

Beznádej u pedopsychiatrických pacientov

Ivan Farský*, Anna Zajacová**

* Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva

** Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzitná nemocnica Martin, Psychiatrická klinika

Abstract

FARSKÝ, I. – ZAJACOVÁ, A. Hopelessness in child psychiatric patients. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2016, vol. 6, no. 2, pp. 59-63. Available on: <http://www.oseetrovateľstvo.eu/archiv/2016-rocnik-6/cislo-2/beznadej-u-pedopsychiatrickych-pacientov>.

Aim: The goals of this paper were to identify level of hopelessness in pedopsychiatric patients, to compare differences in the level of hopelessness in a connection with sex, family background, drug abuse and the presence of comorbid disorder. We also determined the relation between hopelessness and age, disease duration and number of hospitalizations.

Methods: The sample consisted of 96 children who suffered from mental disorder and who were hospitalized in the Clinic of Psychiatry JFMED CU and UHM in Martin. There were 44 girls and 52 boys in the sample and average age was 13.5 ± 3.0 years. Children hopelessness scale was used to measure the level of hopelessness. The used scale was not validated Slovak version of original scale. The score can range from 0 to 17 and the higher score means the higher level of hopelessness.

Results: 34 % of hospitalized children showed medium level and 15 % children showed high level of hopelessness. There were non-significant results in hopelessness in a connection with sex, family background, drug abuse and also in a connection with presence of only one or more diagnosed disorders. The results indicated that there is also no relation between hopelessness and age, duration of disorder and number of hospitalizations.

Conclusions: Hopelessness represents a serious nursing problem in pedopsychiatry because it is connected with potential risk behavior such as suicidal tendencies or self-mutilation behavior. In our research there were no correlations between hopelessness and other variables and hopelessness wasn't influenced by duration of affection, age or number of hospitalizations. Independent nursing interventions focused on reduction of hopelessness can be potentially more effective than other interventions focused on deal with nursing diagnoses which are more connected with an affection of patient.

Keywords: hopelessness, children, adolescents, psychiatric nursing

Úvod

Skúmanie beznádeje v detskom veku je dôležité z viacerých dôvodov. Beznádej oslabuje jednotlivca. Beznádej je myšlienkový proces, ktorý zahŕňa pesimistický spôsob hodnotenia budúcnosti a neschopnosť zmeniť to, čo budúcnosť priniesie. V detskom veku je beznádej považovaná za významný rizikový faktor suicidálneho uvažovania a konania (Chylová, 2012; Johnson et al., 2010), pričom beznádej má pri suicidálnom konaní výraznejší vplyv ako samotná miera depresie (Beck et al., 1985). Ako uvádzajú Kocourková a Koutek (2008) beznádej súvisí aj so sebapoškodzovaním sa u detí (rezanie, škrabanie sa, pálenie cigaretami a pod.). Prežívanie beznádeje môže u detí spôsobiť psychické škody a môže meniť prežívané psychické napätie do depresívnej nálady (Weir, Jose, 2008), čo následne negatívne vplyva na osobné, rodinné, školské a sociálne fungovanie (Chapman, Specht, Cellucci, 2005). Beznádej je často pozorovaná u adolescentov s nízkym mierou „self-efficacy“ čiže seba uplatnenia, vedomia vlastnej účinnosti (Luszczynska, Gutiérrez-Doña, Schwarzer, 2005). Ak dospievajúci zažíva opakované sklamanie, má tendenciu nahradiť svoje dlhodobé ciele, ako napr. prospievanie v škole, alebo dobré telesné zdravie krátkodobými ziskami. Počas tejto doby má dospievajúci tendenciu k rizikovému správaniu a konaniu, ako je nechránený pohlavný styk alebo sex s viacerými sexuálnymi partnermi, z čoho získava okamžité potešenie (Kagan et al., 2012).

