

## ORIGINAL ARTICLE

### ODHAD SUICIDIÁLNEHO RIZIKA SESTRAMI

Estimates of the suicidal risk by nurses

Andrea Čerňanová<sup>1</sup>, Miroslav Sabo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UN Ružinov, Lekárska fakulta SZU, Psychiatrická klinika, Bratislava, Slovensko

<sup>2</sup>Stavebná fakulta STU, katedra matematiky a deskriptívnej geometrie, Bratislava, Slovensko

#### Summary

Based on an analysis of questionnaires, the authors evaluate opinions of nurses concerning prejudices associated with suicides and search for risk factors considered by nurses in the prediction of the suicidal risk and attitudes and provisions proposed by the nurses in these cases. The research group included 165 respondents. The results demonstrated that the respondents were not able to correctly identify myths associated with suicides and that nurses having still short practice less frequently agreed with the prejudices, the difference being not statistically significant. The opinions of nurses were not affected by the level of their education achieved. Suicidal behaviour in anamnesis and social risk factors, particularly the financial crisis, were considered by respondents as the most important risk predictors of the suicide preferentially to clinical risk factors. The measure of the suicide risk was determined by nurses independently of the length of their practice and level of their education achieved. Most respondents would provide the risk person with the transfer and psychiatric examination, but nearly half the total number of respondents would be rather impatient and not quite correct towards the patient. The responses indicated that the nurses tend to avoid more consequent interactions with risk persons. The change in suitable anti-suicidal provisions is affected neither by the length of the practice nor by the level of the education achieved by the nurses. Improvement of information of nurses in the field of the suicide prevention is conclusively recommended.

**Key words:** suicidal risk – myths concerning suicides – risk estimate by nurses – provisions proposed by nurses

#### Súhrn

Autori analýzou dotazníkov hodnotia názory sestier na predstupy voči samovraždám, zisťujú, ktoré rizikové faktory si sestry pri predikcii suicidiálneho rizika všímajú, a hodnotia postoje a opatrenia, ktoré sestry v takýchto prípadoch navrhujú. Prieskumu sa zúčastnilo 165 respondentiek. Výsledky ukázali, že respondentky nevedeli správne identifikovať mýty o suicídiah, pričom sestry s kratšou praxou nesignifikantne menej často súhlasili s predstupkami. Na názory sestier nevplyvala výška dosiahnutého vzdelania. Respondenti za najviac rizikový prediktor suicidia považovali suicidiálne konanie v anamnéze, sociálne rizikové faktory – najmä finančnú krízu, uprednostnili pred klinickými rizikovými faktormi. Mieru rizika spáchania suicidia určovali sestry nezávisle od dĺžky praxe a výšky dosiahnutého vzdelania. Väčšina respondentiek by zabezpečila rizikovej osobe transport a psychiatrické vyšetrenie, necelá polovica respondentiek by však pri tomto postupovala netrpezivo a nie celkom korektnie voči pacientovi. Z odpovedí vyplynulo, že sa sestry vyhýbajú dôslednejšej interakcie s rizikovou osobou. Na

výber vhodných antisuicidiálnych prístupov nevplýval ani dĺžka praxe, ani výška dosiahnutého vzdelania sestier. Zo záverov vyplýva, že je potrebné zlepšiť informovanosť sestier v oblasti prevencie suicídií.

**Kľúčové slová:** suicidiálne riziko – mýty o suicídiách – odhad rizika sestrami – opatrenia navrhované sestrami

## ÚVOD

Samovražda patrí medzi desať najčastejších príčin smrti. V celosvetovom meradle je tradične najvyššia samovraženosť v Európe; Slovensko je v rámci európskych krajín približne v polovici rebríčka (Ginter a kol., 2005). Národné centrum zdravotníckych informácií (2010) zaznamenalo v roku 2009 v Slovenskej republike 609 prípadov samovrážd, v tom bolo 534 samovrážd mužov a 75 samovrážd žien, a 795 samovražedných pokusov, v tom 463 u mužov a 332 u žien.

