chování je typické destruktivní zaměření. Z pohledu sociální patologie můžeme agresivní chování definovat jako porušení norem. Agrese, se kterou se setkáváme je v penitenciární péči je jednáním, které je zaměřeno vůči personálu nebo spoluvězňům. Vzniká nebezpečí napadení a přes přítomnost příslušníků VS je toto riziko stále přítomné. Prevence a eliminace agresivního chování je složitá (Fischer a Škoda, 2009).

Omezující prostředky

Použití omezovacích prostředků upravuje Úmluva o lidských právech a biomedicíně a zákon č.372/2011 Sb., o zdravotních službách.

VS má vypracován vnitřní standard, který řeší otázku omezovacích opatření u agresivních pacientů. V tomto předpisu jsou stanoveny povinnosti lékaře, tak ošetrovatelského personálu (např. frekvence zápisů, interval pro opakované zhodnocení lékařem aj.). Postup při fyzickém omezení pacienta je přesně specifikován je používán v případě vyhrocení situace a chování se stává nebezpečné pro pacienty nebo pro okolí. Omezení je vždy indikací lékaře v součinnosti s VS (Petr a Marková a kol., 2014).

Krizová cela

Terapeutická izolace je indikována v ojedinělých případech, kdy je narušován léčebný proces. Pacient ohrožuje svou vlastní bezpečnost nebo ohrožuje okolí. Důvodem umístění na tuto celu může být vlastní žádost pacienta (Petr a Marková a kol., 2014).

2.5 Řešení

Zdravotníci jsou vystaveni velkému pracovnímu vypětí, stresu, nemocem, a to vše vede ke snížené schopnosti pečovat o pacienty, kteří jsou sami původci svých zdravotních obtíží. Je zde riziko odmítnutí pacienta (Marzano a kol., 2009). Strategii zvládání těchto problémů by měl obsahovat rámcový dokument, který by měl obsahovat specifické pokyny pro zdravotníky v první linii (Kenning a kol., 2009).

PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části jsem zpracovala kazuistiky ošetrovatelské péče poskytnuté třem pacientům, kteří mají problém se sebepoškozováním. Ošetrovatelský plán byl stanoven na podkladu teoretického ošetrovatelského modelu H. E. Peplau.

3 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

3.1 Hlavní cíl

Prostřednictvím vhodných kazuistik zmapovat specifika ošetrovatelské péče pacientů s automutilací ve specifických podmínkách vězeňské nemocnice a popsat zvolený ošetrovatelský přístup k nim.

3.2 Dílčí cíle

1. Analyzovat příčiny, které vedou pacienty ve vězeňských zařízeních k sebepoškozujícímu jednání.
2. Definovat zvláštnosti ošetrovatelské péče vztahující se k následkům tohoto jednání ve specifických podmínkách vězeňské nemocnice.
3. Zjistit, zda aktivní spolupráce pacienta v průběhu léčby má vliv na její efektivitu a předcházení další případné automutilaci.
4. Pokusit se formulovat obecně platná doporučení pro ošetřující personál, jak přistupovat k těmto specifickým pacientům.

4 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY

1. Jaké důvody vedou vězně k automutilaci?
2. Jaké jsou způsoby ošetrovatelské péče ve zvláštních podmínkách vězeňské nemocnice?
3. Mají spolupracující pacienti s automutilací jinou prognózu uzdravení než ne-spolupracující?
4. Daří se ovlivňovat přístup pacientů k další automutilaci?
5. Lze na základě literární rešerše a vlastní zkušenosti formulovat obecně platná doporučení pro ošetřující personál?

5 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

K získání podkladů pro svou práci jsem využila toho, že pracuji jako zdravotní sestra na chirurgickém oddělení ve Vazební věznici Praha Pankrác (dále jen pracoviště). Toto zařízení jako jediné v České republice poskytuje nemocniční péči v chirurgických oborech pro obviněné a odsouzené v rámci Vězeňské služby ČR.

Z pacientů hospitalizovaných na našem oddělení jsem vybrala tři muže, tak, aby reprezentovali rozdílné vzory sebepoškozujících. Soubor sestává pouze z mužů s ohledem na skutečnost, že automutilace u žen je ve vězeňském prostředí méně častá.

Požádala jsem tyto pacienty o spolupráci a seznámila je s účelem své práce. Vysvětlila jsem jim, že půjde o rozhovor s předem připravenými otázkami s tím, že jejich odpovědi budou zaznamenány a jejich totožnost nebude uváděna. Všichni dobrovolně podepsali Informovaný souhlas. Tyto dokumenty jsou součástí primární dokumentace a jsou uloženy u autorky práce.

6 METODIKA PRÁCE

Pro svou práci jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu, protože může poskytnout ucelený náhled na problematiku pacientů se sebepoškozením ve vězeňském prostředí. Pomocí této metody lze do jisté míry pochopit chování odsouzených v nepřírodném prostředí (Hendl, 2016).

Ke získání a komparaci dat od tří pacientů jsem použila metodu polostrukturovaného rozhovoru. Tato metoda používá předem formulované otázky s tím, že téma a cíle jsou jasně definovány. Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je jeho určitá flexibilita, tedy to, že tazatel může do jisté míry přizpůsobovat své otázky dle situace (Hendl, 2016).

Rozhovor s pacienty byl zaznamenán pouze písemnou formou, neboť vnitřní předpisy pracoviště neumožňují využití záznamového zařízení. V rámci rozhovoru byla hodnocena i míra podpory pacienta poskytovaná pracovištěm a hodnocení účinnosti programu zacházení s agresivními odsouzenými. Vše bylo prováděno dle etického kodexu zdravotníka.

Další zvolenou metodou je pozorování, při němž jsou pacienti přímo sledováni při hospitalizaci zaměstnanci nemocničního zařízení.

6.1 Organizace výzkumu

Souhlas s vypracováním této práce byl získán po projednání s vedením našeho zdravotnického zařízení a s vedením zdravotnického odboru GŘ Vězeňské služby ČR.

Setkání s pacienty probíhalo ve vězeňských celách pracoviště od září 2019 do ledna 2020. Setkání byla organizována dle provozních možností oddělení tak, aby nebyl narušen jeho chod. Pro získání informací byly využity též informace od zdravotnického a ošetrovatelského personálu, resp. zdravotnická dokumentace pacientů. Inspirací k rozhovorům byly závěry práce Dubenkové (Dubenková, 2007).

7 KAZUISTIKY

7.1 Pacient č. 1

Muž, ve věku 50 let. Jedná se o šestou hospitalizaci, která souvisí se sebepoškozováním a souvisejícími komplikacemi. Další hospitalizace byly na interním oddělení VV Pankrác, dvě hospitalizace na psychiatrickém oddělení VV Brno Bohunice.

7.1.1 Údaje o pacientovi

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Od 18 let věku arteriální hypertenze. Virová hepatitida C. Byl léčen pro asymptomatickou tachyarytmii, pro kterou byl několikrát zrušen operační zákrok v důsledku sebepoškozování (zanoření stomie).

Hospitalizace: 1972- hernioplastika tříselná oboustranná, 1975- operace nesestouplého varlete, 1988 - APPE, 2006 - fraktura bérceových kostí I. sin v civilním zařízení, extrakce kovů provedena po 7 letech 5/2011 VV Pankrác, 4/2012 bolest na hrudi – observace, nutnost kontrol krevního tlaku, nasazena antihypertenziva, 11/2014 Psychiatrie Brno, 2014 corpus alieni - operace v celkové anestezii, 3/2015 otrava léky (toxikologický test na drogy negativní), 7/2015 polkl cizí těleso - zájem zemřít, 2016 předávkování léky, 7/2016 extrakce cizího tělesa a ileocekální resekce a evakuace abscesu, pooperačně ileus, 8/2016 revize pro ileus- resekce s terminální ileostomií, 10/2016 hospitalizace k zanoření stomie - pro akceleraci hypertenzní choroby od operace upuštěno, 1/2017 plánováno zanoření stomie, neprovedeno z důvodu tachykardie, 2/2017 hospitalizace CT vyšetření podezření na Ca plic - nepotvrzeno, 4/2017 jícnové echo, kardiologický závěr - sinusová tachykardie způsobená úmyslným vysazením (neužíváním) betablokátorů, 5/2017 zanoření stomie, 5/2019 ambulantní ošetření pořezání na krku jednalo se o povrchové rány údajný pokus o sebevraždu, 8/2019 polkl cizí tělesa (zbytková strava, režimová opatření), 9/2019 Psychiatrie VV Bohunice (požaduje opiáty), 11/2019 návštěva lékaře - trvá na převozu do vězeňské nemocnice, tvrdí, že polkl vidličku, neprokázáno (pouze rukojeť lžíce), proběhla operace v celkové anestezii. Jinak prodělal běžná dětská onemocnění.

RODINNÁ ANAMNÉZA

Otec: zemřel

Matka: zdravá

Sestra: zdravá

Děti: zdravé (tři, někdy udává pouze dvě)

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Lyrice 150mg 1-0-1

Sangona combi 50mg 1-0-0

Vasocardin 50mg 1-0-0

ALERGICKÁ ANAMNÉZA

Alergii neuvádí

ABÚZUS

Kuřák od 15 let. Alkohol v současné době neužívá, neboť je ve výkonu trestu. Bral Pervitin intravenózně, kdy začal si prý již nevzpomíná.

VZDĚLÁNÍ

Učil se mechanizátorem zemědělské výroby, ale studium nedokončil.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

V současné době nezaměstnaný. Pacient je ve výkonu trestu, kde nepracuje. Ve svém životě pracoval krátce jako traktorista.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Vlastní byt nemá, na svobodě se vrací do bydliště ke své matce.

PARTNERSKÉ VZTAHY

Pacient má tři děti se třemi partnerkami, kontakt s nimi nemá žádný.

PSYCHIATRICKÁ ANAMNÉZA

První vyšetření psychologem absolvoval na učňovské škole z prospěchových důvodů. Další vyšetření včetně hospitalizace na psychiatrii mu byla poskytnuta v rámci výkonu trestu ve zdravotnických zařízeních vězeňské služby.

LÉKAŘSKÉ DIGNÓZY

F 61 Smíšená porucha osobnosti

F 432 poruchy přizpůsobení

F 102 v anam. abusus alkoholu, susp. i BZD

F 411 GÚP

R 104 Jiná a neurčená břišní bolest, corpus alienum sigmoidei

B 182 Chronická virová hepatitida

X 78 stp. vulneraci-sebepoškození

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Stav vědomí: plné vědomí, orientován ve všech oblastech

Soběstačnost: plně soběstačný - dle Barthelova testu základních všedních činností

Hmotnost: 91 kg

Výška: 187 cm

Krevní tlak: kolísavé hodnoty- nyní 143/86 mm Hg (pacient užívá medikaci nepravidelně)

Puls: 71/ minutu

Dechová frekvence: 18/minutu

Tělesná teplota 36,6 C

KATAMNÉZA

Pacient byl poprvé vyšetřen psychologem ve druhém ročníku učňovské školy. Důvodem bylo zhoršení prospěchu a užívání pervitinu. Další návštěvy odborníků v oboru psychologie a psychiatrie se uskutečnily ve výkonu trestu. Jedna z posledních hospitalizací na psychiatrii ve VV Brno proběhla v roce 2019. Při vyšetření je bez nálady. Na otázky odpovídá přiměřeně. Sděluje, že se mu nechce žít. Je po roce opět ve výkonu trestu. Na psychiatrii se v civilu neléčí a lékaře ne navštěvuje. Pacient je indikován k hospitalizaci z důvodu opakovaného sebepoškození. Pořezání se a polknutí cizího tělesa.

Provedeno psychiatrické konzilium.

Ochotně spolupracuje. Uvádí dekompenzaci duševního stavu z důvodu navýšení výkonu trestu (11 let). Požaduje Tramal na bolest ruky, kterou si sám pořezal, jiná analgetika není ochoten užívat. Dále požaduje nějaký Rivotril nebo alespoň zvýšit Lyriku. Nabídku jiných psychofarmak neakceptuje. Nechce se vracet do původní věznice. Rád by na psychiatrii do Brna. Sám určuje, jak by si svou hospitalizaci představoval. S hospitalizací souhlasí. Pacient má užívat antihypertenziva - ty neužívá vůbec nebo pouze příležitostně, nepovažuje to za důležité.

7.1.2 Ošetřovatelský proces u pacienta č.1 (dle H. Peplau)

ROZVOJ OSOBNOSTI

Pacient je velmi dobře seznámen s prostředím vězeňské nemocnice. O své zdraví nejví zájem. Jeho cílem byla hospitalizace. Občas reaguje mírně podrážděně vůči okolí, tehdy pokud mu není vyhověno ohledně medikace. Přestože si většinu zdravotních potíží působí sám, nečiní mu problém vžít se do role pacienta. Ordinovanou medikaci akceptuje včetně antihypertenziv. Má obrovskou důvěru ve zdravotnictví, nepřipouští žádné komplikace.