V ošetrovateľstve predstavuje beznádej ošetrovateľský problém/diagnózu, ktorý je definovaný v NANDA-I ako: „subjektívny stav, v ktorom jednotlivec chápe svoju situáciu ako bezvýhodiskovú (nevidí žiadne možnosti riešenia svojich problémov a/alebo žiadnu možnosť dosiahnuť toho, po čom túži, čo očakáva) a je neschopný mobilizovať svoje sily (NANDA-I, 2014, s. 266). Neschopnosť mobilizovať sily je operacionalizovaná prostredníctvom nasledujúcich charakteristík – pasívne prijímanie starostlivosti, celková pasivita. Vnímanie bezvýhodiskovosti situácie prostredníctvom vyjadrení o tom, že sa veci nezmenia (Gurková, Čáp, Žiaková, 2010).

Cieľ

Cieľom práce bolo zistiť mieru beznádeje u pedopsychiatrických pacientov, identifikovať možné rozdiely v závislosti od pohlavia, úplnosti/neúplnosti rodiny a abúzu drog. Ďalším cieľom bolo zistiť potenciálne súvisiace premenné beznádeje u pedopsychiatrických pacientov.

Súbor a metodika

Pri riešení výskumných cieľov bol realizovaný prierezový ex post facto výskum s použitím kvantitatívnej metodiky. Súbor tvorilo 96 detí hospitalizovaných na Psychiatrickej klinike JLF UK a UNM v Martine, priemerný vek bol $13,5 \pm 3,0$ rokov. V súbore bolo 44 dievčat s priemerným vekom $14,3 \pm 2,5$ rokov a 52 chlapcov s priemerným vekom $12,8 \pm 3,2$ roka. Takmer 68 % detí malo hlavnú diagnózu z okruhu F 90 – F 98 Poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve, ďalej boli zastúpené diagnostické okruhy F 30 – F 39 Afektívne poruchy 13,5 % pacientov, F 10 – F 19 Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím (užívaním) psychoaktívnych látok 9,4 % pacientov, F 20 – F 29 Schizofrénia, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi 6,3 % pacientov, 2 pacienti mali neurotickú poruchu a 1 pacientka mala mentálnu anorexiu. Priemerná dĺžka trvania psychických problémov bola $2,17 \pm 1,73$ roka. Z celkového súboru sa 83 % detí hlásilo k nejakému vierovyznaniu, s prevahou katolíckeho. Zaraďujúce kritéria: hospitalizácia na detskom oddelení psychiatrickej kliniky JLF UK a UNM, vek 6-17 rokov, súhlas pacienta, súhlas zákonného zástupcu, schopnosť pochopiť inštrukcie. Vylučujúce kritéria: stredná a ťažká kognitívna porucha, psychotická porucha a depresívna porucha v akútnom štádiu pre zníženú kritickosť a záťaž u pacienta. Výber respondentov bol zámerný, do výskumu boli zaradení všetci respondenti, ktorí spĺňali kritéria a boli hospitalizovaní na Psychiatrickej klinike JLF UK a UNM v Martine počas realizácie výskumu.

Na meranie beznádeje bola použitá *Children Hopelessness Scale* (Kazdin et al., 1983). Jednalo sa o slovenskú nevalidovanú verziu tejto škály. Škála má 17 položiek, tvrdení, s ktorými respondent vyjadruje súhlas alebo nesúhlas. 9 položiek je formulovaných kladne, 8 záporne. Skóre sa môže pohybovať od 0-17, pričom vyššie skóre vyjadruje vyššiu mieru beznádeje, resp. vyššiu mieru negatívnych očakávaní do budúcnosti. Autori škály uvádzajú, že deti, ktoré skórujú vyššie ako 7 prežívajú vysokú mieru beznádeje a deti so skóre menším ako 4 prežívajú nízku mieru beznádeje, resp. beznádej neprežívajú. Autori pôvodnej škály uvádzajú Cronbach alfa 0,97, v našom súbore bola 0,718, takže škála spĺňa kritéria pre jej použitie. Škála bola doplnená o demografické údaje: vek, pohlavie, vierovyznanie dieťaťa a úplnosť resp. neúplnosť rodiny. Zo zdravotnej dokumentácie boli zisťované nasledovné údaje: hlavná psychiatrická diagnóza, celkový počet psychiatrických hospitalizácií, dĺžka trvania psychických problémov, prítomnosť abúzu drog v anamnéze.