Sestra pri svojej práci často prichádza do kontaktu s pacientmi nachádzajúcimi sa v určitej „životnej kríze“, ktorá môže vyústíť v samovražedné myšlienky. Tieto sa pri vnímavom prístupe k pacientovi, ktorý nie je ovplyvnený predsudkami, dajú rozpoznať a väčšinou i zastaviť, pokiaľ na ne primerane reagujeme. Mas (2006) zhŕňa najčastejšie mylné predstavy verejnosti o samovraždach ako napr. „Samovražde sa nedá predísť, Kto sa chce zabíť, nehovorí o tom, Samovrah si praje zomrieť, Kto o samovražde nehovorí, nič si neurobí“, väčšinou opisujúce suicidiálne osoby ako „zbabelcov, alebo naopak odvážnych, impulzívnych a nevysielajúcich žiadne varovné signály“. Hodnotenie suicidiálneho rizika by malo byť založené na zaevidovaní a posúdení všetkých indikátorov súvisiacich s konkrétnym prípadom, zohľadniť treba demografické rizikové faktory (vek, sociálna izolácia), sociálne rizikové faktory (stratové udalosti – straty partnera, zamestnania, zdravia, majetku), rizikové telesné ochorenia (AIDS, plúcne choroby, vredová choroba, cukrovka, reumatoidná artritída, nádorové ochorenia atď.), rizikové psychické poruchy (depresia, psychózy, ľažké úzkostné poruchy) a rizikové faktory z anamnézy pacienta (sebapoškodzovanie a samovražedný pokus v anamnéze) (Praško, 2007).

Beer a kol. (2005), Dobiáš (2006) a Bertolete (2007) zhŕňajú zásady prístupu k suicidiálnej osobe nasledovne: Poskytnúť emočnú podporu, prediskutovať suicidiálne pocity, spraviť dohodu, že nespácha samovraždu skôr ako bude vyšetrený odborníkom, nenechať ho osamote, prostriedky na spáchanie samovraždy uložiť mimo dosahu, vždy pacienta informovať o plánovaných krokoch či vyšetreniach, získať súhlas od suicidiálnej osoby k tomu, aby sme to oznámili rodine a získali ich podporu pre plánované opatrenia. Rozhovor o samovražde má byť otvorený, vhodné je používať navádzajúce otázky („ste smutný, máte pocit, že nikomu na vás nezáleží, že nestojí zato žiť, že nemáte iné riešenie situácie?“) i priame otázky („máte pripravený plán na spáchanie samovraždy, kedy to plánujete urobiť, máte dostupné prostriedky na realizáciu samovraždy – tabletky, zbraň, ...“).

## Ciele práce:

1. Zistiť názory sestier na niektoré predsudky (mýty) o samovraždách.
2. Zistiť, ktoré prediktory suicídií považujú sestry za najviac rizikové.
3. Ohodnotiť vhodnosť prístupu sestier k suicidiálnej osobe.
4. Zistiť, či názory sestier sú ovplyvnené dĺžkou ich praxe a stupňom dosiahnutého vzdelania.

## METÓDA

Ako východiskovú metódu pre získanie relevantných údajov o skúmanej problematike sme použili metódu dotazníka. Reliabilita dotazníka nebola testovaná, pri jeho tvorbe sme okrem skúseností z klinickej praxe vychádzali aj z podobného výskumu – Čaplovej a Žuchu (2005), ktorí sledovali, ako medici odhadujú riziko suicidiálneho konania. Štruktúru a otázky v dotazníku sme vzhľadom na

iný charakter súboru modifikovali. Dotazník sme rozdelili do troch častí. Prvá časť dotazníka sledovala identifikáciu mýtov o samovraždách sestrami, druhá časť dotazníka predikciu suicidiálneho rizika sestrami a tretia časť vhodnosť ich prístupu k suicidiálnej osobe. Dotazník bol anonymný a vyplňovali ho sestry, ktoré sa zúčastňovali rôznych vzdelávacích aktivít – špecializačné kurzy, postgraduálne kurzy, manažérské atď., vždy pred prednáškou z psychiatrie.

V rámci štatistického spracovania sme použili metódy popisnej štatistiky (percentuálne podiely, stĺpcové diagramy, histogramy) a neparametrické testy (Kruskal-Wallisov test, Mann-Whitneyho test, chí kvadrát test). Dáta sme vyhodnotili v štatistickom programe R Development Core Team (2011). Vo všetkých tabuľkách uvedené číselné hodnoty predstavujú relatívne početnosti, resp. percentuálne podiely odpovedí.

## SÚBOR

Výskumný súbor tvorilo 165 sestier (respondentiek z interných oddelení bolo 91, z JIS 58, vedúce sestry 16). Do súboru zámerne neboli zaradené sestry pracujúce na psychiatrii. Respondentky pochádzali z rôznych krajov Slovenska a aj z Českej republiky, najviac zastúpený bol Bratislavský, Trnavský a Nitriansky kraj, nasledovali Košický, Trenčiansky, Žilinský, Prešovský, Bansko-Bystrický kraj a Česká republika. V súbore prevažovali ženy (n = 150), mužov bolo 15.