KOMFORT

Pacient v průběhu hospitalizace dostával ordinovaná analgetika. Bolest byla eliminována. Po psychické stránce se cítí dobře. Prostředí nemocnice, kde je o něj pečováno, má rád. Je klidný, na cele je sám a to mu vyhovuje.

INTERPERSONÁLNÍ TERAPEUTICKÝ VZTAH

Je plně orientován, hovoří ochotně. Sděluje své problémy, které má tendenci zlehčovat, přesto je patrné, že ho výše trestu tíží. Pacient má k personálu, který zná, otevřený přístup. Někdy -snad nezáměrně - udává některé okolnosti ohledně zdravotního stavu zkresleně.

DALŠÍ FUNKČNÍ VZORCE ZDRAVÍ

VZOREC ŘÍZENÍ ZDRAVÍ

V civilním životě lékaře nenavštěvuje. Pouze pokud je ve výkonu trestu řeší své zdravotní problémy, včetně sebepoškozování. Na svobodě užíval drogy a kouřil. Užíval také různé neindikované léky.

NUTRIČNĚ TERAPEUTICKÝ VZOREC

Pacient je vysoké, normální postavy. Dle BMI je v normě. Jí a pije dostatečně, na problémy v této oblasti si nestěžuje. Kůže bez exanthému, vlasy, nehty, sliznice bez problémů. Chrup má díky stomatologovi vězeňské služby v pořádku.

VZOREC VYLUČOVÁNÍ

Moč i stolici vylučuje bez problémů, bez patologie.

VZOREC AKTIVITY

Pacient je schopný sebepéče.

VZOREC SPÁNKU-ODPOČINKU

Pacient spí dobře, žádné obtíže neuvádí.

KOGNITIVNĚ – PRECEPČNÍ VZOREC

Pacient je zcela při vědomí a plně orientován. Paměť je neporušena je schopný soustředění. Řeč je bez obtíží, odpovídá na otázky.

SEBEPOJETÍ – VNÍMÁNÍ SEBE SAMÉHO

Sám se hodnotí jako člověka, který má problémy s agresivitou. Lituje se, že dostal tak vysoký trest.

VZOREC ROLE-VZTAHY

Pokud je na svobodě, bydlí u matky. Má s ní dle jeho tvrzení dobrý vztah. Přestože má tři děti, s matkami ani potomky kontakt nemá.

VZOREC SEXUALITY

Momentálně nemá žádný vztah.

VZOREC ZVLÁDÁNÍ A TOLERANCE/STRESU

Pacient obtížně zvládá stres je agresivní, nekritický. Agresivní jednání je namířeno nejen vůči vlastní osobě, ale i okolí.

VÍRA

Pacient je bez vyznání

7.1.3 Uplatnění fází modelu dle H. Peplau u pacienta č.1

FÁZE ORIENTACE

Pacient byl přivezen do vězeňské nemocnice po požití 20 tablet léků, neví, jaké sehnal je ve věznici, pak polknul 2 dráty a držadlo polévkové lžice; proč to udělal neví, dostal vysoký trest, „tak mu je to jedno“. Cítí se dobře. Pacienta znám z předchozích hospitalizací. Během rozhovoru jsem se dozvěděla většinu informací. Zbytek informací byl získán ze zdravotnické dokumentace.

FÁZE IDENTIFIKACE

Pacientovi jsem předložila svůj sestavený plán. Pacient kladl dotazy ohledně jednotlivých ošetřovatelských cílů. Některé momenty fáze mohly být zkráceny, neboť pacienta dobře znám. Pacientovi byla předložena sada testů, které bez obtíží vyplnil.

FÁZE VYUŽITÍ

Pacient se vžil do role nemocného. To, že se sebepoškodil, neakceptuje. Pokud se o tomto problému začne hovořit, tak to nevyvrací ale ani nepotvrzuje. Na otázky odpovídá bez potíží, aniž by byl ochoten to připustit, podařilo se nám najít další problémy o kterých dosud nepřemýšlel. Sám začal hovořit o tom, jak se mu nedaří zvládat agresivitu.

FÁZE UKONČENÍ

Poslední den jsme zhodnotili vytyčené cíle – došlo pouze k jejich částečnému splnění. Největším cílem bylo, aby si pacient uvědomil, že nelze do nekonečna pokračovat v sebepoškozování. To, zda dojde k naplnění tohoto cíle ukáže nedaleká budoucnost vzhledem k výšce trestu pacienta. Řešili jsme problém, proč neužívá antihypertenziva. Sdělil mi, že to ve věznici nepovažuje za důležité, působí však dojmem, že pokud jeho onemocnění někdo řeší, tak je rád. Nelze se zbavit pocitu, že i neužívání ordinované medikace (hypertenze) je jednou z forem sebepoškozování.

OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN

Cílem ošetřovatelského plánu bylo, aby si pacient uvědomil, že sebepoškozování není životní cestou. Bohužel musím konstatovat, že psychiatrická ani psychologická konzilia neměla velký efekt. To, že by měl nějakou psychiatrickou poruchu, pacient nepřipouští. Terapeutický vztah byl navázán, při léčbě spolupracoval. V nemocnici má pocit, jako by byl na návštěvě u příbuzných. Léčebný proces akceptoval, při sestavování léčebného režimu nebyl příliš aktivní, ale v zásadě jej dodržoval. Cíle byly splněny částečně, k úplnému vyřešení problémů nedošlo.

Pacient během pobytu vyplnil tyto dotazníky:

- Beckova sebe posuzovací škála deprese
- Dotazník kognitivního selhání
- Dotazník kvality života – SQUALA

Škála hodnocení terapie v Beckově škále deprese, v mužské verzi, bylo celkové skóre 10 bodů, tedy nedepresivní.

Dotazník kognitivního selhání neprokázal poruchy pacienta s pamětí.

Dotazník SQUALA – pacient odpověděl na dotazy. Důležitý byl pro něj fakt délky trestu a od něj odvíjel své odpovědi v dotazníku. Výsledkem byl absolutní nezájem o rodinné vazby. Víra pro pacienta nemá žádný význam.

V otázkách týkajících se spokojenosti se cítí spíše nespokojen, je zklamán výškou trestu. Škála hodnocení terapie SOS 10 získal pacient 12 bodů z 60, celkově je se svým životem nespokojen.

Tabulka 2: Ošetrovateľské diagnózy pacienta č. 1

OBLAST	OŠETROVATELSKÉ DIAGNÓZY
Rozvoj osobnosti	00078 Neefektívnej péče o vlastný zdravie
Komfort	00132 Akutná bolesť 00214 Zhoršený komfort
Interpersonálny vzťah Sociálny komfort	00053 Sociálna izolácia
Bezpečnosť ochrana	00004 Riziko infekcie
Nutrične – metabolická	Problém nezjistený
Vylučovanie	Problém nezjistený
Aktivita – cvičenie	Problém nezjistený
Spánok- odpočinok	Problém nezjistený
Kognitívne poznávací	Problém nezjistený
Vnímanie seba samého sebeúcta	000119 Chronicky znížená sebaúcta
Role-vzťah	00052 Poškodená sociálna interakcia 00099 Neefektívne plnenie rolí
Sexualita	Problém nezjistený
Zvládanie a tolerancia Zátěž a stresu	00222 Neefektívne zvládanie impulzov 00251 Labilné ovládanie emócií
Véra	Problém nezjistený

Bezpečnost /ochrana	00151 Sebeпоškozování 00138 Riziko násilí vůči druhým 00140 Riziko násilí vůči sobě
Podpora zdraví	00079 Noncompliance

Průběh hospitalizace: Pacient byl přijat pro bolesti břicha na podkladě polknutí cizího tělesa k observaci na chirurgické oddělení VV Pankrác. Proveden pokus o extrakci cizího tělesa endoskopicky bez úspěchu. Provedena laparotomie a těleso bylo odstraněno otevřenou cestou pro riziko perforace střevní. Pooperačně se rána hojila per primam. Rána zhojena, dietní zátěž bez potíží, pasáž střevní obnovena. Pacient propuštěn v celkově dobrém stavu.

7.1.4 Ošetrovatelské cíle a jejich naplnění u pacienta č. 1

Uvádím pouze ty diagnózy dle NANDA, které souvisejí s mojí oblastí zájmu tedy ošetrovatelskou péčí.

Název a kód: Akutní bolest 00132

Doména 12: Komfort

Třída 1. Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti), náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem (Herdman a kol., 2015).

Určující znaky: Výraz bolesti v obličeji, vlastní informace od pacienta pomocí standardizovaných škál bolesti.

Související faktory: Fyzikální původci - cizí těleso

Cíl krátkodobý: u pacienta dojde ke snížení bolesti ze stupně 7 - 8 během 24 hodin na stupeň 4.

Cíl dlouhodobý: Při propuštění z nemocnice bude pacient bez bolesti

Priorita: vysoká

Očekávaný výsledek: Pacient nebude mít bolesti

Ošetřovatelské intervence: Lokalizovat bolest, charakter, intenzitu a trvání bolesti.

Informuj pacienta o úlevové poloze, prevenci bolesti (kompresi rány při otáčení, vstávání, změně polohy) a o chlazení, všeobecná sestra, do 2 hodin.

Podávej medikaci dle ordinace lékaře, všeobecná sestra.

Sleduj účinky medikace do 30 minut od podání.

Věnuj pozornost psychickému stavu pacienta a odváděj jeho pozornost, všeobecná sestra, po celý den.

Při jakékoli změně stavu pacienta informuj lékaře, všeobecná sestra, ihned.

Zaznamenávej vše do zdravotnické dokumentace.

HODNOCENÍ EFEKTIVITY LÉČBY

Pacient aktivně spolupracoval. Během hovoru byl zpočátku neurvalý a hrubý. Často své odpovědi měnil. Pacient byl informován o možnostech úlevové polohy, prevenci bolesti a o chlazení rány. Dále byla pacientovi analgetika dle ordinace lékaře. Následně byl sledován účinek medikace. Byla prováděna kontrola fyziologických funkcí a vše bylo zaznamenáváno do zdravotnické dokumentace. Ke zmírnění bolesti přispěl nedirektivní, podporující rozhovor, klid a pocit bezpečí. Došlo ke zmírnění bolesti a nebyly pozorovány žádné nežádoucí účinky na léčbu. Při propuštění byla bolest zcela eliminována.

Název a kód: Sebepoškozování 00151

Doména:11. Bezpečnost/ ochrana

Třída: 3 Násilí

Definice: *Úmyslné sebepoškozující chování způsobující poškození tkáně se záměrem způsobit si zranění, které nekončí smrtí, pro úlevu od napětí (Herdman a kol., 2015).*

Určující znaky: Řezné rány na těle pacienta, spolknutí cizího tělesa.

Související faktory: Násilí vůči sobě, abúzus psychoaktivních látek, život v netradičním prostředí.

Cíl krátkodobý: U pacienta nedojde k poranění operační rány do 24 hodin.

Cíl dlouhodobý: U pacienta nebude záznam o sebepoškození do konce hospitalizace.

Priorita: střední

Očekávaný výsledek: Nedojde k dalšímu sebepoškození během hospitalizace.

Plán intervencí: Zajisti, aby pacient během hospitalizace nebyl sám na cele či byl stále pod kamerovým dohledem, všeobecná sestra, ošetrovatelský tým vždy.

Prováděj kontroly pacienta celý den, všeobecná sestra.

Zvyš informovanost pacienta o jeho zdravotním stavu a pouč ho o možných komplikacích, všeobecná sestra do 2 hodin.

Odstraň veškeré předměty, které by mohly být použity k sebepoškození, ihned.

Podávej ordinovanou medikaci dle předpisu lékaře.

Sleduj účinky podané medikace, všeobecná sestra, každý den.

Věnuj pozornost psychickému stavu pacienta.

Zaznamenávej vše do zdravotnické dokumentace.

Při změně zdravotního stavu pacienta informuj lékaře.

Zajisti psychiatrické konzilium a psychoterapeutický rozhovor

HODNOCENÍ EFEKTIVITY LÉČBY

Při hodnocení ošetrovatelské péče byly oba cíle splněny. K dalšímu sebepoškození ze strany pacienta nedošlo. Některé intervence přetrvávají i v dalším období výkonu trestu. Nutná jsou bezpečnostní opatření a pravidelné kontroly psychiatra.

Název a kód: Noncompliance 00079

Doména: 1 Podpora zdraví

Třída: 2. Management zdraví

Definice: „*Chování osoby a /nebo pečovatele, které neodpovídá plánu podporujícímu zdraví či léčebnému plánu odsouhlasenému danou (osobou rodinou nebo komunitou) a zdravotnickým pracovníkem. V případě existence odsouhlaseného plánu podporujícího zdraví či léčebného plánu je chování osoby nebo pečovatele plně nebo částečně v nesouladu a může vést ke klinicky neefektivním nebo částečně neefektivním výsledkům*“ (Herdman a kol., 2015, s. 129).

