

ÚMYSLNÉ SEBEPOŠKOZOVÁNÍ DĚTÍ V ČESKÉ REPUBLICE – HOSPITALIZOVANÉ DĚTI (v datech ÚZIS z období let 2000–10)

Deliberate self-infliction in children in the Czech Republic: hospitalized children (in ÚZIS data from period 2000–10)

Dominika Průchová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav zdravotně sociální práce

Summary

Over recent years, children and adolescents solving their problems by aggression to themselves (self-inflicting injuries and suicides) are increasing in number. There are considerably diverse definitions in this field, but most of them respect several basic components.

The target of the project was to analyze data concerning self-inflicting injuries in children under 18 years of age, who were hospitalized due to these events, to class the data acquired based on relevant criteria and to statistically evaluate relationships between variables. The method employed was secondary analysis of data from the Register of Hospitalized Patients of ÚZIS (Institute of Health Information and Statistics).

We accumulated data from the whole Czech Republic, from the period of 2000-2010. In the Register of Hospitalized Patients of ÚZIS, total of 7223 cases of deliberate self-inflicting injuries were recorded over this period. Our data included children who were hospitalized. No data from outpatient departments were available. Total of 4829 (67%) of girls and 2394 (33%) of boys were hospitalized over this period. In girls, these events most frequently occur between 10 and 14 years of age, and in boys, there is a significant risk age between 15 and 18 years of in terms of the statistical evaluation. The most frequently chosen way of self-infliction was poisoning with medicines (73.6%) or with alcohol (11.7%). There are statistically significant relationships between the gender and age at the time of the self-infliction, gender and site of the self-infliction, gender and period of year, gender and duration of hospitalization, way of the self-infliction and site, duration of hospitalization, repeated hospitalization, and age.

In the self-infliction prevention, the main sources of the support are the family, friends and school. Advisory institutions should be active in the field of the prevention, particularly in education of children and in helping, medical and social services.

Key words: *deliberate self-infliction in children – adolescence – hospitalization – way of self-inflicting – risk factors – auto-aggression*

Souhrn

V posledních letech přibývá dětí a dospívajících, kteří řeší své problémy tím, že jsou sami k sobě agresivní (sebepoškozování a sebevraždy). Definice jsou v této oblasti značně rozmanité, ale většina respektuje několik základních komponent.

Cílem projektu bylo analyzovat data týkající se úmyslného sebepoškozování dětí do 18 let, které byly z tohoto důvodu hospitalizované, získaná data rozřídít dle kritérií a statisticky zhodnotit vztah proměnných. Metodou byla sekundární analýza dat z Registru hospitalizovaných ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky).

Submitted: 2012-04-05 • Accepted: 2012-11-13 • Published online: 2012-12-31

PREVENČNÍ ÚRAZŮ, OTRAV A NÁSILÍ: 8/2: 150–159 • ISSN 1801-0261 (Print) • ISSN 1804-7858 (Online)

Obdrželi jsme data z let 2000–10 z celé České republiky, celkem bylo v Registru hospitalizovaných ÚZIS za toto období zaznamenáno 7 223 případů úmyslného sebepoškození dětí. Do našich dat se dostaly děti, které byly hospitalizovány. Data z ambulantních zařízení jsme k dispozici neměli. Dívěk bylo za toto období hospitalizováno 4 829 (67 %) a chlapců 2 394 (33 %). U dívek dochází nejčastěji k tomuto činu mezi 10–14 rokem věku a dále z hlediska statistického zhodnocení je pro chlapce významný – rizikový věk mezi 15.–18. rokem života. Nejčastěji voleným způsobem sebepoškození bylo v 73,6 % sebeotrávení léčivou a sebeotrávení alkoholem v 11,7 %. Statisticky významný je vztah tedy mezi pohlavím a věkem, kdy se úmyslně sebepoškozují, pohlavím a místem sebepoškození, pohlavím a ročním obdobím, pohlavím a délkou hospitalizace, způsobem sebepoškození a místem, délkou hospitalizace, opakovanou hospitalizací, věkem.

Hlavními zdroji podpory v prevenci sebepoškození jsou rodina, přátelé a škola. V preventivní oblasti by měly působit poradny, a to zejména ve vzdělávání dětí v orientaci ve službách pomoci, zdravotních a sociálních.