Najviac zastúpenou bola veková kategória 30–35ročných sestier. Respondentky mali rôznu dĺžku praxe, najčastejšie mali 10–15ročnú prax. Sestry mali rôzny stupeň dosiahnutého vzdelania, najväčšia skupina mala ukončenú maturitu. Pracovali ako sestry pri lôžku – na akútnej oddeleniach (JIS), somatických oddeleniach (kardiológia, neurológia, interné, kožné, onkológia, ...) na chronických oddeleniach (geriatria, LDCH, ...), na centrálnom príjme, na ambulanciach a v domovoch sociálnych služieb. 16 z nich pracovalo v pozícii vedúcej sestry.

## VÝSLEDKY

### *Identifikácia mýtov o samovraždách*

Vzhľadom nato, že všetky sestry zo súboru v maturitnom ročníku zdravotníckej školy absolvovali predmet psychiatria a vo svojej ošetrovateľskej praxi sa stretávajú aj s pacientmi so samovražednými myšlienkami, sme predpokladali, že budú viedieť správne identifikovať mýty o samovraždách. Sestry sa ku každej z troch vybraných položiek v dotazníku (pričom každá položka predstavovala mytus) písomne vyjadrovali možnosťami súhlásím/nesúhlasm. Všetky odpovedenázory sestier sú zhrnuté v tabuľke 1. Mýty správne identifikovala len malá časť súboru. Po celkovom zhodnotení, na základe chíkvadrát testu ( $p<0,01$ ) zisťujeme, že sestry súhlasia s predsudkami o suicidiálnych osobách.

**Tabuľka 1** Názory sestier (n = 165) na suicidiálne osoby

Predsudok	Nesúhlásím	Súhlásím
človek, ktorý chce ukončiť svoj život, to neprizná	26,7	73,3
človek, ktorý sa vyhŕáža samovraždou, to nakoniec nespráví	41,8	58,2
otázka, či osoba neuvažuje nad samovraždou, ju môže k tomu podnietiť	43	57

Respondentov sme rozdelili do skupín podľa dĺžky praxe a sledovali sme, či väčšia ošetrovateľská prax bude ovplyvňovať ich názory na predsudky. Ich odpovede sú zaznamenané v tabuľke 2. Na základe testu významnosti Kendallovho korelačného koeficientu nemô-

žeme zamietnuť hypotézu, že správne identifikovanie mýtov nezávisí od dĺžky praxe ( $p < 0,01$ ). Sestry s kratšou praxou o niečo viac nesúhlasili s vybranými predsudkami (ale nie signifikantne).

**Tabuľka 2** Názory respondentiek s dlhšou praxou ( $n = 80$ ) na suicidiálne osoby

Predsudok	Nesúhlasím	Súhlasím
človek, ktorý chce ukončiť svoj život, to neprizná	20	80
človek, ktorý sa vyhŕáža samovraždou, to nakoniec nespraví	35	65
otázka, či osoba neuvažuje nad samovraždou, ju môže k tomu podnietiť	41,2	58,8

Ďalej sme súbor rozdelili podľa vzdelania respondentiek a všímali sme si, ako výška ich vzdelania ovplyvňuje ich úsudok. Odpovede sú zaznamenané v tabuľke 3. Na základe

Mann-Whitneyho testu ( $p = 0,78$ ) zisťujeme, že výška vzdelania sestier štatisticky významne neovplyvňuje ich mylné názory na suicidiálne osoby.

**Tabuľka 3** Názory respondentiek s vyšším vzdelaním ( $n = 62$ ) na suicidiálne osoby

Predsudok	Nesúhlasím	Súhlasím
človek, ktorý chce ukončiť svoj život, to neprizná	27,4	72,6
človek, ktorý sa vyhŕáža samovraždou, to nakoniec nespraví	37,1	62,9
otázka, či osoba neuvažuje nad samovraždou, ju môže k tomu podnietiť	41,9	58,1

#### *Predikcia suicidiálneho rizika*

Vnímanie a rozpoznávanie signálov blížiaceho sa samovraždeného konania u pacienta s psychickým alebo somatickým ochorením je súčasťou ošetrovateľskej praxe. Sestra je v úzkom kontakte so širokým spektrom pacientov a má preto primárnu pozíciu pri posudzovaní suicidiálneho rizika. V druhej časti

dotazníka sme zisťovali, ktoré z vyjadrení suicidiálnych osôb (vyjadrenia a–v) podľa Hautzingera (2000) sestry považujú za najviac rizikové. Respondenti mali určiť mieru rizika – vyznačiť, či vyjadrenie predstavuje nízke, stredné alebo vysoké riziko suicídia. Odpovede uvádzame v tab. 4.