Určující znaky: Nedodržování léčby

Související faktory: Nedostatečná ochota spolupráce ze strany pacienta.

Cíl krátkodobý: Pacient bude užívat ordinovanou medikaci.

Cíl dlouhodobý: Pacient bude užívat medikaci i po propuštění z nemocnice.

Priorita: střední

Očekávaný výsledek: Pacient bude užívat ordinovanou medikaci (antihypertenziva).

Plán intervencí: Komunikuj s pacientem o jeho problémech, edukuj pacienta o možných důsledcích v případě nedodržování léčebného režimu.

Informuj pacienta o vhodnosti pravidelných kontrol u lékaře.

Pomoz pacientovi s uvědoměním si příčin sebepoškozování a to i ve smyslu užívání medikace.

Veškeré informace zaznamenávej do zdravotnické dokumentace.

Při změně stavu informuj lékaře.

Zhodnocení péče: Krátkodobý cíl byl splněn, medikace byla podávána pod dohledem zdravotnického personálu.

Dlouhodobý cíl nebyl splněn z důvodů propuštění pacienta z nemocničního zařízení a zjistit, zda dodržuje léčebný režim. Nadále je však nutná snaha o pacientovu resocializaci ze strany vězeňské služby a dodržování pravidelných kontrol u lékaře.

Hodnocení efektivity péče: Pacient při odchodu slíbil, že bude léčebný režim dodržovat, jak užívání léků, tak návštěvami odborných lékařů.

POTENCIÁLNÍ DIAGNÓZY

00139- Riziko sebepoškození související se sebepoškozením v anamnéze.

Očekávaný výsledek: Pacient projeví dostatečnou sebekontrolu a osvojí si alternativní metody, k jejímu zvládnutí.

Ošetřovatelské intervence: Pomocť pacientovi rozpoznat faktory a pocity předcházející touze po sebepoškození. Sledovat verbální a neverbální známky, které by mohli vést k sebepoškozování. Vyslechnout pacienta a nechat ho vyjádřit své pocity.

Hodnocení efektivity péče: Pacient rozpozná rizikové faktory a zvýší se jeho sebekontrola. Bude se účastnit terapie zvládnání agresivity.

00150 Riziko sebevraždy související se suicidálními myšlenkami.

Očekávaný výsledek: Nedojde k pokusu o sebevraždu

Ošetřovatelské intervence: Zjistí rizikové faktory

Naslouchat pacientovi, jeho pocitům a dát prostor k dotazům

Mít pokud možno pacienta pod neustálým dohledem

Sledovat verbální a neverbální projevy

Podporovat zodpovědnost pacienta

Diskutovat o možném dopadu jeho chování na ostatní

Zajistit bezpečné prostředí

Zajistit pacientovi individuální psychoterapeutický rozhovor s psychologem

Hodnocení efektivity péče: Pacient se svěřil s příčinami, které ho vedou k sebepoškození a suicidálním myšlenkám.

7.2 Pacient č. 2

7.2.1 Údaje o pacientovi

Muž ve věku 41 let. Jedná se přibližně o 40 hospitalizaci s problémem sebepoškození. Po psychiatrickém vyšetření mu byla diagnostikována porucha osobnosti, která není léčebně ovlivnitelná. Vysoce kverulantní sklony, tense, simplexnost, impulsivita, negativní nastavení vůči lékařům.

OSOBNÍ ANAMNÉZA

HCV, HVB chronika nejistého stáří, 8/2015 pacientovi byla nabízena léčba hepatitidy, kterou odmítl. V souvislosti se sebepoškozením proběhlo asi 40 hospitalizací (2007-2019). Opakovaně držel hladovku.

RODINNÁ ANAMNÉZA

O otci ani matce nic neví. Někdy udává, že má jedno dítě, ale momentálně to popírá.

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Při poslední hospitalizaci: Antibiotika (Augmentin, Metronidazol) infúze, analgetika, LMWH.

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Neudává

ABÚZUS

Kouří od 15 let. Alkohol v současné době neužívá je ve výkonu trestu. Užíval drogy, jaké už neví asi pervitin.

VZDĚLÁNÍ

Pacient sděluje, že se učil truhlářem.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Nikdy nepracoval, dle jeho slov na svobodě nemá čas.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Je-li na svobodě je prý u matky nebo na ubytovně, ale při dotazu na rodiče tvrdil, že o nich neví.

PARTNERSKÉ VZTAHY

Pacient nemá trvalý vztah, udává jedno dítě, ale jedná se o těžko ověřitelnou informaci.

PSYCHIATRICKÁ ANAMNÉZA

Pacient opakovaně vyšetřován psychologem a psychiatrem ve výkonu trestu, na svobodě lékaře nenavštěvuje. Při hospitalizaci na chirurgii má velké výkyvy v jednání od veselosti až po agresivní impulzivitu vedoucí k emočním explozím. Následují projevy sociopatického chování, nekritičnost. Jeho projevy jsou obtížně snášeny spolupacienty i zdravotnickým personálem na chirurgickém oddělení. Pacient se projevuje velmi nápadně. Někdy končí jeho agrese demolicí nábytku na cele. Průběh hospitalizace je předvídatelný podle předchozích hospitalizací. Naším klientem je již 16 let. Píše opakované stížnosti na ošetřující personál a zaměstnává ho s naivním přístupem já budu polykat, a tak budou mít práci. Porucha není léčebně ovlivnitelná, polykání je jeho základním typem autoagresí, aktuálně cíleně vyhrožuje polykáním, pokud nebude splněn jeho požadavek. Doporučována je péče psychologa. Poslední hospitalizace trvala 3 dny. Pacient žádá dimisi cestou eskortního oddělení. Podepsal negativní revers a přes možné zhoršení svého zdravotního stavu, dosáhl propuštění. Medikace ordinovaná lékařem byla pacientovi vydána na tři dny.

7.2.2 Ošetřovatelský proces u pacienta č.2 (dle H. Peplau)

ROZVOJ OSOBNOSTI

Pacient tráví většinu svého života v zařízeních vězeňské služby, kde zneužívá zdravotní služby. Je nepředvídatelný, jeho sebekontrola je nedostačující a může se objevit impulzivita spojená s agresivitou. Tu obrací vůči sobě, ale i vůči okolí – což bývá důvodem k jeho hospitalizaci. Pacient původně s hospitalizací souhlasí, ale po dvou dnech podepisuje negativní reverz a odchází.

KOMFORT

Pacient přijat k odstranění kovového předmětu z GIT. Předmět spolkl v úmyslu se poškodit. Opakovaná automutilace touto formou.

INERPERSONÁLNÍ TERAPEUTICKÝ VZTAH

Pacient je veselý, usmívá se, těší se na hospitalizaci. Je plně orientován, navazuje kontakt, hovoří ochotně, je upovídaný a svěřuje se svými zážitky. Na terapii se

nepodílí, je nevyzpytatelný, několikrát operační zákrok zmařil na sále sdělením, že se napil.

VZOREC ŘÍZENÍ ZDRAVÍ

Pacient se opakovaně sebepoškozuje. Na svobodě užívá drogy (alkohol, tabák, pervitin)

NUTRIČNĚ-METABOLICKÝ VZOREC

Pacient je vysoké astenické postavy, dle BMI indexu je v normě. Jí a pije normálně. Má zdevastovaný chrup. V roce 2016 požaduje extrakci všech zubů v celkové anestezii. Křičí, že mu zuby zničili v kriminále (užívá vulgarismy).

VZOREC VYLUČOVÁNÍ

Adekvátní opakovanému sebepoškození. Bez patologického nálezu.

VZOREC AKTIVITY

Pacient je soběstačný a schopný sebepéče.

VZOREC SPÁNKU-ODPOČINKU

Pacient udává potíže s usínáním, jinak je hyperaktivní.

KOGNITIVNĚ PRECEPČNÍ MODEL

Pacient je zcela při vědomí a plně orientován. Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky. Paměť je neporušená je schopný koncentrace. Hovoří rychle až překotně.

VZOREC VNÍMÁNÍ SEBE SAMA-SEBEPOJETÍ

Sám se hodnotí jako rozlítaný, sebevědomí má značné.

VZOREC SEXUALITY-REPRODUKCE

Pacient je heterosexuál, partnerku neuvádí, má jedno dítě. Vyhrožuje: „*Až se vrátím, tak partnerka skončí v nemocnici.*“ Důvody této výhrůžky neuvádí.

VZOREC ZVLÁDÁNÍ A TOLERANCE ZÁTĚŽE/ STRESU

Všechny problémy, které má pacient vyplývají z jeho osobnostní charakteristiky. Problémy má všude. Na svobodě se údajně „*nesebepoškozuje, pouze fetuje*“. Na sebepoškození „*nemá čas*“.

VZOREC HODNOT A VÍRY

Je nevěřící. Nikdy nepracoval a ani to nemá v plánu. Na svobodě vykrádal „*hospody a baráčky*“, občas „*dělal na černo*“. Jeho život má těžiště v užívání pervitinu, jiný motiv nemá.

7.2.3 Uplatnění fází modelu dle H. Peplau u pacienta č.2

FÁZE ORIENTACE

Pacient byl přijat pro polknutí cizího tělesa. S hospitalizací souhlasil.

Výhodou pro průběh rozhovoru byl kontakt s pacientem již v rámci předchozích hospitalizací. Je velmi citlivý na to, jak je akceptována jeho osoba. Komunikace s pacientem probíhala v klidné atmosféře. Proběhl rozhovor ohledně posledního sebepoškození, dozvěděla jsem se většinu potřebných informací. Ostatní informace byly uvedeny ve zdravotnické dokumentaci.

FÁZE IDENTIFIKACE

Pacientovi byl předložen plán péče přestože, léčebný režim pacient při předchozích hospitalizacích nikdy nedodržel. Snažila jsem se ho přesvědčit ke spolupráci, i když jsem věděla, že se jedná o nelehký úkol. Pacient přislíbil spolupráci, byl otevřený, ale zároveň se smál. Vyplnění dotazníků odmítl.

FÁZE VYUŽITÍ

Pacient odpovídá na otázky bez problémů. Své sebepoškození jako problém nevidí. Vždy tím sleduje nějaký cíl, vyvolává konflikt nebo chce získat nějakou výhodu. Sám tento fakt nepopírá. Analyzovali jsme možné příčiny sebepoškození, vinu na své straně nepřiznává.

FÁZE UKONČENÍ

Z důvodu předčasného ukončení hospitalizace na žádost pacienta nedošlo k naplnění terapeutického cíle.

LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY

T182 Corpus alienum

X8311 Automutilatio

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Stav vědomí: plné vědomí, orientován ve všech oblastech

Soběstačnost: plně soběstačný dle Barthelova testu všedních činností.

Hmotnost: 70 kg

Výška: 178 cm

BMI: 24,6

Krevní tlak: 125/85

Pulz: 54/ minutu

Dechová frekvence 18/ minutu

Tělesná teplota: 36,6 C

KATAMNÉZA

Pacient byl poprvé vyšetřován psychiatrem ve výkonu trestu pro opakované sebeškození (2007). Doporučeno bylo psychologické vyšetření. Pacient nespůsobil, závěrem bylo, že má poruchu osobnosti, kterou není možno léčebně ovlivnit. Pacient byl přijat k operačnímu zákroku, 1. pooperační den podepisuje negativní reverz a trvá na odchodu z nemocnice. Byl opakovaně poučen o možných zdravotních následcích. Přesto trvá na propuštění.

Tabulka 3: Ošetřovatelské diagnózy pacienta č. 2

OBLAST	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY
Rozvoj osobnosti	00078 Neefektivní péče o vlastní zdraví
Komfort	00132 Akutní bolest 00214 Zhoršený komfort
Interpersonální vztah Sociální komfort	00079 Noncompliance
Bezpečnost ochrana	00004 Riziko infekce
Zvládání a tolerance Zátěže a stresu	00222 Neefektivní zvládání impulsů 00251 Labilní ovládání emocí
Kognitivně poznávací	Problém nezjištěn
Vnímání sebe sama	Problém nezjištěn
Bezpečnost /ochrana	00151 Sebeškození 00138 Riziko násilí vůči druhým 00140 Riziko násilí vůči sobě

Role-vztah	00052 Poškozená sociální interakce 00099 Neefektivní plnění rolí
------------	---

7.2.4 Ošetrovatelské cíle a jejich naplnění u pacienta č.2

Uvádím pouze ty diagnózy dle NANDA, které souvisejí s mojí oblastí zájmu-tedy ošetrovatelskou péčí

AKTUÁLNÍ DIAGNÓZY

00132 Akutní bolest-související s operačním zákrokem

Cíl krátkodobý: pacient nebude mít bolesti

Cíl dlouhodobý: po propuštění bude pacient bez bolestí

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE

Lokalizuj bolest, charakter, intenzitu a trvání bolesti.