Údaje boli spracované v programe SPSS 14. Boli použité metódy popisnej štatistiky, na meranie rozdielov medzi skupinami bol použitý Studentov T test a na meranie vzťahov medzi premennými boli použité Pearsonove korelácie.

Výskum bol schválený Etickou komisiou UNM.

Výsledky

V našom súbore prevažovali pacienti, ktorí boli na psychiatrickom oddelení hospitalizovaní prvýkrát (56 %), v priemere ich psychické problémy trvali približne dva roky, pochádzajú prevažne z neúplných rodín (55 %). Abúzus alkoholu a drog bol u detí prítomný v menšej miere (32 %) a výrazná väčšina detí nemala okrem primárnej psychiatrickej diagnózy (84 %) iné psychické ťažkosti (tab. 1.).

Tab. 1. Charakteristika súboru

Charakteristika	N = 96	%
Rodina		
Úplná	43	44,79
Neúplná	53	55,21
Abúzus drog		
Áno	31	32,29
Nie	63	67,71
Pridružené diagnózy		
Áno	15	15,63
Nie	81	84,38
Poradie hospitalizácie		
1.	54	56,25
2.	26	27,08
3.	12	12,50
4.	2	2,08
5.	2	2,08

Priemerné skóre beznádeje bolo 4,17, čo je podľa autorov škály (Kazdin et al., 1983) považované za strednú mieru prežívania beznádeje. Na druhej strane len 51 % detí uvádzalo skóre 3 a menšie, čo ich radí do skupiny pacientov s nízkym rizikom prežívania beznádeje. U 34 % pacientov možno konštatovať strednú mieru prežívania beznádeje a takmer 15 % pacientov prežívalo vysokú mieru beznádeje (tab. 2.).

Tab. 2. Miera beznádeje

Charakteristika	CS N = 96	CH N = 52	D N = 44
Priemer	4,17	4,13	4,20
SD	2,98	2,87	3,14
Minimum	0	0	0
Maximum	15	13	15
0-3	49	17	23
4-7	33	20	13
7-17	14	6	8

Legenda: CS – celý súbor; CH – chlapci; D – dievčatá; SD – smerodajná odchýlka; 0-3 – nízke riziko beznádeje; 4-7 – stredná miera beznádeje; 8 a viac – vysoká miera beznádeje

V našej skupine respondentov sme nezistili žiadne významné rozdiely v závislosti od pohlavia, úplnosti/neúplnosti rodiny, abúzu drog, či prítomnosti pridružených psychiatrických diagnóz. Aj keď sa nám nepotvrdil významný rozdiel, zaujímavým zistením bolo, že deti, ktoré neuvádzali žiadne užívanie drog, mali mierne vyššie priemerné skóre beznádeje 4,25 v porovnaní s deťmi, ktoré mali abúzus drog v anamnéze, ktorých priemerné skóre bolo 4,00 (tab. 3.).

Tab. 3. Rozdiely v miere beznádeje

Charakteristika	Priemer ± SD	p
Pohlavie		
Chlapci	4,13 ± 2,87	0,910
Dievčatá	4,20 ± 3,14	
Rodina		
Úplná	3,83 ± 2,67	0,221
Neúplná	4,58 ± 2,96	
Abúzus		
Áno	4,00 ± 2,59	0,675
Nie	4,25 ± 2,98	
Pridružené diagnózy		
Áno	4,20 ± 2,50	0,955
Nie	4,16 ± 2,96	

Legenda: SD – smerodajná odchýlka; p – významnosť rozdielov na hladine $p < 0,05$

Skúmali sme aj vzájomný vzťah miery beznádeje a veku respondentov, počtu celkových psychiatrických hospitalizácií, ako aj celkovej doby trvania psychických problémov. Možno konštatovať, že v našom súbore nebol medzi beznádejou a skúmanými premennými takmer žiadny vzťah (tab. 4.).