**Tabuľka 4** Odpovede sestier vyjadrujúce mieru rizika spáchania suicídia

Výjadrenia	miera rizika spáchania samovraždy		
	Nízke	Stredné	Vysoké
a) Nemám sa s kým porozprávať o mojich problémoch	12,7	43,6	43,6
b) Nechutí mi jesť a veľa som schudol	53,9	35,2	10,9
c) Prepustili ma z práce a obávam sa, že neužívím rodinu	6,7	21,2	72,1
d) Zohnal som si tabletky, aby som ukončil svoj život	11,5	37	51,5
e) Už dlho mám problémy so spánkom	54,5	39,4	6,1
f) Som rozvedený a nestretávam sa s príbuznými, trápi ma to	25,5	50,9	23,6
g) Mám pocit beznádeje, bezperspektívnosti	7,3	35,2	57,6
h) Nedokážem už ani plakať	23,6	51,5	24,8
ch) Nedávno som ovdovel a neviem, čo bude so mnou ďalej	20,6	55,8	23,6
i) Nedokážem sa z ničoho tešiť	28,5	57	14,5
j) Mám veľké finančné problémy a neviem, ako splatím dlhy	5,5	28,5	66,1
k) Som vinný, lebo som spôsobil problémy stovkám ľudí	13,9	32,7	53,3
l) Užívam antidepresíva a stále sa cítim zle	9,1	46,1	44,8
m) V minulosti som sa už raz pokúsil o samovraždu	5,5	18,8	75,8
n) Som smutný a stále pläčem	21,2	62,4	16,4
o) Stále rozmýšľam o samovražde	7,3	29,1	63,6
p) Tie bolesti už trvajú príliš dlho a sú neznesiteľné	6,7	38,8	54,5
r) Už dlho nemám žiadne záujmy	34,5	58,8	6,7
s) Obávam sa, že už nemám do budúcnosti žiadnu perspektívnu	20	57,6	22,4
t) Problémy riešim alkoholom a tabletkami	15,8	43	41,2
u) Ak sa do zajtra nič nezmení, skočím z okna	17	34,5	48,5
v) Už neriešim situáciu, pre ktorú som sa pokúsil o samovraždu	24,2	50,9	24,8

Jednotlivé položky sme rozdelili do štyroch skupín rizikových faktorov:

1. klinické rizikové faktory samovraždy: položka b, e, g, h, i, k, l, n, r, s;
2. sociálne rizikové faktory samovraždy: položka a, c, f, ch, j;
3. spomínajúce priamo samovraždu: položka d, m, o, u, v;
4. ostatné: položka n, p, t.

Ako vidno z tabuľky 4, najvyššie riziko suicídia respondenti odhadovali pri vyjadreniach: „v minulosti som sa už raz pokúsil

o samovraždu“, „prepustili ma z práce a obávam sa, že neužívím rodinu“ a „mám veľké finančné problémy a neviem ako splatím dlhy“. Predpokladali sme, že respondenti za najviac rizikové budú považovať vyjadrenia suicidiálnych osôb, v ktorých sa priamo spomína samovražda. Na základe neparametrického znamienkového testu ( $p<0,001$ ) sme zamietli hypotézu, že respondenti považovali vyjadrenia, kde sa spomína samovražda, a vyjadrenia, kde sa nespomína, za rovnako rizikové. Za najsilnejší prediktor spomínajúci

priamo samovraždu považovali sestry prítomnosť suicidiálnych pokusov v anamnéze (položka m).

Predpokladali sme, že respondenti s dlhšou praxou si budú všímať iné prediktory suicídia ako respondenti s kratšou praxou. Pri každej položke sme vypočítali p-hodnoty Mann-Whitneyho testu, ktoré ukázali, že v určovaní miery rizika respondentmi s rôznou praxou nie sú štatisticky významné rozdiely, okrem dvoch položiek: položka b) nechutí mi jesť a veľa som schudol (p hodnota 0,027) a položka o) stále rozmyšľam o samovražde (p hodnota 0,011). Podobne vyšlo aj sledovanie vplyvu vzdelania na odpovede. Podľa p-hodnôt Mann-Whitneyho testu výška dosiahnutého vzdelania, okrem dvoch prípadov: vyjadrenie

a) nemám sa s kým porozprávať o mojich problémoch – p hodnota 0,026 a vyjadrenie m) v minulosti som sa už raz pokúsil o samovraždu – p hodnota 0,005), neovplyvňuje určovanie miery rizika.