Informuj pacienta o úlevové poloze, prevenci bolesti (kompresi rány při otáčení, vstávání, změně polohy) a o chlazení, všeobecná sestra, do 2 hodin.

Podávej medikaci dle ordinace lékaře, všeobecná sestra.

Sleduj účinky medikace do 30 minut od podání.

Věnuj pozornost psychickému stavu pacienta a odváděj jeho pozornost, všeobecná sestra, po celý den.

Při jakékoli změně stavu pacienta informuj lékaře, všeobecná sestra, ihned.

Zaznamenávej vše do zdravotnické dokumentace

HODNOCENÍ EFEKTIVITY LÉČBY

Došlo ke zmírnění bolesti a nebyly pozorovány žádné nežádoucí účinky na léčbu.

Pacient odchází první den po zákroku na vlastní žádost, bolesti neudává.

POTENCIONÁLNÍ DIAGNÓZY

00151 Sebepoškození

00052 Poškozená sociální interakce

Hospitalizace pacienta byla ukončena pro jeho odmítání jakékoli péče a nespolu-práce. Byla doporučena kontrola na spádovém chirurgickém pracovišti. Vhodná je psychologická péče a nutnost zvážit diagnostickou hospitalizaci na psychiatrii ve VV Bohunice. Před propuštěním pacient souhlasil s rozhovorem.

7.3 Pacient č. 3

7.3.1 Údaje o pacientovi

ANAMNÉZA

46 letý pacient z romského etnika (obviněný), přichází opět po dvouletém období, kdy byl na svobodě. Udává bolest břicha, byl přijat k observaci do nemocničního zařízení. Bylo prokázáno sebepoškození (polknutí cizího tělesa), které pacient nepopírá s argumentem, že se ho prý nikdo neptal.

OSOBNÍ ANAMNÉZA

VHA, HCV a HVB chronika nejistého stáří, o nabízenou léčbu nejevil v minulosti zájem. V souvislosti se sebepoškozováním proběhlo 20 hospitalizací (2006 – 2020)

RODINNÁ ANAMNÉZA

Otec zemřel v 76 letech na AIM. Matka zdravá, sourozenci jsou v cizině, nemá s nimi kontakt.

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Za hospitalizace: ATB (Augmentin i.v. Cerukal)

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Bodnutí hmyzem, kořeněná jídla

ABÚZUS

Kouří asi 30 cigaret denně, káva, alkohol pije málo

VZDĚLÁNÍ

8 tříd zvláštní školy, vyučen není, v dětském domově „se k tomu nedostal“.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Nikdy nepracoval

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Od 9 do 18 let byl v ústavní péči. Pak údajně žil sám nebo u matky.

PARTNERSKÉ VZTAHY

Pacient nemá trvalý vztah, udává jedno dítě, partnerka jej opustila kvůli délce trestu.

PSYCHIATRICKÁ ANAMNÉZA

Pacient opakovaně vyšetřován psychologem a psychiatrem ve výkonu trestu, na svobodě lékaře nenavštěvuje. Ve výkonu trestu je asi 25 let s krátkými přestávkami.

kami. Při hospitalizaci na chirurgii má velké výkyvy nálad, domnívá se, že je duševně nemocný, projevuje se to údajně tak, že „sedí a výkon trestu je na něm znát“. Pravidelně navštěvuje psychiatra, na ordinovanou medikaci prý nemá peníze. Domáhá se tedy Tramalu na bolest zad, aby ho to uklidnilo, je prý stále nervózní. Chce být klidný, aby něco nevyvedl. Pacient byl opakovaně vyšetřován v průběhu života byl pacientem PL (1992), kde byla stanovena diagnóza disociální porucha osobnosti F 62.2 (sociální oligofrenie). Průběh hospitalizace je předvídatelný podle předchozích hospitalizací. Naším klientem je již 14 let. Píše opakované stížnosti na personál vězeňské služby. Jde o dekompenzaci simplexní disociální nezdrženlivé osobnosti, výchovně i výukově zanedbané, který při své zanedbanosti není schopen rozpoznat rizika aktuálního zdravotního stavu. Kognitivní schopnosti pacienta v tomto směru jsou výrazně sníženy. V rámci osobnosti lehkomyslný hazardér. Riziko úmrtí pojmenuje, ale není s ním ztotožněn, neví přesně čím by mohl být po propuštění z nemocnice ohrožen, nepovažuje to za podstatné. Jde o těžkou poruchu osobnosti, která je simplexní v situaci ohrožení života, pokračuje v hazardérství, svou spoluprací při léčbě podmiňuje následnou hospitalizací na psychiatrickém oddělení VV Bohunice.

7.3.2 Ošetřovatelský proces dle H. Peplau u pacienta č.3

ROZVOJ OSOBNOSTI

Pacient tráví většinu svého života v zařízeních zřizovaných státem, kde zneužívá zdravotní služby. Je adaptován na toto prostředí a je detailně seznámen se svými právy.

KOMFORT

Pacient přijat k odstranění kovového předmětu (drátek) z GIT, který spolkl v úmyslu se poškodit. Opakovaná automutilace touto formou, tento měsíc již druhý pobyt v nemocnici, při předchozí hospitalizaci zákrok odmítl. Při příjmu požaduje operační zákrok v civilním zařízení (prý mu to slíbil advokát), hospitalizaci ve vězeňské nemocnici však neodmítá.

INERPERSONÁLNÍ TERAPEUTICKÝ VZTAH

Je plně orientován navazuje kontakt, hovoří ochotně a svěřuje se svými problémy. Sděluje, že by byl rád operován v civilním zařízení. Tuto zkušenost již v minulosti

měl, absolvoval přerušení trestu ze zdravotních důvodů a nyní se domnívá, že by se mohl tento léčebný proces opakovat.

VZOREC ŘÍZENÍ ZDRAVÍ

Pacient se opakovaně poškozuje. V dětském domově cvičil (gymnastika). Nyní „ho to ani nenapadne“.

NUTRIČNĚ-METABOLICKÝ VZOREC

Pacient je drobné, nevysoké astenické postavy, dle BMI indexu je v normě. Jí a pije normálně. V minulosti nedodržoval dietní nařízení doporučená lékařem po operačním zákroku.

VZOREC VYLUČOVÁNÍ

Adekvátní opakovanému sebepoškozování. Bez patologického nálezu.

VZOREC AKTIVITY

Pacient je soběstačný a schopný sebepéče.

VZOREC SPÁNKU - ODPOČINKU

Nemá žádný problém

KOGNITIVNĚ PRECEPČNÍ MODEL

Pacient je orientován časem a místem. Kognitivní funkce pacienta k vyhodnocení jeho zdravotního stavu jsou sníženy.

VZOREC VNÍMÁNÍ SEBE SAMA-SEBEPOJETÍ

Sám se lituje, že je znovu ve vazbě a čeká ho soud.

VZOREC SEXUALITY-REPRODUKCE

Pacient je heterosexuál, partnerka, se kterou má dceru, ho opustila.

VZOREC ZVLÁDÁNÍ A TOLERANCE ZÁTĚŽE/ STRESU

Vzhledem k psychiatrickým diagnózám které pacient má, je důvodné použití diagnózy (Z 76,5) Simulace - záměrné a úmyslné produkce různých příznaků, které jsou motivované zevními okolnostmi, často se vyskytujícími ve vězeňském prostředí. Považuje se za zcela vědomě jednajícího. Motivem jednání jsou výhody, obvykle vyhnutí se trestu, omezení povinností či získání léčiv (Dušek, Večeřová, 2010).

VZOREC HODNOT A VÍRY

Je nevěřící. Nikdy nepracoval a ani ve vězeňském zařízení o pracovní zařazení nejevil nikdy zájem. Ze zdravotnické dokumentace je patrné, že v průběhu let informace o svém životě různě upravuje, lze se tedy domnívat, že nejsou příliš dů-

věřehodné. Například udává onemocnění epilepsií, byl však opakovaně vyšetřován na neurologické klinice ve FN Hradec Králové, kam byl převezen pro domnělý epileptický záchvat, závěr vyšetření bylo, že se jedná o účelové osobnostní jednání. Pacientova diagnóza, kterou si sám stanovil, se nepotvrdila. Obdobný případ je jeho tvrzení o neuzívání drog a alkoholu. Často si sám určuje dietní opatření bez opodstatněných diagnostických důvodů. Ordinuje si sám diety. Přestože jsou jeho kognitivní schopnosti, které se týkají zdravotního stavu, sníženy, v běžném životě se pohybuje velmi dobře, zejména pokud se jedná o získání nějaké výhody.

7.3.3 Uplatnění fází modelu dle H. Peplau u pacienta č.3

FÁZE ORIENTACE

Pacient byl přijat původně pro bolest břicha kdy se jednalo o subileózní stav, po vyšetření však bylo prokázáno opakované polknutí cizího tělesa S hospitalizací vyslovil souhlas . K pacientovi mám vstřícný přístup a snažím se o pochopení motivů, které ho vedou k sebepoškozování. Dozvěděla jsem se většinu potřebných informací. Pacient pocítil velké zklamání, že jeho zdravotní stav nevyžaduje převoz do civilního nemocničního zařízení. Operaci odmítl s argumentem, že má soud, podepsal odmítací revers a odjel. Za deset dní se vrátil již jako odsouzený se stejným problémem, tak jsme mohli pokračovat, tam kde jsme skončili při předchozím pobytu. S problematikou opakovaného sebepoškození tohoto pacienta jsem seznámena dostatečně vzhledem k jeho předchozím hospitalizacím. Ostatní podstatné informace byly uvedeny ve zdravotnické dokumentaci.

FÁZE IDENTIFIKACE

Pacient byl ochoten se mnou spolupracovat, poskytl mi rozhovor a s mou pomocí vyplnil dotazníky. Plán péče rezolutně odmítl, sebepoškozování nevidí jako problém.

FÁZE VYUŽITÍ

Pacient odpovídá na otázky bez problémů. Zeptala jsem se ho, jaké má aktuální informace o svém zdravotním stavu? Sebepoškozením vždy sleduje nějaký cíl, je konfliktní, obvykle se snaží získat nějakou výhodu pro sebe, sám tento fakt nepopírá. Opakovaná snaha pacientovi vysvětlit možné důsledky sebepoškozování se jeví jako marná. Analyzovali jsme příčiny sebepoškozování, ale to, že by byla vina na jeho straně nepřiznává.

FÁZE UKONČENÍ

Druhá hospitalizace skončila opět odchodem pacienta. Pacient podepisuje po třech dnech odmítací reverz. V lednu 2020 byl opětovně krátce hospitalizován, avšak pro nachlazení byl propuštěn. Cíl splněn nebyl, přestože ze strany pacienta byla ochota spolupracovat v průběhu hospitalizace.

LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY

R 104 Jiná a neurčená břišní bolest

T182 Corpus alienum

X8311 Automutilatio

X841 Úmyslné sebepoškození, neurčité prostředky, obytné instituce

B 182 Chronická virová hepatitida

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Stav vědomí: plné vědomí, orientován ve všech oblastech

Soběstačnost: soběstačný dle Barthelova testu všedních činností.

Hmotnost: 60 kg

Výška: 165 cm

BMI: 22

Krevní tlak: 135/85

Pulz: 88/ minutu

Dechová frekvence 16/ minutu

Tělesná teplota: 36,6 C

KATAMNÉZA

Pacient byl poprvé vyšetřován psychiatrem v roce 1992 pro agresivní jednání. V té době žil v dětském domově. Od roku 2006 byl opakovaně hospitalizován na chirurgickém oddělení pro sebepoškozování. S tím souvisí také hospitalizace na psychiatrickém oddělení VV Bohunice. Pacient je bez deprese, dominuje porucha osobnosti, disociální manipulativní chování, dožaduje se neordinované medikace (BZD). Ve věznici je v trvalé péči psychologa. Během let pacient nespolupracoval, vždy odcházel předčasně na vlastní žádost a nedodržel léčebný režim. Důsledkem jeho chování v roce 2011 po třetí hospitalizaci v tomto roce byl vznik peritonitidy. Vzhledem k předchozím operačním zákrokům bylo nutné provést ileostomii. Pacient úmyslně nepečoval o stomii, okolí bylo zarudlé, macerované, odmítal ordinovanou infuzní terapii- (malnutrice), absolutně nespolupracoval. Byl kachectic-

ký, docházelo k metabolickému rozvratu. Pacient, byl resuscitován pro oběhovou zástavu. Ze zdravotních důvodů mu bylo umožněno přerušení VTOS na 14 dní ze zdravotních důvodů. Na vyšší pracoviště metabolické jednotky FN HK. Tam pacient setrval 6 dní a na vlastní žádost odešel, byl zadržen Policií ČR pro pokračování v trestné činnosti. Byl přijat zpět do vězeňské nemocnice, kde byl jeho zdravotní stav řešen operační revizí. Následovalo krátké období na svobodě. Nyní pokračuje v sebepoškozování. Pacient je opakovaně upozorňován na možné smrtelné důsledky svého jednání.

OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN

Terapeutický vztah byl navázán, pacient ochotně souhlasil s rozhovorem. V nemocnici se cítí dobře, avšak nabízené možnosti zdravotní péče odmítá. Nebylo tedy možné plán ani navrhnout. Pacient odmítl hospitalizaci, k vyřešení problémů nedošlo.

Pacient během pobytu vyplnil tyto dotazníky:

- Beckova sebe posuzovací škála deprese
- Dotazník kognitivního selhání
- Dotazník kvality života-SQUALA

Škála hodnocení terapie V Beckově škále deprese, v mužské verzi, bylo celkové skóre 10 bodů, tedy jako minimálně depresivní. Dotazník byl vyplněn s pacientem, není jasné, zda všem otázkám porozuměl.

Dotazník kognitivního selhání neprokázal poruchy pacienta s pamětí.

Dotazník SQUALA-pacient odpověděl na dotazy. Výsledkem byl zájem o rodinné vazby. Víra pro pacienta nemá žádný význam.

V otázkách týkajících se spokojenosti se cítí spíše nespokojen, je zklamán, že je opět ve výkonu trestu. Škála hodnocení terapie SOS 10 získal pacient 19 bodů z 60, se svým životem je nespokojen.

Tabulka 4: Ošetřovatelské diagnózy pacienta č. 3

OBLAST	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY
Rozvoj osobnosti	00078 Neefektivní péče o vlastní zdraví

Bezpečnost /ochrana	00151 Sebepoškozování 00138 Riziko násilí vůči druhým 00140 Riziko násilí vůči sobě
Podpora zdraví	00079 Noncompliance

Průběh hospitalizace: Pacient byl přijat pro bolesti břicha na podkladě polknutí cizího tělesa k observaci na chirurgické oddělení VV Pankrác. Operační zákrok odmítl, odchází v celkově dobrém stavu bez známek NPB. Byl informován o svém zdravotním stavu, poučení porozuměl.

7.3.4 Ošetřovatelské cíle a jejich naplnění u pacienta č.3

Uvádím pouze ty diagnózy dle NANDA, které souvisejí s mojí oblastí zájmu-tedy ošetřovatelskou péčí

AKTUÁLNÍ DIAGNÓZY

Název a kód: Sebepoškozování 00151

Doména:11. Bezpečnost/ochrana

Třída: 3 Násilí

Definice: „*Úmyslné sebepoškozující chování způsobující poškození tkáně se zá-
měrem způsobit si zranění, které nekončí smrtí, pro úlevu od napětí*“ (Herdman a
kol., 2015, s.377)

Určující znaky: spolknutí cizího tělesa.

Související faktory: Násilí vůči sobě, abúzus psychoaktivních látek, život v netradičním prostředí.

Cíl krátkodobý: Odstranit ostré předměty v dosahu pacienta

Cíl dlouhodobý: U pacienta nebude záznam o sebepoškození do konce hospitalizace.

Priorita: střední

Očekávaný výsledek: Nedojde k dalšímu sebepoškození během hospitalizace.

Plán intervencí: Zajisti, aby pacient během hospitalizace nebyl sám na cele či byl stále pod kamerovým dohledem, všeobecná sestra, ošetřovatelský tým vždy.

Prováděj kontroly pacienta celý den, všeobecná sestra.

Zvyš informovanost pacienta o jeho zdravotním stavu a edukuj ho o možných komplikacích,

Odstraň veškeré předměty, které by mohly být použity k sebepoškození, ihned.

Podávej ordinovanou medikaci dle předpisu lékaře.

Sleduj účinky podané medikace, všeobecná sestra, každý den.

Věnuj pozornost psychickému stavu pacienta.

Zaznamenávej vše do zdravotnické dokumentace.

Při změně zdravotního stavu pacienta informuj lékaře.

Zajisti psychiatrické konzilium a psychoterapeutický rozhovor

Hodnocení: Oba cíle byly splněny, pacient spolupracoval neprojevovaly se, žádné suicidální tendence. Stále přetrvává riziko sebepoškozování.

8 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

8.1 Přehled a vyhodnocení specifík ošetrovatelské péče ve vězeňském zařízení

Práce sester pod kamerovým dohledem

Během pracovní doby jsou sestry pod dohledem kamer, to je součástí bezpečnostního systému ve vězeňském zařízení, Všichni zaměstnanci tuto skutečnost akceptují a nepředstavuje pro ně zátěž.

Riziko napadení

Všudy přítomné riziko, které se vyskytuje v souvislosti s agresivním chováním pacientů. Zdravotníci jsou vystaveni tomuto riziku ve všech typech nemocnic v mnoha kontextech. Sestry se v tomto ohledu ve vězeňském zařízení cítí lépe než v civilním zařízení, neboť pracují pod dohledem příslušníka vězeňské služby. V případě, že zaměstnanec dodržuje vnitřní bezpečnostní nařízení, je toto riziko minimalizováno. Prevencí napadení je vhodně zvolená komunikace s pacientem.

Riziko přenosu infekčních chorob

Většina pacientů, kteří se sebepoškozují patří mezi uživatele drog. Péče o tyto pacienty tedy vyžaduje dodržování základních pravidel:

Používání ochranných pomůcek

Dodržování hygienických zásad

Dodržování bariérového přístupu

Zachování profesního klidu

Sestry se necítí ohroženy více než v civilním zařízení. Vězni procházejí při nástupu trestu vstupními prohlídkami, v jejichž rámci jsou prováděny odběry krve, RTG apod.

Sestra musí být připravena na možnou kontrolu přítomnosti drog nebo jiných látek-ze strany zaměstnavatele. Další omezení se týká držení osobních věcí v areálu a kontroly zaměstnanců při vstupu do VV. To přímo nesouvisí se specifiky ošetrovatelské péče, ale ovlivňuje to pracovní proces. Stálý dohled může být pro někoho frustrující.

Profesionalita a možnost vyhoření

Podmínkou kvalitní odborné péče je, aby se zdravotník kontinuálně vzdělával ve svém oboru a mohl při své práci uplatňovat nové vědecké poznatky. Studie za-

bývající se postoji zdravotníků k pacientům s automutilací zmiňují lepší výsledky zdravotní péče u těch sester, které absolvovaly různé výcvikové programy (forenzní) a úspěšnější obranu vůči excesům ze strany pacientů. Velký vliv na péči má osobnostní charakteristika sestry, její zkušenosti a délka odborné praxe. Sestra se musí vyrovnat s náročnými podmínkami práce, žádné specifické obranné mechanismy pro toto prostředí nejsou stanoveny. Je nutné aktivně bojovat proti syndromu vyhoření. Důležitá je relaxace, sport, tělesné aktivity, pobyt v přírodě a rituál zavřených dveří.

Specifikum práce spočívá v komplexnosti péče, neboť pacienti často mají více lékařských diagnóz včetně psychiatrických onemocnění, a to zvyšuje psychické nároky na jejich ošetřování.

8.2 Analýza a interpretace specifík ošetrovatelské péče u sebepoškozujících se pacientů

Specifika ošetrovatelské péče o pacienty, kteří se sebepoškozují, se neliší od běžného zdravotnického zařízení. Je nutné vždy myslet na trestní minulost pacientů a zvažovat svůj pracovní přístup, který je upraven speciálním režimem a podléhá vnitřním nařízením vězeňské služby. Veškerá činnost musí probíhat v součinnosti s vězeňskou službou. Při příjmu jsou pacienti vyšetřeni a lékař rozhoduje o tom, zda pacientův stav vyžaduje hospitalizaci.

Sebeпоškození jsou různého druhu, případně kombinací více druhů (pořezání, polknutí cizího tělesa). Často se objevují vězni, jejichž jedinou motivací je hospitalizace v nemocničním zařízení. U psychicky dekompenzovaných pacientů je v zájmu jejich bezpečnosti nutné přistoupit na základě rozhodnutí lékaře k použití omezovacích prostředků eventuálně umístění do krizové cely. Omezovací prostředky jsou použity pouze na nezbytně dlouhou dobu, v níž pacient představuje nebezpečí pro sebe a své okolí. V rámci péče o pacienty je nutná spolupráce se specializovanými odděleními vězeňské nemocnice (např. psychiatrické oddělení Brno), ale i s dalšími profesemi (vychovatel, správní oddělení, sociální pracovník). Sestry procházejí systematickým školením v zdravotnických disciplínách a v oblasti provozních předpisů VV a VN.

8.2.1 Specifika péče o pacienty se sebepoškozením

Odborná péče je obdobná jako v civilních zařízeních. Všeobecná sestra však musí dbát na pacientovu bezpečnost ve větším rozsahu než na jiných odděleních, a to vzhledem k charakteru osobnosti, druhu onemocnění a tím spojenou nevyzpytatelností chování pacientů. Vzhledem k vězeňskému prostředí jsou na sestry kladeny větší nároky na zajištění pacientovi ochrany.

Ve větší míře musí sestra u vězeňských pacientů čelit pokusům o manipulaci. Při péči o ně je nutné zachovávat klid a profesionální přístup. Je nutné dodržovat doporučený způsob komunikace, vyvarovat se chování, které by mohlo být zneužito odsouzenými a mohlo v konečném důsledku ohrozit i zaměstnance. Při riziku nebezpečné situace je nutné spolupracovat s příslušníky vězeňské služby a lékařem.

8.2.2 Jakým způsobem se všeobecné sestry vyrovnávají se specifiky při zajištění kvalitní péče o pacienty se sebepoškozením ve vězeňské nemocnici?

Sestra pracuje pod neustálým kamerovým dohledem. Má omezený přístup ke svým osobním věcem a její pohyb podléhá režimu VV. Většina zaměstnanců se s opatřeními vyrovná a chápe jejich význam v prostředí, v němž pracují. Riziko fyzického napadení a nákazy infekčním onemocněním je možné minimalizovat striktním dodržováním stanovených bezpečnostních a provozních pravidel. Pro všechny je důležité zachovat klid a profesionalitu i ve vyhocených situacích. Všeobecné sestry, které pečují o vězeňské pacienty se většinou úspěšně vyrovnávají s nároky specifického pracovního prostředí. Již při nástupu do zaměstnání absolvují všeobecné sestry psychologické testy.

9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

9.1 Jak se vyrovnat se specifiky ošetrovatelské péče o pacienty, kteří se sebepoškozují ve vězeňském prostředí?

9.1.1 Doporučení pro zdravotnický personál

Ošetrovatelský personál by se k pacientům měl chovat vždy profesionálně, eticky a zdvořile, především si uvědomit, že jde navzdory tomu, že jsou klasifikováni jako obvinění či odsouzení, jde o lidské bytosti. Přestože sebepoškozování může v ošetrujících vzbuzovat různé emoce, neměla by jimi být ovlivněna ošetrovatelská péče. Důležitá je vhodně zvolená komunikace, akceptace pacienta a navození pocitu důvěry a bezpečí. Při prvním kontaktu s pacientem je nutné posoudit závažnost zranění, které si pacient způsobil, ale nelze zapomínat na psychický stav pacienta. Důležité je zdržet se negativních hodnocení pacienta či projevů lítosti. Důležitá role všeobecné sestry je poradkyně, která po fázi identifikace může pacienta nasměrovat na různá spolupracující pracoviště či poradenské služby, případně doporučit péči psychiatra.

Důležité pro kvalitní ošetrovatelskou péči je průběžné vzdělávání zaměstnanců v této problematice, tak, aby mohl být možný problém identifikován již v zárodku. Zvýšené povědomí o možných rizicích včetně možných situačních spouštěčů pro vězně. Vede k ochotě personálu porozumět a podpořit tyto pacienty, kteří se sebepoškozují. Je vhodné vězňům pomáhat s řešením každodenních problémů, naučit je, jak zvládat zátěžové situace, které by mohly vyvolat autoagresivní jednání. Součástí prevence je včasná identifikace rizika, řešení problémů a poskytování intervencí. Posouzení by mělo být individuální a reagovat na vznikající a probíhající rizikové faktory. Pro lepší porozumění je doporučováno proškolení personálu (Pope, 2018). Bylo by vhodné vypracovat intervenční strategie při postupu specifické péče o tyto pacienty a byl umožněn jednotný postup a součinnost, jednotlivých aktérů.