Klíčová slova: *úmyslné sebepoškození dětí – adolescence – hospitalizace – způsob sebepoškození – rizikové faktory – autoagrese*

ÚVOD

V posledních letech přibývá depresivních a úzkostných dětí a dospívajících, kteří řeší své problémy tím, že jsou sami k sobě agresivní (sebeпоškození a sebevraždy). Definice jsou v této oblasti značně rozmanité, ale většina respektuje několik základních komponent: jedná se o chování, které jedinec vykoná sám sobě, toto chování je záměrné a cílené, fyzicky násilné, ale není suicidální (Kriegelová, 2008, p. 17). Anglický termín, který se užívá v definicích v odborné literatuře, je „Deliberate self-harm“ a označuje záměrné poškození vlastních tělesných tkání bez zjevného záměru ukončit život a bez záměru sexuálního nebo dekorativního (Sutton, 2005). Základním rozdílem je fakt, že dítě, které se opravdu pokusí o sebevraždu, chce svůj život ukončit, zatímco dítě, které se záměrně sebeпоškodí, se snaží cítit lépe (Kriegelová, 2008, p. 21).

Koutek a Kocourková (2003), kteří se zabývají definicí sebeпоškozujícího chování dětí v České republice, člení problematiku na pět základních termínů: automutilace, sebeпоškození, syndrom záměrného sebeпоškození, syndrom pořezávaného zápěstí, předávkování léky (Koutek, Kocourková, 2003). Metody sebeпоškození se dělí do dvou základních skupin: sebeotrávení a sebezraňování. Sebeпоškození se velmi často opakuje (Kriegelová, 2008).

Sebeпоškození se objevuje zejména u dívek (3× častěji než u chlapců), ale ani chlapci nejsou výjimkou. Autoři z Irska uvádějí ve výsledcích svého výzkumu genderové rozdílnosti v oblasti faktorů, které působí na dospívajícího a jejichž následkem může být akt sebeпоškození:

Rizikové faktory pro obě pohlaví: užívání drog, zkušenost se sebeпоškozením u přátel z okolí.

Rizikové faktory pro dívky: nízká sebeúcta, sexuální zneužívání (vynucená sexuální aktivita), zkušenost se sebeпоškozením u členů rodiny, spory s rodiči, problémy v přátelství.

Rizikové faktory pro chlapce: zkušenost se šikanou, problémy ve škole, impulzivita, dlouhotrvající úzkost. Poznatky z této studie jsou velmi důležité a potřebné pro cílenou prevenci, zlepšení kvality životního stylu a včasnou identifikaci rizikového chování (McMahon et al., 2010).

Existuje velké množství sebeпоsuozovacích dotazníků a škál, ovšem výpovědi jsou závislé na motivaci jedince, upřímnosti, momentálním psychickým i fyzickým stavu, otevřenosti a schopnosti odpovědět na otázku (Kriegelová, 2008). Některé zahraniční studie uvádějí využití dotazníku OSI „Ottawa Self Injury Inventory“ nebo NSSI „Non-Suicidal Self-Injury“ (Bureau et al., 2010; Crosba et al., 2010).

Cílem projektu bylo analyzovat data týkající se úmyslného sebeпоškození dětí, které byly z tohoto důvodu hospitalizované, získaná data roztřídit dle kritérií a statisticky zhodnotit vztah proměnných.

CHARAKTERISTIKA SOUBORU A METODIKA

Výzkumu násilí na dětech jsme věnovali pozornost zejména v oblasti sebeпоškození dětí a ve spolupráci s Ústavem zdravotnických informací a statis-

tiky (dále jen ÚZIS) a Ministerstvem zdravotnictví ČR. Tyto spolupracující subjekty poskytly data potřebná k sekundární analýze, data dostupná bez nutnosti informovaného souhlasu. Obdrželi jsme data z let 2000–10 z celé České republiky, celkem bylo v Registru hospitalizovaných ÚZIS za toto období zaznamenáno 7 223 **případů úmyslného sebe-poškození dětí**. Do našich dat se dostaly děti, které byly hospitalizovány. Data z ambulantních zařízení jsme k dispozici neměli.