#### *Prístup k suicidiálnej osobe*

V dotazníku sme uviedli prístupy/opatrenia (položky a–k) a sestry mali pri každom opatrení určiť, či je správne alebo nesprávne. Správne odpovede sú položky d, h, ch, i, j, k, nesprávne odpovede sú položky a, b, c, e, f, g. Odpovede sestier uvádzame v tab. 5. Najviac správnych odpovedí sa dosiahlo v položke k, i, v ktorých by respondenti pri vysokorizikových stavoch zabezpečili (i proti vôli pacienta) jeho prevoz do nemocnice.

**Tabuľka 5** Odpovede sestier, vyjadrujúce vhodnosť prístupu k suicidiálnej osobe

Prístup	Nesprávny	Správny
a) Sľubujem zachovanie mlčanlivosti	57	43
b) Poviem, že všetko bude v poriadku	59,4	40,6
c) Snažím sa zliahčiť situáciu	63	37
d) Pýtam sa na plán samovraždy	58,2	41,8
e) Nekladiem veľa otázok, ktoré sa týkajú samovraždy	33,3	66,7
f) Poskytnem aj klamlivé uistenie	60	40
g) Nenútím pacienta hovoriť o samovražedných myšlienkach, ak nechce	17,6	82,4
h) Urobím s pacientom dohodu, že sa nepokúsi o samovraždu, kým nebude vyšetrený odborníkom	23	77
ch) Ak je riziko spáchania samovraždy malé, môžem osobu nechať osamote	78,2	21,8
i) Ak vysoko rizikový pacient odmieta prevoz do nemocnice, volám políciu	14,5	85,5
j) Ak osoba pod vplyvom alkoholu hovorí o samovražde, zaistím prevoz do nemocnice	24,8	75,2
k) Ak riziková osoba mala už v minulosti samovražedný pokus, trvám na prevoze do nemocnice	4,2	95,8

Sledovali sme, či vplýva dĺžka praxe sestier na určovanie vhodného prístupu k suicidiálnej osobe, pričom sme predpokladali, že vhodný prístup k suicidiálnej osobe budú uvádzáť hlavne respondenti s dlhšou praxou.

Tab. 6 sprehľadňuje odpovede sestier s rôznou praxou. Po celkovom zhodnení na základe Mann-Whitneyho testu záverujeme, že respondenti s dlhšou a kratšou praxou hodnotili rovnako ( $p = 0,64$ ).

**Tabuľka 6** Odpovede sestier s rôznou praxou, vyjadrujúce vhodnosť prístupu k suicidiálnej osobe

Vyjadrenia	Prístup			
	Resp. s kratšou praxou		Resp. s dlhšou praxou	
	Nesprávny	Správny	Nesprávny	Správny
a) Sľubujem zachovanie mlčanlivosti	48,6	51,4	66,2	33,8
b) Poviem, že všetko bude v poriadku	55,7	44,3	60	40
c) Snažím sa zľahčiť situáciu	71,4	28,6	55	45
d) Pýtam sa na plán samovraždy	58,6	41,4	58,8	41,2
e) Nekladiem veľa otázok, ktoré sa týkajú samovraždy	38,6	61,4	25	75
f) Poskytnem aj klamlivé uistenie	67,1	32,9	55	45
g) Nenútím pacienta hovoriť o samovražedných myšlienkach, ak nechce	22,9	77,1	15	85
h) Urobím s pacientom dohodu, že sa nepokúsi o samovraždu, kým nebude vyšetrený odborníkom	28,6	71,4	22,5	77,5
ch) Ak je riziko spáchania samovraždy malé, môžem osobu nechať osamote	75,7	24,3	82,5	17,5
i) Ak vysoko rizikový pacient odmieta prevoz do nemocnice, volám políciu	18,6	81,4	13,8	86,2
j) Ak osoba pod vplyvom alkoholu hovorí o samovražde, zaistím prevoz do nemocnice	22,9	77,1	25	75
k) Ak riziková osoba mala už v minulosti samovražedný pokus, trvám na prevoze do nemocnice	5,7	94,3	1,2	98,8

Ďalší možný faktor, ktorý by mohol ovplyvniť určovanie vhodného prístupu k suicidiálnej osobe, je výška dosiahnutého vzdelania. Predpokladali sme, že správny prístup budú uvádzat hlavne respondenti s vyšším vzdelaním. Tab. 7 sprehľadňuje odpovede sestier

s maturitou a ukončenou VŠ. Mann-Whitneyho testom sme hodnotili celkovú úspešnosť respondenta v odpovedi na všetky otázky a zisťujeme, že v odpovediach sestier s vyšším a nižším vzdelaním nie sú rozdiely ( $p = 0,24$ ).