9.1.2 Jak pomoci pacientům v prevenci autoagrese?

Doporučení pro přístup k těmto pacientům zahrnuje několik postupných kroků. Prvním krokem je docílit toho, aby si pacient uvědomil, že existuje „nějaký problém“. Po fázi přemýšlení přichází rozhodnutí přestat se sebepoškozováním.

Pacientovou motivací by však nemělo být jen přání někoho druhého. Analogií by mohl být alkoholik, který se sám nechce léčit. Mezi pacienty jsou velké rozdíly v přístupu a identifikaci problému. K žádoucímu rozhodnutí může přispět například sepsání důvodů typu: „proč nechci přestat se sebepoškozováním?“ Pokud se pacient skutečně rozhodne pro ukončení automutilace, pak existuje řada způsobů, jak tento problém řešit. Důležitá je odborná pomoc a individuální přístup zdravotnického personálu, neboť každý člověk je jedinečnou bytostí. Je dobré vyzkoušet více nabízených možností. Pro pacienta je pak důležité osvojit si zdravý životní styl, včas vyhledat odbornou pomoc, aktivně spolupracovat s lékařem a zdravotnickým personálem a v neposlední řadě dodržovat jejich doporučení.

Při celém procesu je vhodné, aby si pacient udržoval pozitivní mysl a mentální zdraví, aby aktivně čelil stresovým situacím apod. Mezi doporučené metody patří projevit své emoce, popřípadě sepsat je na papír a pak je zničit. Vyjádřením svých myšlenek lze sebepoškozování minimálně oddálit či omezit jeho frekvenci. Vhodné je, aby se pacient alespoň pokusil minimalizovat závažnost zdravotních obtíží, následujících automutilaci, například eliminací nástrojů a předmětů, které by jej mohly ohrozit infekčním onemocněním, omezením zásahů v místech předchozích poranění, v nichž zjizvená tkáň nemá již takové vlastnosti jako zdravá kůže. Důležité je vyhnout se návykovým látkám, které by mohly negativně ovlivnit pacientův úsudek. Pacient by měl být motivován ke stanovení „mantinelů“, kterých se bude držet: tedy sáhne-li přeci jen k sebepoškození, omezí se jen na zásahy poskytující úlevu od utrpení, ale ne na další (RETHINK MENTAL ILLNESS, 2020).

9.2 Jaké jsou možnosti sledovat ve vězeňském prostředí jednotlivé pacientů jejich stav z dlouhodobého hlediska?

Tato záležitost je komplikovaná, neboť pacienti, kteří se sebepoškozují, tak činí opakovaně různými způsoby. Neexistuje nějaký kompletní záznam sebepoškozování u jednotlivých pacientů a vyhodnocení efektivity práce s nimi. Rozhodně by bylo pro praxi vhodné vytvořit jednoduchý databázový program, který by zdravotnickému personálu umožnil získat potřebné informace. Současný stav je nevyhovující, záznamy tohoto typu nejsou ve zdravotnické dokumentaci dohledatelné. Pro ilustraci uvádím v příloze A této práce počty hlášených sebepoškození

(polknutím cizího tělesa) v naší VV. Tabulka budí dojem, že dochází k dramatickému poklesu tohoto jevu. Pokles je však způsoben spíše nedůsledným hlášením jednotlivých sebepoškození.

9.3 Je nutné seznamovat studenty s problematikou automutilace?

Domnívám se, že studenti by měli být seznámeni během svého studia minimálně s faktem, že se mohou během své praxe setkat v populaci s jedinci, kteří se sebepoškozují. Ošetrovatelská péče musí být na stejné odborné úrovni, ale přístup k pacientovi musí reflektovat jeho obvykle složitější psychologický profil. Bylo by tedy vhodné zařadit tuto problematiku do osnov zdravotnických škol, aby byli jejich absolventi teoreticky připraveni.

DISKUZE

Ve své práci jsem se zabývala specifiky ošetrovatelské péče u sebepoškozujících se pacientů v prostředí vězeňské nemocnice. Péče o tyto pacienty by měla být krom odborné podstaty postavena i na respektování jedince a jeho individuality. Využila jsem ošetrovatelskou teorii H. Peplau, která se jevila jako nejvhodnější pro pacienty s psychiatrickou symptomatologií. Důležitý je jak přístup ošetřujícího personálu k pacientovi, tak aktivní přístup pacienta k problému automutilace a především k průběhu léčby. Výsledkem takového procesu by měla být zvýšená sebekontrola jedince a navození schopnosti řešit problémy jiným způsobem, než je sebepoškozování.

V teoretické části jsem zpracovala novější českou a zahraniční literaturu pojednávající o problematice sebepoškozování. Využila jsem těchto informací spolu s daty získanými v praktické části práce pro rámcové stanovení příčin, které vedou k automutilaci u pacientů ve vězeňském prostředí. Dále jsem se věnovala zvláštnostem ošetrovatelské péče v tomto specifickém prostředí.

V praktické části předkládám kazuistiku tří pacientů s obdobným typem sebepoškozování, které vyžadovalo jejich hospitalizaci. Do souboru jsem vybrala pacienty - muže, neboť během mé dosavadní praxe byly na našem pracovišti hospitalizovány pouze tři ženy s automutilačními problémy.

První pacient si uvědomuje své problémy s autoagresivitou a již se je pokoušel v minulosti neúspěšně řešit. Stanovený ošetrovatelský plán v průběhu léčby dodržoval. Vztah mezi pacientem a ošetrovatelským personálem byl konstruktivní, terapeuticky úspěšný. Po rozhovoru byl ochoten akceptovat nové cíle: Potřeby pacienta během pobytu v nemocnici byly uspokojeny, potvrzením jsou snahy opět pokračovat v kurzech, jak zvládnout agresi. Pacient při odchodu z pracoviště cítil podporu personálu při uskutečnění svých dalších plánů. Aktivní spolupráce ze strany pacienta měla pozitivní vliv na průběh léčby a následnou rekonvalescenci.

Druhý pacient trpí poruchou osobnosti, která je obtížně léčebně ovlivnitelná. Svými projevy agrese je nebezpečný sobě i svému okolí. Za svůj život absolvoval přibližně čtyřicet hospitalizací v souvislosti s automutilací. Opakovaná psychiatrická vyšetření a léčba nikterak neovlivnila jeho chování. Pacient zná velmi dobře svá práva, včetně institucí, u nichž si může případně stěžovat. Svoje povinnosti

během léčby nedodrží, přestože byl hospitalizován na svou žádost. Řešení jeho problémů a potřeb je obtížné a je do jisté míry ovlivněné i negativními zkušenostmi s pacientem z předchozích hospitalizací. Vztah s pacientem byl sice navázán, ale spolupráce z jeho strany byla limitovaná snahou o získání výhod. Bezprostředně po operačním zákroku pacient podepsal negativní revers; z našeho pracoviště odešel poučen o potenciálních zdravotních důsledcích. Ošetrovatelský proces byl tedy předčasně ukončen ve fázi identifikace problémů pacienta; o dalším vývoji jeho zdravotního stavu ve věznici nejsou relevantní informace. Lze se domnívat, že je pouze otázkou času, kdy se tento pacient na naše pracoviště opět vrátí.

Třetí pacient se dopustil sebepoškození, protože předpokládal, že jeho zdravotní stav bude vyžadovat zdravotní péči v civilním zdravotnickém zařízení. Pacient zpočátku spolupracoval, ovšem po zjištění, že jeho stav nevyžaduje ošetření na vyšším odborném pracovišti, podepsal negativní reverz a odešel zpět do kmenové věznice s cizím tělesem v GITu. V lednu 2020 opětovně vyžadoval hospitalizaci, ale operační zákrok se pro jeho jiné onemocnění neuskutečnil. Pacient se ve věznici opakovaně sebepoškozuje, důsledky a související zdravotní obtíže nechápe. Byl stanoven další termín operačního zákroku (v případě obtíží ihned). Ošetrovatelský problém tedy přetrvává, cíle ošetrovatelského procesu nebyly splněny.

U všech pacientů byl použit model interpersonálních vztahů Hildegard Peplau. Ten klade důraz na vznik terapeutického vztahu mezi sestrou a pacientem. Model obsahuje čtyři fáze - orientaci, identifikaci, využití a ukončení. Parciální výhodou byla moje dlouholetá znalost všech pacientů, navozující vyšší stupeň vzájemné důvěry. Vznik tohoto vztahu považuji za důležitý, neboť ke vzniku efektivního terapeutického vztahu je nutný individuální přístup. Jeho stěžejní součástí je vhodně zvolená komunikace, která by měla vést k navození důvěry, uvolnění pacienta a jeho aktivní spolupráce při léčbě a plnění ošetrovatelského plánu. Další částí terapeutického vztahu je snaha o to, aby si pacient uvědomil existenci problému automutilace a o to, aby sám vyhledal pomoc při jeho řešení.

Vztah byl navázán se všemi pacienty, ale pouze první pacient spolupracoval při sestavování ošetrovatelského plánu a hodlá i v budoucnu své problémy řešit; u něj tedy byl ošetrovatelský cíl splněn. Druhý a třetí pacient sebepoškození jako problém nepřipouští, cítí se spíše nepochopeni.

Při sestavování plánu péče byly pro můj sběr informací stěžejní tři oblasti vytvořené v rámci modelu H. Peplau - rozvoj osobnosti, komfort a interpersonální terapeutický vztah. Oblast rozvoj osobnosti má těžiště v tom, jak pacient reaguje na své onemocnění, jak dodržuje léčbu a je-li k ní motivován, jak se podílí na jejím plánování a zajímá-li se o své onemocnění jako takové. Od pacientů byly získány rozdílné informace. V oblasti komfortu, tělesného, sociálního i duševního popisují spíše zhoršení svého komfortu, které se projevovalo úzkostí až agresivitou. Nejdůležitější součástí byl vznik interpersonálního terapeutického vztahu, na kterém je model postaven. Klade důraz na navázání kontaktu s pacientem a jeho ochotu komunikovat a spolupracovat, na jeho postoj k onemocnění a na navázání vzájemné důvěry. U prvního pacienta byl tento vztah úspěšně navázán, u druhého pacienta došlo k vytvoření pouze částečně úspěšného vztahu, neboť pacient sice komunikuje, ale problém s automutilací si nepřipouští. Se třetím pacientem byla navázána počáteční komunikace; vzhledem k jeho odmítnutí operačního zákroku nebyly ošetřovatelské cíle splněny.

U prvního pacienta se podařilo identifikovat ošetřovatelské diagnózy na podporu zdraví a zvládnání agrese. Byla zdůrazněna nutnost užívání medikace ordinované lékařem a vyjádřena podpora pacientovi tak, aby byl motivován k pokračování v programu zvládnání agrese. Diagnózy byly také nalezeny v oblasti komfortu, úzkosti a obav. Další problémovou oblastí bylo zvládnání stresu a zátěže, neboť u pacienta byla identifikována snížená odolnost a zvýšené riziko sebevraždy. S touto problematikou souvisí i diagnóza rizika sebepoškození (v rámci vnímání sebe sama), resp. diagnózy z oblasti řízení zdraví, násilí vůči sobě a péče o vlastní zdraví.

U druhého pacienta byla nejproblémovější oblastí oblast rolí a vztahů, v níž se podařilo identifikovat tři diagnózy poškozené sociální interakce, neefektivní plnění rolí a riziko násilí vůči jiným.

U třetího pacienta i nadále přetrvává problém ohrožení zdravotního stavu náhlou příhodou břišní vzhledem k odmítnutí operačního zákroku. U tohoto pacienta se pro nepochopení nedaří dlouhodobá spolupráce. V oblasti rozvoje osobnosti se projevila neefektivní péče o vlastní zdraví a v rámci interpersonálních vztahů nedodržování léčebného režimu.

Ani u jednoho ze zkoumaných pacientů nebyly identifikovány problémy v oblastech výživy, aktivity, vnímání, sexuality, víry či hodnot.

U nemocných s problémem sebepoškození se nadále vyskytují tyto diagnózy: 00053 - sociální izolace, 000119 - chronicky snížená sebeúcta, 00124 - beznaděj, 000121 - narušená osobní identita.

Z oblasti diagnóz potencionálních je to především riziko osamělosti, bezmocnosti a riziko oslabení lidské důstojnosti.

U prvního pacienta došlo ke splnění všech cílů, které jsme si v rámci spolupráce na ošetřovatelském plánu společně stanovili. Pacient plně spolupracoval a projevoval snahu zlepšit svůj současný zdravotní stav. Využíval nejen mé pomoci a zdravotního personálu, ale především se zúčastnil pohovoru s psychologem, který mu pomohl s řešením většiny problémových oblastí.

S druhým pacientem byla spolupráce složitější, neboť si problémy spjaté s automutilací nepřipouští a bezprostředně po operaci opustil naše pracoviště.

Třetí pacient svým sebepoškozením sledoval pouze vlastní cíle.