Tab. 4. Vzťah beznádeje a vybraných premenných

	Vek	Poradie hosp.	Trvanie problémov	Beznádej
Vek	1			
Poradie hosp.	0,101	1		
Trvanie problémov	0,146	0,594**	1	
Beznádej	-0,083	0,074	0,097	1

Legenda: ** – $p < 0,01$; $r < 0,3$ – nízka tesnosť; $r = 0,3-0,5$ – mierna tesnosť; $r = 0,5-0,7$ – výrazná tesnosť; $r = 0,7-0,9$ – vysoká tesnosť; $r = 0,9 \leq$ – veľmi vysoká tesnosť

Diskusia

Ako sme už uviedli v úvode, prežívanie beznádeje má v detskom veku množstvo potenciálnych negatívnych dôsledkov. Napriek tomu existuje v našich podmienkach len veľmi málo štúdií, ktoré by sa priamo venovali meraniu beznádeje, resp. nádeje v detskom veku. Taktiež sme nenašli žiadnu štúdiu v slovenskom resp. českom jazyku, kde by bola beznádej meraná rovnakou metódou. V našom súbore až 47 detí (49 %) uvádzalo strednú až vysokú mieru prežívanej beznádeje. Jedným z možných vysvetlení je vzťah medzi beznádejou a depresiou, ktorý je dobre popísaný (Goetz, 2005; Váryová, Andreánska, 2007). Avšak afektívnu poruchu malo len 13,5 % respondentov a komorbídnu psychickú poruchu malo približne len 16 % hospitalizovaných detí. Je teda veľmi málo pravdepodobné, žeby depresívna symptomatika nebola počas psychiatrických vyšetrení diagnostikovaná.

Naše výsledky poukazujú na to, že beznádej nie je raritným javom, ktorý sa vyskytuje len u malej skupiny pedopsychiatrických pacientov. Napriek tomu možno predpokladať, že ošetrovateľská diagnóza Beznádej ostáva vo väčšine prípadov nediagnostikovaná a teda neriešená. V našej práci sme sa nezamerali na zisťovanie vzťahu beznádeje a iných psychických premenných. Uvádžame preto ešte výsledky niektorých zahraničných štúdií s použitím rovnakej škály na meranie beznádeje, ktoré poukazujú na to, že deti s vyššou mierou beznádeje majú tendenciu vnímať, že im ich rodiny a rovesníci poskytujú len malú podporu, vyjadrujú svoj hnev otvorenejšie a agresívnejšie a majú aj viac iných negatívnych emócií ako deti s nízkym skóre beznádeje (Kashani et al., 1997). U detí s vysokou beznádejou zistili nižšie kognitívne schopnosti, väčšiu úzkosť, nižšie sebavedomie a vyšší stupeň celkovej psychopatológie (Kashani et al., 1991). V našom výskume sme nezistili rozdiely v miere beznádeje v závislosti od pohlavia, úplnosti/neúplnosti rodiny, abúzu drog, či prítomnosti pridružených psychiatrických diagnóz. Taktiež beznádej nekorelovala s vekom, trvaním psychických problémov či počtom psychiatrických hospitalizácií. Nezávislosť beznádeje od pohlavia pri použití podobnej metodiky, ale na vzorke zdravej populácie zistila aj Madarasová Gecková et al. (2009). Kashani et al. (1989) nezistili rozdiely v miere beznádeje z hľadiska veku detí a adolescentov. Nepotvrdenie skúmaných vzťahov a rozdielov v miere beznádeje môže znamenať, že beznádej nie je symptómom psychickej poruchy, ale predstavuje vo väčšej miere nezávislý ošetrovateľský problém/diagnózu. To nás vedie k úvahe, že nezávislé ošetrovateľské intervencie zamerané na redukciu beznádeje môžu byť viac účinné ako nezávislé intervencie zamerané na riešenie ošetrovateľských diagnóz, ktoré sú vo väčšej miere samotným symptómom ochorenia (napr. ošetrovateľská diagnóza Akútna bolesť). Žiaková et al. (2006, s. 277) uvádza, že medzi najvýznamnejšie intervencie pre ovplyvnenie beznádeje možno zaradiť nasledovné intervencie: povzbudzovať vzťahy s blízkymi ľuďmi, ktoré môžu prispieť k terapii; pomáhať pacientovi nachádzať životné princípy a hodnoty; pomôcť pacientovi nájsť a zrevidovať ciele súvisiace s nádejou; pomáhať pacientovi/rodine nachádzať nádej v živote; rozšíriť pacientove schopnosti zvládať záťaž; vyvarovať sa maskovaniu pravdy/neklamať; aktívne zapojiť pacienta do starostlivosti; plánovať starostlivosť tak aby postupovala od jednoduchších ku komplexnejším cieľom; umožniť pacientovi praktizovať denné rituály; učiť ho rozpoznať reálne možnosti v danej situácii a stanoviť primerané ciele; informovať pacienta aj keď je aktuálny stav prechodný; zabezpečiť súkromie pacienta/rodiny. Tieto intervencie musia byť prirodzene v súlade s terapeutickým plánom, ktorý zahŕňa psychofarmakoterapiu, event. kombináciu s psychoterapiou. V našich podmienkach absentujú intervenčné štúdie hodnotiace efektívnosť zásahov na podporu nádeje a preto je potrebné dôkladne koordinovať ošetrovateľské, psychofarmakoterapeutické a psychoterapeutické intervencie.