Kategorie dat: pohlaví, věk, diagnóza dle MKN-10 (X60-X84), místo spáchání, motiv, způsob, měsíc spáchání, délka hospitalizace, kraj bydliště, požití alkoholu, drog nebo léků před činem. Data byla zavedena do speciální výzkumné databáze a statisticky vyhodnocena a dále konzultována s participujícími subjekty a se statistikem.

Metoda výzkumu

- sekundární analýza dat – kvantitativní výzkum

Předmět výzkumu

- úmyslné sebe-poškození dětí (neukončené sebe-poškození)

Objekt výzkumu

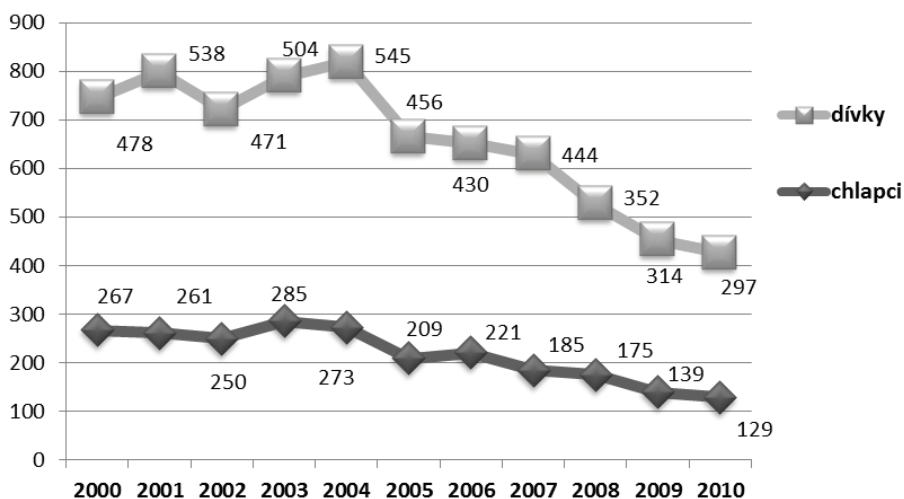
- děti ve věku do 18 let

Metodika statistického zpracování dat

Pro zpracování byl použit statistický program SPSS 15. V prvním kroku statistického zpracování dat se posuzoval vztah faktorů pomocí kontingenčních tabulek, které jsou základem pro testování závislosti. Byl použit chí-kvadrát test o vzájemné nezávislosti v kontingenční tabulce. Tabulka s menším obsazením políček byla testovaná Fisherovým testem, který patří k přesným testům nezávislosti. Byla zvolena hladina významnosti 1%, tedy vysoká významnost. Tomu odpovídají p hodnoty menší než 0,01. To znamená, že – je-li p hodnota menší než 0,01 – hypotézu o nezávislosti zamítáme, neboť závislost je vysoce významná. Pro specifikaci, u kterých kategorií nastal vysoce významný rozdíl, byla použita adjustovaná standardní rezidua, která se porovnávala s kvantily standardizovaného normálního rozdělení pro zvolenou hladinu významnosti. Pro 1% hladinu je to 99% kvantil, a to je 2,58 (v případě 5% hladiny by se jednalo o 95% kvantil, a to je 1,96). Tam, kde se závislost prokázala, se dále hledaly kategorie s významným rozdílem.

VÝSLEDKY

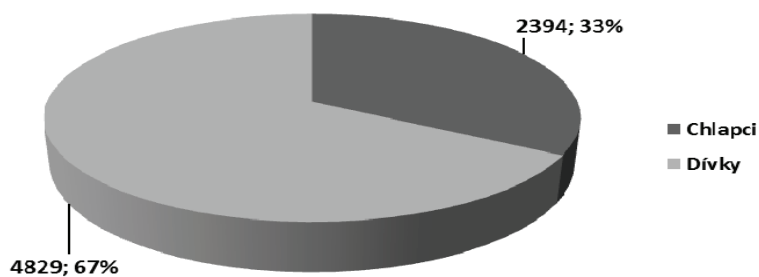
Zaznamenáno bylo celkem 7 223 případů sebe-poškození dětí v Registru hospitalizovaných Ústavu zdravotnických a informačních systémů za období let 2000–10. Data byla zavedena do speciální výzkumné databáze a statisticky vyhodnocena.