Dále jsem se ve své práci věnovala alespoň rámcovému vymezení příčin, které vedou k automutilaci u pacientů ve vězeňském prostředí. Za zásadní považuji snahu přerušit monotónní průběh výkonu trestu, snahu o získání pozornosti okolí a dále snahu o alespoň dočasný únik z vězeňského prostředí do prostředí civilního zdravotnického zařízení.

Hlavní cíl práce - zmapovat specifika ošetřovatelské péče u pacientů, kteří mají problém s opakovaným sebepoškozováním ve vězeňském prostředí a následně aplikovat model interpersonálních vztahů, postavený na úspěšném navázání terapeutických vztahů – byl splněn. Chtěla jsem nastínit ošetřovatelské diagnózy, které souvisí s tímto problémem. Jako vhodný nástroj se pro práci s těmito pacienty jasně ukazuje cílevědomý a klidný přístup ošetřovatelského personálu a vhodně zvolená vzájemná komunikace. Cílů vedlejších bylo rovněž dosaženo, příčiny které vedou pacienty ve vězeňských zařízeních k sebepoškozujícímu jednání byly popsány a jsou sumarizovány v příloze práce (Tab. 1). Rovněž zvláštnosti ošetřovatelské péče vztahující se k následkům tohoto jednání ve specifických podmínkách vězeňské nemocnice byly definovány. Aktivní spolupráce pacienta v průběhu

léčby má podstatný vliv na její efektivitu, její vliv na předcházení další případné automutilaci již není tak jednoznačný.

Snažila jsem se proto při zpracování této práce zamyslet i nad ekonomickými dopady sebepoškozování. Oslovila jsem v této věci Ministerstvo zdravotnictví ČR, které však, jak se ukázalo, tuto problematiku nesleduje. Rámcově ji zmiňuje pouze dokument „Reforma péče o duševní zdraví“. Alarmujícím faktem je, že sebepoškozování je v ČR naprosto beztrestné a nevyplývají z něj žádné sankce. Léčba jeho následků je navíc hrazena z veřejného zdravotního pojištění. V rámci této práce jsem požádala o vyjádření i Všeobecnou zdravotní pojišťovnu. Z naší komunikace však vyplývá, že ani tato instituce problém automutilace nesleduje. Informovala jsem proto i Zdravotní výbor Poslanecké sněmovny ČR o současném nevyhovujícím legislativním stavu. Ve snaze upozornit všechny relevantní instituce na tento problém jsem zaslala kopii dopisu i na Ministerstva spravedlnosti a zdravotnictví.

V některých státech EU je totiž problematika ošetřování sebepoškozujících řešena efektivněji a není beztrestnou. Doporučení, jak postupovat při péči o sebepoškozující formuluje také WHO.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala specifiky ošetrovatelské péče při sebepoškození v prostředí vězeňské nemocnice. V první kapitole jsem se věnovala teoretickým východiskům sebepoškození a specifikům ošetrovatelské péče ve vězeňském prostředí. Popsala jsem problém s využitím zahraniční i české odborné literatury.

V praktické části jsem si stanovila cíl popsat pomocí ošetrovatelských kazuistik průběh hospitalizace u pacientů s opakovanými projevy automutilace. Chtěla jsem poukázat na skutečnost, jak obtížné je stanovit ošetrovatelské cíle a zajistit jejich plnění i v případě plné podpory pacientů ze strany ošetrovatelského personálu. Dále hodnotím specifika a nároky ošetrovatelské péče u pacientů v prostředí vězeňské nemocnice. Naděje na významnější zlepšení v oblasti prevence automutilace vězňů je podle mého názoru nízká, jedná se velmi složitý problém, který nemá jednoduché řešení. Můj vlastní názor na danou problematiku je, že tyto pacienty máme tendenci vidět jako ošetrovatelskou zátěž, při péči o somaticky nemocné na chirurgickém oddělení. Velký problém je nemožnost v prostředí vězeňské nemocnice rozlišit účelovost jednání od opravdových problémů pacienta. To vede část všeobecných sester k nezájmu či k vnitřnímu odmítání sebepoškozujících pacientů. Přitom bychom naopak měli pátrat po příčinách sebepoškození. Zde však nalézám největší problém, a sice nemožnost nalézt společné ošetrovatelské cíle mezi zdravotníky a pacienty. Musím konstatovat, že moderní ošetrovatelství není připraveno na tyto problémy a ty se pro něj stávají výzvou.

Hlavním tématem mé práce je sumarizace zvláštností ošetrovatelské péče při sebepoškození pacientů ve vězeňském prostředí, za svůj přínos považuji doporučení pro ošetrovatelskou praxi. Za vedlejší efekt lze označit seznámení zákonodárného orgánu ČR s nevyhovujícím stavem legislativy v této problematice. Vytvoření národního standardu považuji za účelné, neboť by zvýšilo jak odbornou zdatnost ošetrovatelských pracovníků, tak jejich postavení v praxi a v neposlední řadě by umožnilo efektivnější přístup dotčených institucí k problematice automutilace a její prevence.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knižní zdroje

- ABRAMOVA, A.A., A.G. EFREMOV, S.N. ENIKILOPOV a S.O. KUZNETSOVA. *Clinical Psychology and Special Education: Autoaggressive Non-Suicidal Behavior as the Way of Coping with Negative Emotions*. In: Psy.Journals.ru. Moscow: Moscow State University of Psychology and Education, 2018, s. 21-40. DOI: 10.17759/cpse.2018070202. ISSN 2304-0394.
- AGADZE, Nazim Vachid Ogli. *Autoagresivnye javlenia v klinike psichičeskich bolezni: Psychologia*. Moskva-Rusko-43c, 1989. Autoreferat disertacii. VNII obšč. i sudebnoj psichiatrii im. V.P. Serbskovo.
- ALDERMAN, T. *The Scared Soul: Understanding and Ending Self-inflicted Violence*. In: Krieglová M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada, 2008.
- BECK, Aaron T. a Robert A. STEER. *Internal Consistency of the original and revised back depression inventory*. Journal of Clinical Psychology. USA-UK: Wiley Periodicals, Inc, A Wiley Company, 1984, 40(6), 1365-1367. DOI: 10.1002/1097-4679(1984 11).
- BOŠIAKOVÁ, Lucia. *Psychiatr. praxis: Causes of self -mutilation of psychiatric patients in the conditions of imprisonment*. Olomouc: Solen medical education, 2013, s. 66-68 [cit. 2020-04-19]. ISBN 1213-0508. ISSN 1803-5272.
- BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3557-3.
- BUŽGOVÁ, Radka, Eva JANÍKOVÁ, Darja JAROŠOVÁ, et al. *Ošetrovatelství I: historie - vzdělávání - současné ošetrovatelství - role sestry a nemocného - ošetrovatelský proces - konceptuální modely a teorie - klasifikační systémy - výzkum - praxe založená na důkazech*. Praha: Grada Publishing, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3557-3.
- CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0062-8.
- CLONINGER, C.R., D.M. SVRAKIC a T.R. PRZYBEK. *A psychobiological model of temperament and character*. Archives of General Psychiatry. 1993, (50), P.975-90. DOI: 10.1001/archpsyc.1993.01820240059008.
- CLONINGER, Robert C. *The temperament and character inventory (TCI): A guide its development and use*. Washington University, 1994. ISBN 978-0-964291-1-3.
- ČERNÍKOVÁ, Vratislava. *Speciální ochrana, terciální prevence, její možnosti a limity*. Plzeň: Aleš Čeňek, 2008. ISBN 979-80-7380_138_0.
- DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch: dotisk 2., 2018*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada, 2015. Psyché. ISBN 978-80-247-4826-9.
- FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelství - teorie*. Martin, Slovensko: Osveta, 2006. ISBN 80_8063_182_4.
- FAVAZZY, A.R. a K. CONTERIO. *Femal habitual self-mutilation*. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1989, (vol.79), pp. 283-289. DOI: 10.1111/j1600-00447.1989.tb10259.x.

- FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2781-3.
- GRAMBAL, Aleš, Ján PRAŠKO a Petra KASALOVÁ. *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5796-4.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *NANDA Intl., Inc. Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace*. Praha: Grada, 2010. ISBN isbn978-80-247-5412-3.
- CHALOUPKOVÁ, Adéla. *Charakteristika vězňených osob v České republice*. Pardubice, 2019 [cit. 2019-11-08]. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta ekonomicko-správní.
- CHISTOPOLSKAJA, K., S. ENIKOPOLOV a L. MAGRUDMOVA. *Medical and socio-psychological approaches to suicidal behavior*. Suicidology. Tjumen: psychiatr.ru (Rospečat'), 2013, 2013(4), s.26. DOI: (616:89-008.441)-058. ISSN 22 24-1264.
- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetřovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247_4412
- JANKŮ, Lucie. *Pohled vychovatelů na program zacházení v penitenciárním prostředí*. Zlín, 2015. Kvalifikační práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
- KENNING, Cassandra, Jayne COOPER, Vicky SCHORT, Jenny SHAW a Caroyne CHEW-GRAHAM. *Prison staff women prisoners views on self-harm, their implications for service delivery and development: A qualitative study*. [online www.wileylinelibrary.com].
- KOCOURKOVÁ, Jana a Jiří KOUTEK. *Intoxikace medikamenty-suicidální nebo sebepoškozující jednání*. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: GALÉN, 2013, 81-83. ISSN 1212-6383.
- KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-732-9.
- KRIEGLOVÁ, Marie. *Sebepoškozující chování - koncepční a terminologická nejednotnost*. Brno: Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity, 2007. ISBN 987-80-210-4983-1. ISSN 1211-3522.
- KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80_247_2333_4.
- LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454
- LYUBOV, E.B. a V.E. TSUPRUN. *Suicidal behaviour and schizofrenia promising preventative and curative biopsychosocial interventions*. Suicidology. Tjumen: psychiatr.ru (Rospečat'), 2013, 2013(4), s.3. DOI: 616.89-007.441.44. ISSN 22 24-1264.
- MALÁ, Eva. *Dítě a stres*. Praha: Tygris, 2007. ISBN 13:978-80-90 3750-1-7.
- MALÁ, Eva. *Sebepoškozování jako závažný symptom a nebezpečný společenský jev*. *Praktický Lékař*. 2009, 2009(9), 494-498. ISSN 1805-4544.
- MARZANO, Liza, Joanna R. ADLER a Karen CICLITIRA. *Responding to repetitive, non-suicidal self harm in an English male prison: Staff experien-*

ces, reactions and concern. The British Psychological Society: Department of Psychology, Middlesex University, London, UK. London: Legal and Criminological Psychology, 2013, 26.6.2013, 2013(20), 241-254 [cit. 2020-04-20]. DOI: 10.1111/lcpr.1.2025.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1443-4.

MOORE, P., H.P. LANDHOT, E. SEIFRITZ, C. CLARK, T. BATHI, J. KELSOE, M. RAPPAPORT a J. GILLIN. *Clinical and psychological consequences of rapid tryptophan depletion: Neuropsychopharmacology*. 2000. ISBN 10.1016/50893-133 x (00)161-5

PATTISON, E.M. a J. KAHAN. The deliberate self-harm syndrom. *Journal of Psychiatry*. 2005, 140(7), 867-872.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovateľství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3.

PEPLAU, Hildegard. *Interpersonal relations in nursing*. New York: Springer, 2004. ISBN 13:9780 8261 79111.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovateľství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

PLATZNEROVÁ, Andrea. *Sebepoškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-606-9

POPE, Laura, 2018. *Self-harm by adult men in prison: A rapid evidence assessment (REA)*. Ministry of Justice Analytical Series [online] [cit. 2019-11-22]. ISBN 978-1-84099-801-6.

PRAŠKO, Ján, Aleš GRAMBAL, Miloš ŠLEPECKÝ a Jana VYSKOČILOVÁ. *Obsedantně-kompulzivní porucha*. Praha: Grada Publishing, 2019. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0495-6.

ROZSÍVALOVÁ, Eva, Alexandra TREFILOVÁ a Ivo PACLT. *Česká a slovenská psychiatrie: Sebepoškozování u dospívajících*. 2010. Praha: GALÉN, 2010, s. 239-244. I. ISSN 1212-6383.

RUDD, M.D. *An Integrative, Comprehensive, and Practical Approach to Conceptualization*. Journal of Contemporary Psychotherapy. 2004, 34, 59-72. DOI: 10.1023/B:JOCP.0000010913.66296.21.

RUŽENKOV, Viktor Aleksandrovič a Viktoria Viktoriovna RUŽENKOVA. *Nekatorie aspekty terminologii i klasifikacii autoagresivnovo povedenia*. Belgorod - Rusko: Moskva, 2014. ISSN 2224-1264.