Záver

Najzávažnejším zistením našej práce je, že beznádej sa vyskytovala takmer u polovice pedopsychiatrických pacientov. Beznádej predstavuje v pedopsychiatrii závažný ošetrovateľský problém, pretože je spojená s rizikovým správaním ako napr. suicidálne tendencie, sebapoškodzovanie sa detských pacientov. V súvislosti s tým apelujeme na dôslednejšie diagnostikovanie tohto problému, hľadanie vhodných posudzovacích nástrojov, ako aj hľadanie efektívnych stratégií a ošetrovateľských intervencií. Beznádej v našom výskume nekorelovala so skúmanými premennými (trvanie ochorenia, počet hospitalizácií, trvanie ochorenia) a taktiež sme nezistili rozdiely v miere beznádeje medzi jednotlivými podskupinami. Z tohto hľadiska môžu byť nezávislé ošetrovateľské intervencie zamerané na redukciu beznádeje potenciálne viac účinné ako v prípade iných ošetrovateľských diagnóz, ktoré sú viac spojené so samotným ochorením pacienta.

Zoznam bibliografických odkazov

- ABRAMSON, L. Y. – METALSKY, G. – ALLOY, L. 1988. The hopelessness theory of depression. Does the research test the theory? In ABRAMSON, L. Y. *Social Cognition and Clinical Psychology. A Synthesis*. New York: Guilford Press, 1988, pp. 33-65.
- BECK, A. T. et al. 1985. Hopelessness & eventual suicide: A 10 year prospective study of patients hospitalised with suicidal intention. In *American Journal of Psychiatry*, 1985, vol. 142, no. 5, pp. 559-563.
- CHAPMAN, A. L. – SPECHT, M. W. – CELLUCCI, T. 2005. Factors associated with suicide attempts in female inmates: the hegemony of hopelessness. In *Suicide Life Threat Behav*, 2005, vol. 35, no. 5, pp. 558-569.
- CHYLOVÁ, M. 2012. Rizikové faktory suicidálneho správania v období adolescencie. In *Psychiatr. prax*, 2012, roč. 13, č. 1, s. 26-28.
- CUTCLIFFE, J. R. 1997. Towards a definition of hope. In *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 1997, vol. 3, no. 2, pp. 319-332.
- FARRAN, C. J. – HERTH, K. A. – POPOVICH, J. M. 1995. *Hope and Hopelessness: Critical Clinical Constructs*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995.
- GOETZ, M. 2005. Deprese u dětí a adolescentů. In *PEDIATRIE PRO PRAXI* [online], 2005, roč. 2005, č. 5, s. 271-227. [cit. 2016-11-03]. Dostupné na internete: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2005/06/03.pdf>.
- GURKOVÁ, E. – ČÁP, J. – ŽIAKOVÁ, K. 2010. Obsahová validizácia beznádeje a jej význam pri konštrukcii nástrojov jej merania. In *Ošetrovateľství a porodní asistence* [online], 2010, roč. 1, č. 3, s. 74-82. [cit. 2016-11-03]. Dostupné na internete: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2010-03/2_gurkova_cap_ziakova.pdf.