**Tabuľka 7** Odpovede sestier s rôznym vzdelaním, vyjadrujúce vhodnosť prístupu k suicidiálnej osobe

Vyjadrenia	Prístup			
	Resp. s maturitou		Resp. s ukončenou VŠ	
	Nesprávny	Správny	Nesprávny	Správny
a) Sľubujem zachovanie mlčanlivosti	63,6	36,4	48,4	51,6
b) Poviem, že všetko bude v poriadku	48,5	51,5	75,8	24,2
c) Snažím sa zľahčiť situáciu	58,6	41,4	72,6	27,4
d) Pýtam sa na plán samovraždy	58,6	41,4	56,5	43,5
e) Nekladiem veľa otázok, ktoré sa týkajú samovraždy	30,3	69,7	40,3	59,7
f) Poskytnem aj klamlivé uistenie	55,6	44,4	66,1	33,9
g) Nenútím pacienta hovoriť o samovražedných myšlienkach, ak nechce	18,2	81,8	17,7	82,3
h) Urobím s pacientom dohodu, že sa nepokúsi o samovraždu, kým nebude vyšetrený odborníkom	20,2	79,8	25,8	74,2
ch) Ak je riziko spáchania samovraždy malé, môžem osobu nechať osamote	76,8	23,2	79	21
i) Ak vysoko rizikový pacient odmieta prevoz do nemocnice, volám políciu	15,2	84,8	11,3	88,7
j) Ak osoba pod vplyvom alkoholu hovorí o samovražde, záistím prevoz do nemocnice	23,2	76,8	27,4	72,6
k) Ak riziková osoba mala už v minulosti samovražedný pokus, trvám na prevoze do nemocnice	3	97	6,5	93,5

## DISKUSIA

Duševné poruchy sú nielen verejnosťou, ale i mnohými zdravotníkmi posudzované na základe predsudkov. Potvrdilo to viacerо štúdií, napr. Šupa (2006) skúmal názory na duševne chorých u študentov medicíny, psychológie a zdravotných sestier s orientáciou na psychiatriu a potvrdil, že pre všetky skupiny probandov je spoločná sociálna reprezentácia duševne chorého vyjadrená v dimenzích inakosti, nepredvídateľnosti a možnosti agresívneho správania sa. Tiež tieto skupiny probandov mali osobné skúsenosti z kontaktu

s osobami s psychickými poruchami. Podobné výsledky získali aj Čaplová a kol. (2011), ktorí ďalej zistili, že študenti Filozofickej fakulty v porovnaní so študentmi Lekárskej fakulty častejšie vyjadrili súhlas s predsudkami, ale zase väčší počet z nich by v prípade potreby vyhľadal psychiatra. Ak pristupujeme s predsudkami k suicidiálному pacientovi, je dôležité uvedomiť si dôsledky takejto intervencie. Podľa nášho prieskumu sa sestry najviac stotožňovali s predsudkom, že človek, ktorý chce ukončiť svoj život, to neprizná. Skutočnosť je taká, že deväť z desiatich ľudí, ktorí spáchajú

samovraždu, sa so svojimi myšlienkami niekomu predtým zverí. Svoje úmysly vyjadria verbálne, vyhrážkami, pomocou gest alebo radikálnou zmenou správania. Dôsledkom tejto mylnej predstavy je nevenovanie pozornosti osobám, ktoré sa svojimi samovražednými myšlienkami netajia alebo sa samovraždu vyhŕážajú. Viac ako polovica našich respondentiek súhlasila aj s ďalšími dvomi predsudkami. Dôsledkom názoru, že človek, ktorý sa vyhŕáža samovraždou, to nakoniec nespráví, je nedocenenie samovražedných vyhŕážok, ktoré sú chápane ako vydieranie, manipulácia či chvastanie. Z hľadiska prevencie samovrážd je dôležité vedieť, že hovory o samovražde s ľuďmi v rizikovej skupine môžu zmierniť nebezpečenstvo samovražedného konania. Táto téma v žiadnom prípade nezvádzá k samovražde ani nevnáša do mysle ohrozenej osoby samovražedné myšlienky, čo si viac ako polovica respondentiek myslela. Dôsledkom tejto mylnej predstavy je strach hovoriť na tému samovraždy s osobou, ktorá patrí do rizikovej skupiny. Naopak často priame otázky na samovražedné myšlienky predstavujú jediný spôsob ako identifikovať a analyzovať samovražedné úmysly dotyčnej osoby.