Zdroj: ÚZIS ČR

Graf 1 Trend vývoje počtů úmyslného sebe-poškození v jednotlivých letech dle pohlaví (v absolutních číslech)

Graf 1 znázorňuje počty sebe-poškození pro obě pohlaví podle toho, zda se jednalo o chlapce či dívku v jednotlivých sledovaných letech.



Zdroj: ÚZIS ČR

Graf 2 Úmyslné sebepoškození dětí dle pohlaví (N = 7223)

V grafu 2 je znázorněno rozložení sebepoškození dětí podle pohlaví, data jsou od roku 2000 do roku 2010. Dívky tvoří převážnou většinu případů

úmyslného sebepoškození dětí, tj. 67 %, chlapci jsou zastoupeni ve 33 % případů ve věku 0–18 let.

Tabulka 1 Rozdělení podle věku a pohlaví – statistické zhodnocení (N = 6850)

Pohlaví		Věkové skupiny		n
		10–14	15–18	
	<i>chlapci</i>	583	1 598	2 181
	<i>dívky</i>	1 434	3 235	4 669
Celkem		2 017	4 833	6 850
	<i>chlapci</i>	ns	p<0,01	
	<i>dívky</i>	p<0,01	ns	

Pozn.: ns – nevýznamné na 5% hladině významnosti

Zdroj: ÚZIS ČR

Vysoce statisticky významná je závislost mezi pohlavím a věkem, kdy se děti úmyslně sebepoškodí (tab. 2). U dívek dochází nejčastěji k tomuto činu mezi 10.–14. rokem věku a dále z hlediska statistického

zhodnocení je pro chlapce významný rizikový věk mezi 15.–18. rokem života. Pro statistické zhodnocení byl použit Fisherův přesný test.

Tabulka 2 Způsob úmyslného sebepoškození dětí (N = 7223)

ZPŮSOB spáchání sebepoškození	n	%
sebeotrávení léčiv	5 314	73,6
sebeotrávení alkoholem	848	11,7
sebeotrávení – plyny, chemikálie	455	6,3
sebepoškození oběšením	38	0,5
sebepoškození výstřelem, výbuchem	41	0,6
sebepoškození ostrým nebo tupým předmětem	225	3,1
sebepoškození skokem	152	2,1
sebepoškození jinými prostředky	150	2,1
Celkem	7 223	100

Zdroj: ÚZIS ČR

Tabulka 2 uvádí způsob spáchání sebepoškození v absolutních číslech a v procentech. Příloha č. 1 uvádí podrobný seznam diagnóz dle platné Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), jejich přesné počty a naznačuje jejich sloučení. V tabulce 2 jsou diagnózy pro lepší přehlednost a snadnější zpracování dat sloučeny. Nejčastěji voleným způsobem

sebeškození bylo v 73,6 % sebeotrávení léčiv a sebeotrávení alkoholem v 11,7 %. Ostatní způsoby sebeškození byly zastoupeny v menší míře.

Úmyslné sebeotrávení léky – nejčastěji užívanými léky byla sedativa, hypnotika, analgetika, antipsychotika a psychotropní léky (viz příl. č. 1).

Tabulka 3a Místo spáchání úmyslného sebeškození dětí (N = 7223)

MÍSTO spáchání sebeškození	Pohlaví			
	chlapci		dívky	
	n	%	n	%
domov, jiná obytná instituce	1 544	64,5	3 814	78,9
škola, sportovní a veřejné prostory	161	6,7	236	4,9
ulice a silnice	179	7,5	163	3,4
jiné určené a neurčené místo	510	21,3	616	12,8
Celkem	2 394	100	4 829	100

Zdroj: ÚZIS ČR

V nadpoloviční většině případů byl místem spáchání sebeškození domov nebo jiná obytná instituce, a to u 64,5 % (1 544) chlapců a 78,9 % (3 814)

dívek, celkem tedy u 5 358 dětí. Jiné určené a neurčené místo nebylo blíže specifikováno, celkem bylo takto označeno 1 126 případů (tab. 3a).