- JOHNSON, J. et al. 2010. Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). In *Behav Res Ther*, 2010, vol. 48, no. 3, pp. 179-186.
- KAGAN, S. et al. 2012. Hopelessness and sexual risk behavior among adolescent African American males in a low- income urban community. In *Am J Mens Health*, 2012, vol. 6, no. 5, pp. 395-399.
- KASHANI, J. H. et al. 1989. Levels of hopelessness in children and adolescents: A developmental perspective. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, vol. 57, no. 4, pp. 496-499.
- KASHANI, J. H. et al. 1991. Correlates of hopelessness in psychiatrically hospitalized children. In *Compr Psychiatry*, 1991, vol. 32, no. 4, pp. 330-337.
- KASHANI, J. H. et al. 1997. Hopelessness in inpatient youths: a closer look at behavior, emotional expression, and social support. In *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997, vol. 36, no.11, pp. 1625-1631.
- KAZDIN, A. E. et al. 1983. Hopelessness, depression, and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983, vol. 51, no. 4, pp. 504-510.
- KOCOURKOVÁ, J. – KOUTEK, J. 2008. Sebepoškozování v adolescenci – narůstající problém? In *Československa Psychologie*, 2008, vol. 52, no. 6, pp. 609-614.
- LUSZCZYNSKA, A. – GUTIÉRREZ-DOÑA, B. – SCHWARZER, R. 2005. General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. In *International Journal of Psychology*, 2005, vol. 40, no. 2, pp. 80-89.
- MADARASOVÁ GECKOVÁ, A. et al. 2008. Beznádej ako faktor zdravia u dospievajúcich. In SELKO, D. *Psychológia zdravia v praxi*. Bratislava: MAURO Slovakia s.r.o., 2008.
- NANDA International, Inc. 2014. *Nursing diagnoses: definitions & classification 2015-2017*. West Susse: John Wiley & Sons, 2014.
- VÁRYOVÁ, B. – ANDREÁNSKA, V. 2007. Vývinové poruchy. In Heretik, A. et al. *Klinická psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof, 2007, s. 439-474.
- WEIR, K. F. – JOSE, P. E. 2008. A comparison of the response styles theory and the hopelessness theory of depression in preadolescents. In *J Early Adolesc*, 2008, vol. 28, no. 3, pp. 356-374.
- ŽIAKOVÁ, K. et al. 2006. Nádej – posúdenie diagnostických znakov, intervencií a ukazovateľov výsledku v ošetrovateľskej starostlivosti. In Dušová, B. et al. *Trendy v ošetrovateľstve IV*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006, s. 273-279.

Kontakt

Mgr. Ivan Farský, PhD.

Ústav ošetrovateľstva JLF UK
Malá Hora 5
036 01 Martin
Slovenská republika
E-mail: farsky@jfmed.uniba.sk

Prijaté: 3. 11. 2016

Akceptované: 21. 11. 2016