Pri určovaní závažnosti rizikových faktorov suicídia sme zistili, že sociálne rizikové faktory vyjadrujúce finančnú krízu (položky c, j) respondenti uprednostnili pred výrokom, v ktorom je suicidiálna myšlienka priamo vyjadrená (položka o). Celkovo sestry sociálne rizikové faktory považovali za vysoko rizikové. Najnižšie riziko respondenti uvádzali pri položkách, ktoré môžu byť klinické príznaky depresie: insomnia (položka e), hyporexia s hmotnosným úbytkom (položka b) a redukcia záujmov (položka r). Čiže respondenti sociálne rizikové faktory uprednostňovali pred klinickými, vyjadrujúcimi priamo psychopatológiu. Výsledky sme porovnávali so závermi Čaplovej a Žuchu (2005), ktorí sledovali, ako medici odhadujú riziko suicidiálneho konania, a zistili, že študenti podceňujú význam psychosociálnych faktorov ako indikátorov rizika suicidiálneho konania, a tiež zistili odlišnosť odhadov rizika suicidiálneho konania ako aj navrhovaných postupov v závislosti od pohlavia študentov. V našom súbore sme rozdiely

v odpovediach medzi mužmi a ženami neskúmali vzhľadom k malému počtu mužov v súbore ( $n = 15$ ), sledovali sme však rozdiellosť odpovedí vo vzťahu k dĺžke praxe a k stupňu dosiahnutého vzdelenia, kde sme ale významnejšie rozdiely nezistili. Podobne ako v súbore Čaplovej a Žuchu (2005) aj v našom súbore sa zistila vysoká individuálna variabilita odpovedí. Rovnako aj v našom súbore najviac diskutovanou oblasťou boli prediktory suicídia, ktoré predstavovali klinické prejavy depresie (najmä strata schopnosti tešiť sa a strata záujmov), ktoré boli respondentmi spochybňované ako príznak depresie a nepovažované za významné rizikové faktory samovraždy.

Ak sme položky týkajúce sa prístupu k suicidiálnej osobe rozdelili na dve časti: 1. časť – prístupy týkajúce sa zabezpečenia transportu a ďalšej starostlivosti o pacienta a 2. časť – prístupy vyžadujúce komunikáciu so suicidiálnou osobou, tak v prvej časti väčšina sestier zvolila správny prístup (uzavreli by s pacientom antisuicidiálnu dohodu, nenechali by rizikovú osobu osamote a zabezpečili by psychiatrické vyšetrenie). V druhej časti však majú sestry veľké rezervy a sice: 82 % respondentov nepovažovalo exploráciu suicidiálnych myšlienok u uzavretého alebo odmietaváho pacienta za správnu, 41 % sestier by sa pýtaло rizikovej osoby na suicidiálny plán a tiež 33 % by sa vyhýbalo téme o samovražde. Tento záver naznačuje, že respondentky mieru rizika nevedia správne vyhodnotiť – keďže sa podrobnejšiemu vyšetreniu suicidiálnych úmyslov bránia. Zrejme pri týchto situáciách zohráva významnú úlohu opäť vplyv spomínanych predsudkov. Taktiež veľa odpovedí poukázalo na to, že sestry pri komunikácii volia nesprávny prístup: 40 % je ochotných poskytnúť aj klamlivé informácie, 43 % by slúbovalo zachovanie mlčanlivosti, 40,6 % by povedalo suicidiálnej osobe, že všetko bude v poriadku.

## ZÁVER

Predvídanie suicídia a prístup k suicidiálnej osobe si vyžaduje dostatočnú informovanosť o problémach a aj určitú klinickú prax, preto ceľom tohto výskumu bolo hľadanie rezerv