Tabulka 3b Místo spáchání sebeškození dle pohlaví – statistické zhodnocení

Pohlaví	Místo spáchání sebeškození			
	Domov, jiná obytná instituce	Škola, sportovní a veřejné prostory	Ulice a silnice	Jiné místo
chlapci	ns	p<0,01	p<0,01	p<0,01
dívky	p<0,01	ns	ns	ns

Pozn.: ns – nevýznamné na 5% hladině významnosti

Zdroj: ÚZIS ČR

Vysoce statisticky významná je závislost mezi pohlavím a místem sebeškození (tab. 3b). Dívky volí nejčastěji jako místo sebeškození domov či jinou obytnou instituci. Chlapci se nejčastěji úmyslně sebeškození v ostatních prostorách, jako jsou např. škola, sportovní a veřejné prostory, ulice a silnice a na místech, která nejsou blíže specifikována. Pro statistické zhodnocení byl použit chí-kvadrát test.

Vysoce statisticky významná je závislost mezi pohlavím a ročním obdobím úmyslného sebeškození (tab. 4). Dívky se nejčastěji sebeškození v období zimy nebo jara. Chlapci páchali sebeškození nejčastěji v období léta a podzimu. Pro statistické zhodnocení byl použit Fisherův přesný test.

Tabulka 4 Sebepoškození podle ročního období a pohlaví – statistické zhodnocení

Roční období	Pohlaví		Celkem
	chlapci	dívky	
jaro	636	1 366	2 002
léto	561	1 060	1 621
podzim	677	1 168	1 845
zima	520	1 235	1 755
Celkem	2 394	4 829	7 223
jaro	ns	p<0,05	
léto	p<0,01	ns	
podzim	p<0,05	ns	
zima	ns	p<0,01	

Pozn.: ns – nevýznamné na 5% hladině významnosti

Zdroj: ÚZIS ČR

Tabulka 5 Délka hospitalizace podle pohlaví – statistické zhodnocení

Pohlaví	Počet dnů hospitalizace					Celkem
	1–2	3–4	5–6	7–9	10 a více	
chlapci	1 583	469	178	85	79	2 394
dívky	2 650	1 218	484	272	205	4 829
Celkem	4 233	1 687	662	357	284	7 223
chlapci	p<0,01	ns	ns	ns	ns	
dívky	ns	p<0,01	p<0,05	p<0,05	ns	

Pozn.: ns – nevýznamné na 5% hladině významnosti

Zdroj: ÚZIS ČR

Analýze dat se také podrobil počet dnů hospitalizace z hlediska pohlaví (tab. 5). Ve 4 233 případech byly děti, které spáchaly úmyslné sebepoškození, hospitalizovány 1–2 dny. Nejméně, tj. 261 dětí, bylo hospitalizováno 10 a více dní.

Vysoce statisticky významná je závislost mezi pohlavím a délkou hospitalizace (tab. 5). Chlapci jsou hospitalizováni nejčastěji 1–2 dny. U dívek převažuje delší doba hospitalizace, nejčastěji jsou dívky hospitalizovány 3–4 dny, ale také 5–9 dní není výjimkou. Pokud hodnotíme délku hospitalizace nad 10 dní, není prokázán mezi pohlavím žádný statisticky významný rozdíl. Pro statistické zhodnocení byl použit chí-kvadrát test.

DISKUSE

Výzkum byl realizován na základě projektu zaměřeného na Prevenci úrazů a násilí u dětí podpořeného Grantovou agenturou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Jedním z dílčích cílů projektu

bylo analyzovat data týkající se úmyslného sebepoškození dětí do 18 let, tato data dále roztrždit a statisticky zhodnotit vztah proměnných.

Metodou výzkumu v oblasti úmyslného sebepoškození dětí byl kvalitativní výzkum – sekundární analýza dat ze zdrojů Národního registru hospitalizovaných ÚZIS. Hodnotili jsme data z desetiletého období, tedy od roku 2000 do roku 2010 z celé České republiky. Do výzkumu vstupují data dětí, které byly na základě diagnózy úmyslného sebepoškození hospitalizovány, v tomto souboru tedy nejsou zahrnuty děti, které byly ošetřeny pouze ambulantně.