SMITH, Hayden C., Jenele POWER, Amelia M. USHER, Alicia STREN a Karen SLADE. CBMH-CRIMINAL BEHAVIOUR AND MENTAL HEALTH: *Working with prisoners who self-harm: a qualitative study on stress, denial of weakness and encouraging resilience in a sample of correctional staff*. In: Criminal behaviour and mental health. 2019, s. 404-502. DOI: 10.1002/cmb.2103.

SOCHŮREK, Jan. *Kapitoly z penologie*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2007. ISBN 978-80-7372-205-0.

SYSOEV, Alexandr Michailovič. *Psychologie autoagresivního jednání odsouzených a jeho prevence*. Ryazan, 2002. Referát. Akademie práva Rjazaňské univerzity Ruské federace.

SUTTON, J. *Healing the Hurt Within: Understand to Self-Injury and Self-Harm and Heal the Emotional Wounds*. 2. Oxford: How to Books, 2005.

WALKER, Tammi, Jenny SHAW, Lea HAMILTON, Clive TURPIN, Catherine REID a Kathryn ABEL. *THE JOURNAL OF FORENSIC PSYCHIATRY AND PSYCHOLOGY: Coping with the job: prison staff responding to self-harm in three English female prisons: a qualitative study*. 28. Taylor Francis Group, 2017, **2017**(6), 811-824 [cit. 2020-04-20]. ISSN 14789957.

ZAPF, D. *Emotional work and psychological wellbeing: A review of the considerations, literature and some conceptuals*. *Resources Management Review*. 2002, 12(2), 237-268. DOI: 101016/S1053-484822(02)00048-7.

Sine

IV. *Vserossiskij sjezd sudebnich medikov zadači i puti soversenstvovania sudebno medicinskoj nauki i ekspertnoj praktiki v sovermenych usloviach (Moskva, 21-24 oktabrja 2013): Vjestnik sudebnoj mediciny, N 4, Tom, 2013*. 2013. Novosibirsk: "STT" stt@sttonline.com, 2013.

CBMH: *Criminal behaviour and menthal health*. Wiley Online Library, 2010, svazek 20(6), 408-426. DOI: org/10.1002/cbm.777. ISSN 1471-2857.

MKN-10: *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desátá revize; obsahová aktualizace k 1.1. 2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.

National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Self-Harm: Longer-Term Management: NICE Clinical Guidelines, No.133*. 2012. 2012. ISBN 13:978-1-908020-41-3.

Ob opredelenych složnostach klasifikacij samooprovoždenych iskustvenych boleznej, členovreditelstva v svete primerenia k dejatelnosti ugovovno-ispolnitelnoj systemy: Roosiskaja pravovaja akademija Ministerstva justicii Rossiskoj federacii. Sankt -Peterburg, 2011, (5). ISSN udk 614.2,C602. ed. V.V. Solomontcev.

Generální ředitelství vězeňské služby ČR. *Ošetrovatelský standard č. 31/2009, vydaný ředitelem odboru zdravotnické služby GŘ VS ČR v Praze. Zvláštnosti komunikace s obviněným a odsouzeným pacientem*. Praha: GŘ VS ČR; 2009.

Generální ředitelství vězeňské služby ČR. *Metodický list ředitele odboru zdravotnické služby v Praze č. 15/2015 o koncepci ošetrovatelství a zajišťování kvality ošetrovatelské péče ve VS ČR*. Praha: GŘ VS ČR; 2015.

Prikaz ministerstva justicii RF ot 28.12.2017 N285: Ob utverždenii porjadka organizacii okazania medicinskoj pomošči licam, zaključonym pod stražu ili otbyvajuščim nakazanie v vide lišnenia svobody. In: Moskva, Rusko: garant servis, 2017, ročník 2017, N 285.

Rentgenové snímky: dokumentace. VV-Pankrác, 2019.

Internetové zdroje

ASPI, *elektronický systém Wolters Kluvert, a.s.* [www:http://aspi.cz]. [cit. 2019-11-04].

KASAL, Alexandr, Laura BECHYŇOVÁ, Šárka STAŇKOVÁ, Hana MELICHAROVÁ a Petr WINKLER. *Národní akční plán 2020-2030: Situační analýza prevence sebevražd*. nuzd.cz./files/pdf/situation-analysis-of-suicide-prevention-in-the-czech-republic-december-2019-fin-2.pdf. 2019 [cit. 2020-04-21].

NICE - *National institute for Health and Care Excelence* [online]. England: www.nice.org.uk/guidance/ng105,2015, 2018 [cit. 2019-12-31]. ISBN 978-80-247-4826-9.

Reforma péče o duševní zdraví. *Mzcv.cz* [online [www. reformapsychiatrie.cz](http://www.reformapsychiatrie.cz)]. Praha, 2019, 2019 [cit. 2020-01-05].

RETHINK MENTAL ILLNESS [online]. [cit. 2020-03-03].

Suicide in prisons: NICE fights fires. www.thelancet.com. UK: Elsevier, 2018, 391. ISSN 29536842.

www.psychiatriapolska.pl

www.who.int/mental health/suicid prevention/SDGs/en. [cit. 2020-04-21].

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Statistika hlášených sebepoškození

Tab. 2 Přehled hlášených sebepoškození vězňů při hospitalizaci VV Pankrác:

Rok	20-30	30-40	40-50	50-60	Celkem
2006	14	17	17	0	48
2007	17	23	24	5	69
2008	32	23	10	1	66
2009	14	23	10	3	50
2010	8	12	1	2	23
2011	4	3	0	1	8
2012	1	4	1	0	6
2013	2	4	5	1	12
2014	6	0	0	1	7
2015	1	4	2	1	8
2016	3	2	0	0	5
2017					Nehlášeno
2018	3	1			4
2019	4				4
2020 (do 29.2.)	3	2	1		6
CELKEM					316

Zdroj: VV Pankrác

Příloha B – Anonymní dotazníky – záznamy polostrukturovaných rozhovorů

Pacient č.1

Nedirektivní rozhovor s pacientem byl veden ve vězeňské cele. Inspirací dotazů byla práce MUDr. Dubenkové (Dubenková 2007 in Platznerová, 2009, s. 145-152). Pacient s rozhovorem souhlasil.

Otázka: Můžete mi prosím sdělit svůj věk? P: *Je mi 40 let, heterosexuální muž.*

Jaké máte vzdělání? P: *Základní, nedoučil jsem se.*

Byl jste někdy v průběhu svého života v ambulanci psychiatra? P: *Ano vždy ve výkonu trestu.*

Byla vám stanovena některá z následujících diagnóz nebo si myslíte, že daný problém máte nebo jste měl v minulosti, pokud ano, tak mi to prosím sdělte? P: *Mám problém se zvládáním agresivity, kolísáním nálad. Ted' nemám chuť žít.*

Stalo se, že jste se v minulosti sebepoškozoval jakýmkoli myslitelným i nemyslitelným způsobem? P: *Ano.*

Jakým způsobem? P: *Sebetrávení, pořezání horních končetin a krku, polykání různých předmětů.*

Jaký důvod vás k tomu vedl? P: *Zbavím se problémů, zapomenu na své problémy. Chci, aby si mne někdo všímal.*

Jak dlouho trvá účinek, o který vám jde? P: *Po dobu hospitalizace s výkyvy.*

Kdy jste se poprvé sebepoškodil? P: *Tak to už nevím, ale na svobodě to nebylo až ve výkonu (trestu).*

Jak často se sebepoškozujete? P: *Tak jednou do měsíce.*

Kolikrát jste se za život sebepoškodil? P: *10x-100x (nabízená možnost)*

Spáchal jste někdy pokus o sebevraždu? P: *Byla to demonstračka nemyslel jsem to vážně.*

Ptal se vás psycholog nebo psychiatr, zda jste se sebepoškozoval? P: *Ano vždy.*

Měl jste pocit, že vás chápe a snaží se vám pomoci? P: *Někdy ano, někdy ne.*

Ptal se vás psycholog na sebevražedné myšlenky? P: *Ano vždy.*

Máte-li něco na srdci co se nevešlo do dotazníku, pak mi to prosím sdělte. P: *Nemá to cenu bude mi 60 až vylezu a co potom. Myslel jsem, že dokážu žít jinak, ale pak jsem začal s alkoholem. Psychicky na tom nejsem dobře dostal jsem nášup za el paso. Děkuji vám za spolupráci, čas a snahu.*

Pacient č. 2

Rozhovor s pacientem, otázky byly sestaveny dle MUDr. Dubenkové (Dubenková 2007 in Platznerová, 2009, s. 145-152). Pacient s rozhovorem souhlasil.

Otázka: Můžete mi prosím sdělit svůj věk? P: *Je mi 41 let.*

Jaké máte vzdělání? P: *Základní*

Byl jste někdy v průběhu svého života v ambulanci psychiatra? P: *Ano vždy ve výkonu trestu.*

Byla vám stanovena některá z následujících diagnóz nebo si myslíte, že daný problém máte nebo jste měl v minulosti, pokud ano, tak mi to prosím sdělte? P: *Nemám žádné problémy.*

Stalo se, že jste se v minulosti sebepoškozoval kýmkoli myslitelným i nemyslitelným způsobem? P: *Ano.*

Jakým způsobem? P: *Držím hladovku a polykám.*

Jaký důvod vás k tomu vedl? P: *Chci změnu nebo když se s někým nepohodnu a potřebuju odjet.*

Jak dlouho trvá účinek, o který vám jde? P: *Moc dlouho ne, nevím.*

Kdy jste se poprvé sebepoškodil? P: *Ve věznici asi v roce 2007.*

Jak často se sbepoškozujete? P: *Často.*

Kolikrát jste se za život sebepoškodil? P: *10x-100x (nabízená možnost)*

Spáchal jste někdy pokus o sebevraždu? P: *Nikdy*

Ptal se vás psycholog nebo psychiatr, zda jste se sebepoškozoval? P: *Ano.*

Měl jste pocit, že vás chápe a snaží se vám pomoci? P: *Ne*

Ptal se vás psycholog na sebevražedné myšlenky? P: *Ano vždy.*

Máte-li něco na srdci co se nevešlo do dotazníku, pak mi to prosím sdělte. P: *Nemám.*

Děkuji vám za spolupráci, čas a snahu.

Pacient byl propuštěn, důvod polykání cizích předmětů není zřejmý, vyhrožuje polykáním cíleně pokud nebude splněn jeho požadavek. Při odchodu z nemocnice sděluje informaci, že se zase brzo vrátí.

Pacient č. 3

Nedirektivní rozhovor s pacientem, byl veden ve vězeňské cele. Inspirací dotazů byla práce MUDr. Dubenkové (Dubenková 2007 in Platznerová, 2009, s. 145-152). Pacient s rozhovorem souhlasil.

Otázka: Můžete mi prosím sdělit svůj věk? P: *Je mi 46 let.*

Jaké máte vzdělání? P: *7 tříd pomocné školy.*

Byl jste někdy v průběhu svého života v ambulanci psychiatra? P: *Ano byl jsem již v dětství hospitalizován v psychiatrické léčebně.*

Byla vám stanovena některá z následujících diagnóz nebo si myslíte, že daný problém máte nebo jste měl v minulosti, pokud ano, tak mi to prosím sdělte? P: *Říkali mi, že mám problémy, ale já o žádných nevím.*

Stalo se, že jste se v minulosti sebepoškozoval jakýmkoli myslitelným i nemyslitelným způsobem? P: *Ano.*

Jakým způsobem? P: *Hlavně polykám.*

Jaký důvod vás k tomu vedl? P: *Třeba, když mám problém v kriminále.*

Jak dlouho trvá účinek, o který vám jde? P: *Vůbec nevím na co se ptáte.*

Kdy jste se poprvé sebepoškodil? P: *To nedokážu říct.*

Jak často se sebepoškozujete? P: *Různě.*

Kolikrát jste se za život sebepoškodil? P: *10x-100x (nabízená možnost)*

Spáchal jste někdy pokus o sebevraždu? P: *To ne.*

Ptal se vás psycholog nebo psychiatr, zda jste se sebepoškozoval? P: *Ano vždy.*

Měl jste pocit, že vás chápe a snaží se vám pomoci? P: *Nikdo mi nepomůže.*

Ptal se vás psycholog na sebevražedné myšlenky? P: *Ano, vždy.*

Máte-li něco na srdci co se nevešlo do dotazníku, pak mi to prosím sdělte. P: *Chtěl sem bejt u mámy, ale asi mne nemá ráda. Ted' zase sedím. Myslel jsem, že mne převevou do civilu.*

Děkuji vám za spolupráci, čas a snahu.

Příloha C – Dokumentace sebepoškození – rentgenové snímky

Obrázek 1 Dokumentace sebepoškození - polknutí cizího tělesa (pacient č. 1)



Zdroj: VV Pankrác

Obrázek 2 Dokumentace sebepoškození polknutí cizího tělesa (pacient č. 2)



Zdroj: VV Pankrác