v edukácii a praktických skúsenostiach sestier v oblasti suicidológie. Závery nášho výskumu potvrdili, že sestry (podobne ako respondenti z vyššie citovaných štúdií) vnímajú problematiku duševných porúch, špeciálne suicídii viac ako sociálny problém, nie medicínsky. Z prvej časti výskumu vyplynulo, že sestry nevedia správne identifikovať myty o samovraždách, pričom sestry s kratšou praxou menej často (štatisticky nevýznamne) súhlasili s predstavkami. Na názory sestier nevplývala výška dosiahnutého vzdelania. V druhej časti výskumu sme zistili, že respondenti správne za najviac rizikový prediktor suicídia považujú suicidiálne konanie v anamnéze, ale opäť sociálne rizikové faktory sestry z hľadiska závažnosti uprednostnili pred klinickými rizikovými faktormi. Najnižšie riziko samovraždy sestry uvádzali práve pri položkách, ktoré môžu byť symptómy depresie – z hľadiska samovražednosti najrizikovejšej duševnej poruchy. Mieru rizika spáchania suicídia určovali sestry nezávisle od dĺžky praxe a výšky dosiahnutého vzdelania (s výnimkou dvoch položiek). V tretej časti výskumu sme zhodnotili, že väčšina respondentiek by správne zabezpečila rizikovej osobe transport a psychiatrické vyšetrenie, necelá polovica respondentiek by však pri tomto postupovala nie celkom korektnie, skôr „nátlakovo“ alebo netrpezlivovo voči pacientovi. Najväčšie rezervy mali sestry v komunikácii so suicidiálnym pacientom. Z odpovedí vyplynulo, že sa sestry vyhýbajú dôslednejšej interakcii s rizikovou osobou (pravdepodobne aj pod vplyvom zmienených predstavok). Na výber správnych odpovedí nevplývala ani dĺžka praxe, ani výška dosiahnutého vzdelania sestier.

Vďaka ochote, záujmu a aktívnej spolupráce zúčastnených sestier sme odhalili niektoré nedostatky v oblasti vzdelávania sestier, týkajúce sa duševného zdravia. Vzhľadom k tomu, že duševná porucha – a to najviac práve depresívna porucha – predstavuje najčastejší, ale pritom potencionálne ovplyvniteľný rizikový faktor suicídia, odporúčame pre zdokonalenie ošetrovateľskej praxe v oblasti prevencie samovražd zaraďovať častejšie tieto témy pri plánovaní

seminárov, kurzov a ďalších vzdelávacích aktivít pre sestry.

## LITERATÚRA

- Beer D, Pereira SM, Paton C (2005). Pacient se sebevražednými úmysly. In: Beer D, Pereira SM, Paton C: Intenzívna peče v psychiatrii. Vydanie 1. ISBN 80-247-0363-7, Praha: Grada publishing s. r. o., s. 197–201.
- Bertolete JM (2007). Prevencia samovrážd, príručka pre zdravotníckych pracovníkov v primárnej zdravotnej starostlivosti. Vydavateľstvo F. Trenčín. 25 s. ISBN 978-80-88952-47-3.
- Čaplová T, Žucha I (2005). Ako medici odhadujú riziko suicidiálneho konania. Psychiatria. 12/2–3: 73–77. ISSN 1335-423X.
- Čaplová T, Krajčovičová D, Andrej I. (2011). Názory poslucháčov niektorých vysokých škôl na predstupy voči osobám s psychickými poruchami. Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika. 18/1: 48–51. ISBN 1335-423X.
- Dobiáš V (2006). Urgentná zdravotná starostlosť. Vydavateľstvo Osveta, Martin. 159 s. ISBN 80-8063-214-6.
- Ginter E, Rovný I, Havelková B (2005). Samovraždy na Slovensku a vo svete. Medicínsky monitor, 3, s. 8–10.
- Hautzinger M (2000). Depresia. Vydavateľstvo F. Trenčín. 86 s.
- Mas H (2006). Samovraždy – Rozvoj ďalšieho vzdelávania praktických lekárov a ambulantných psychiatrov v problematike komunitnej starostlivosti o duševne chorých. Feafes 28053 Madrid, s. 20–24.
- Národné centrum zdravotníckych informácií (2010). Samovraždy a samovražedné pokusy v SR 2009. Edícia zdravotnícka štatistika, roč. 2010, Bratislava. 36 s.
- Praško J (2007). Suicidiálni pacient. In: Herman E, Praško J, Seifertová D. Konziliárni psychiatrie. Prvňí vydání. Praha: Galen, s. 213–220. ISBN 978-80-7262-498-0.
- R Development Core Team (2011). A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. [online]. ISBN 3-900051-07-0.
- Šupa J (2006). Sociální prezentace duševne nemocného u budoucích profesionálních pracovníků jako proměnná v léčebném procesu. Čs. a Slov. Psychiatria. 102/6: 299–306. ISSN 1212-0383.

## ✉ Kontakt:

MUDr. Andrea Čerňanová, PhD., UN Ružinov, Lekárska fakulta SZU, Psychiatrická klinika, Ružinovská 6, 826 06 Bratislava, Slovensko, e-mail: cernanova@gmail.com