Ve výzkumném souboru bylo celkem 7 223 případů hospitalizace z důvodu úmyslného sebepoškození dětí. Hodnotili jsme vztah různých proměnných jako např. pohlaví, věk, diagnóza dle MKN-10 (viz příl. č. 1), způsob, místo, délka hospitalizace, další okolnosti sebepoškození, z nichž nám vyšly některé statisticky významné závislosti.

V grafu 1 jsou graficky znázorněny počty hospitalizovaných dětí v jednotlivých letech podle pohlaví. Můžeme tedy vidět klesající tendenci od roku 2005. Nejvíce případů hospitalizací bylo v letech 2000–04, u dívek byl vrchol v roce 2004 s počtem 545 případů, u chlapců byl vrchol v roce 2003 s počtem 285 případů. Trend poklesu hospitalizací je výraznější u dívek. V roce 2010 je počet hospitalizací nejnižší – dívky 297, chlapci 129 případů.

V druhém grafu je znázorněno rozdělení výzkumného souboru podle pohlaví dětí. Dívky se sebepoškozuji mnohem častěji než chlapci, což je opačné rozložení než u případů sebevražd dětí (více chlapců než dívek) (Průchová, 2011). Dívek bylo za toto období hospitalizováno 4 829 (67 %) a chlapců 2 394 (33 %) (graf 2). Toto rozložení souboru dětí podle pohlaví odpovídá i výsledkům výzkumů ze zahraničí a tuzemským, které uvádějí nejčastěji poměr dívky/chlapci – 3:1. Podstatou rozdílnosti může být to, že muži agresi spíše projevují navenek, zatímco ženy ji potlačují a obracejí proti sobě. Výzkumy uvádějí, že frekvence záměrného sebepoškození je sice vyšší u žen, ale závažnost poškození je větší u mužů (Hawton et al., 2003; Kriegelová, 2008; Bureau et al., 2010; McMahan et al., 2010).

Dále jsme se zaměřili (viz tab. 1) na rozdělení souboru podle věku – jednotlivý věk dětí jsme sloučili do věkových skupin, aby bylo možno statisticky zhodnotit vztah pohlaví a věku dětí, ve kterém se úmyslně sebepoškozuji. V souboru máme děti všech věkových kategorií, ale detailně jsme se zaměřili na věk 10–14 let, tj. 2 017 dětí, a 15–18 let, tj. 4 833 dětí (N = 6850), protože adolescence je obdobím, kdy je výskyt záměrného sebepoškození nejvyšší. Pro statistické zhodnocení byl použit Fisherův přesný test s hodnotou $p < 0,01$. Vysoce statisticky významný je vztah mezi pohlavím a věkem dětí, a to takový, že u dívek dochází nejčastěji k tomuto činu mezi 10.–14. rokem, což lze spojit u dívek s nástupem puberty a s tím spojenou emoční nestabilitou. U chlapců je rizikovým věkem 15–18 let, častěji jsou v tomto věku hospitalizováni z důvodu sebepoškození než dívky stejného věku. Typický začátek u dětí spadá do období adolescence, frekvence se stupňuje směrem k dvaceti letům věku a mizí kolem třicítky. První epizody se objevují již v období mladší adolescence a počátek se stále posouvá směrem k nižší věkové hranici (Sutton, 2005; Benešová, 2008). Také je souvislost mezi věkem a způsobem sebepoškození, kdy ve věkové skupině 10–14 let je nejčastějším způsobem sebeotrávení alkoholem a ve věkové skupině 15–18 let sebeotrávení léky.

Způsob spáchání sebepoškození vyplývá z diagnóz MKN-10 (viz příl. č. 1), pro lepší hodnocení a přehlednost byla data sloučena do osmi způsobů sebepoškození (tab. 2). Nejčastěji voleným způsobem bylo v 73,6 % (5 314 případů) sebeotrávení léčivými (nejčastěji užívané léky – sedativa, hypnotika, analgetika, psychotropní léky) a dále sebeotrávení alkoholem v 11,7 % (848 případů), sebeotrávení plyny a chemikáliemi v 6,3 % (455 případů), další způsoby byly zastoupeny v menší míře. Vztah proměnných, způsobu sebepoškození a pohlaví, byl statisticky testován a tento vztah se potvrdil na hladině $p < 0,01$. Dívky se sebepoškozuji pomocí sebeotrávení léky, u chlapců dominují ostatní způsoby jako např. alkohol, plyny, chemikálie, oběšení a dušení. U poranění ostrým nebo tupým předmětem nebyl mezi dívkami a chlapci nalezen rozdíl. Průvodce WHO definuje záměrné sebepoškození v rámci dětství a adolescence: „U záměrného sebepoškození v dětství a adolescenci je obvykle přítomno záměrné předávkování léky nebo sebeřezání. Příležitostně jsou přítomny další typy sebepoškození jako pokus o oběšení, uškrcení, pálení a vběhnutí pod auto“ (WHO Guide to Mental..., 2004). Metody sebepoškození, tedy způsoby, jsou dle zahraničních studií zastoupeny nerovnoměrně a jsou zde patrné genderové rozdíly. Jako nejčastější metodu uvádějí sebeřezání, sebeotrávení, popálení a opaření a někdy se vyskytuje kombinace několika způsobů (Bywaters, Rolfe, 2002).

Místem, kde se děti nejčastěji sebepoškodily, byl domov nebo jiná obytná instituce, a to u 64,5 % (1 544) chlapců a 78,9 % (3 814) dívek. Dalším místem byla škola, sportovní a veřejné prostory, dále ulice a silnice, jiné určené a neurčené místo (tab. 3a). Pro statistické zhodnocení byl použit chí-kvadrát test s hodnotou $p < 0,01$. Vysoce statisticky významný je vztah mezi pohlavím a místem sebepoškození (tab. 3b). Dívky se nejčastěji sebepoškozuji doma nebo v jiné obytné instituci, u chlapců jsou to ostatní místa.

V tabulce 4 je rozdělen soubor sebepoškození dětí podle ročních období. Nejvíce případů je na jaře – 2 002. Zde nás zajímala souvislost mezi ročním obdobím a pohlavím dětí. Pro statistické zhodnocení byl použit Fisherův přesný test s hodnotou $p < 0,01$. Z testování nám vyšly některé statisticky významné vztahy. Dívky se nejčastěji sebepoškodily v období zimy a jara, zatímco chlapci se sebepoškodili nejčastěji v období léta a podzimu. V domácnosti se nejčastěji sebepoškozuji pomocí sebeotrávení léky.

Vysoce statisticky významný je vztah mezi pohlavím a délkou hospitalizace dětí, což bylo testováno pomocí chí-kvadrát testu s hodnotou $p < 0,01$. Jednotlivé dny byly sloučeny do skupin z důvodu lepšího zpracování výsledků. Nejvíce dětí (4 233) bylo hospitalizováno po dobu 1–2 dní, nejméně dětí (284) po dobu 10 a více dní. Ze statistického zhodnocení vyplývá, že chlapci jsou hospitalizováni po dobu 1–2 dnů, zatímco u dívek převládá delší doba hospitalizace nad 10 dní jsme neprokázali rozdíl mezi pohlavími (tab. 5). Vztah délky hospitalizace a způsob sebepoškození: 1–2 dny – alkohol, 3–4 dny – léky, 5–6 dní – léky, 7–9 dní – skoky, 10 a více – skoky, zbraň – výstřel, výbuch, oběšení a dušení, ostrý a tupý předmět. Opakovaná hospitalizace byla nejčastější u sebeotrávení léky či sebepoškozením skoky. Jednorázová hospitalizace bývá nejčastější u sebeotrávení alkoholem.

Statisticky významný je tedy vztah mezi pohlavím a věkem, kdy se úmyslně sebepoškozuje, pohlavím a místem sebepoškození, pohlavím a ročním obdobím, pohlavím a délkou hospitalizace, místem a způsobem sebepoškození, délkou hospitalizace a způsobem, opakovanou hospitalizací a způsobem, věkem a způsobem (viz výše).

ZÁVĚR

Výsledky výzkumu budou dále využity jako podklad pro další výzkumy. Také budou využity jako podklad pro Ministerstvo zdravotnictví ČR a pracovní skupinu odborníků zabývající se prevencí úrazů a násilí u dětí a jako podklad pro připravované strategické dokumenty.

Výsledky výzkumu budou předány odborníkům a konzultovány další postupy pro doporučení pro praxi. Nejdůležitější je samozřejmě prevence.

Hlavními zdroji podpory v prevenci sebepoškození jsou rodina, přátelé a škola. V preventivní oblasti by měly působit poradny zejména ve vzdělávání dětí v orientaci ve službách pomoci, zdravotních a sociálních (Fortune et al., 2008). Nárůst dostupnosti služeb profesionálů a informačních zdrojů za poslední desetiletí a změny v sociální oblasti mohou snižovat bariéry pro zranitelné mladé lidi k vyhledání pomoci (Rossow, Wichstrom, 2010). Identifikace rizikových faktorů sociálních a environmentálních je nezbytná zejména v oblasti: interakce požadavků běžného života s vnitřními rodinnými pravidly, hodnotami a normami; emocionálního klimatu v rodině; chronicky poškozujícího prostředí; traumatické události; expozice závažnému sebepoškození; a také faktorů vyplývajících z osobnosti jedince (Ystgaard et al., 2009).

Léčba spočívá v psychologické intervenci, farmakologické intervenci, sociální intervenci a hospitalizaci. V zahraničí jsou využívány speciální psychoterapeutické přístupy: kognitivně-behaviorální terapie (KBT) a na trauma zaměřená kognitivně-behaviorální terapie (TF-CBT), dialektická behaviorální terapie (DBT), integrativní kognitivní terapie (ICT), multimodální kognitivně-behaviorální přístup, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

* Článek byl vypracován v rámci projektu GAJU 071/2010/S s názvem „Prevence úrazů a násilí v dětském věku“.

LITERATURA

1. Benešová V (2008). Suicidální jednání dětí a mládeže. Prevence úrazů, otrav a násilí, České Budějovice. 4/2: 123–130.
2. Bureau JF, Martin J, Freynet N, Poirier AA, Lafontaine MF, Cloutier P (2010). Perceived dimension of parenting and non-suicidal self-injury in young adults. *J Youth Adolesc.* 39: 484–494.
3. Bywaters P, Rolfe A (2002). Look Beyond the Scars: Understanding and Responding to self-injury and self-harm. London: NCH, 43 p. ISBN 0900984759.
4. Crosba J, Dinya E, Ferencz E, Páli E, Nagy E, Horváth A, Vados M (2010). A Study of Hungarian Adolescent Outpatients Suffering from Self-injurious Behaviour. *Psychiatria Danubia, Zagreb.* 22/1: 39–45.
5. Fortune S, Sinclair J, Hawton K (2008). Adolescents' views on preventing self-harm. A large community study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 43: 96–104.
6. Hawton K, Harriss L, Hall S, Simkin S, Bale E, Bond A (2003). Deliberate self-harm in Oxford, 1990–2000: a time of change in patient characteristics. *Psychological Medicine.* 33/6: 987–995.
7. Koutek J, Kocourková J (2003). Sebevražedné chování. 1. vyd. Praha: Portál, 128 s.

8. Kriegelová M (2008). Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci. 1. vyd. Praha: Grada, s. 174.
9. McMahon EM, Reulbach U, Corcoran P, Keeley HS, Perry IJ, Arensman E. (2010). Factors associated with deliberate self-harm among Irish adolescents. *Psychological Medicine*, Cambridge. 40: 1811–1819.
10. Průchová D (2011). Child Suicide in the Czech Republic from 2002–2009. *Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation*. 2/3–4: 255–263.
11. Rossow I, Wichstrom L (2010). Receipt of Help After Deliberate Self-Harm Among Adolescents: Changes Over an Eight-Year Period. *Psychiatric Services*. 61/8: 783–787.
12. Sutton J (2005). *Healing the Hurt Within: Understand Self-Injury and Self-Harm, and Heal the Emotional Wounds*. 2nd ed. Oxford: How to Books, 486 p.
13. WHO Guide to Mental and Neurological Health in Primary Care (2004). 2nd ed. [online] [cit. 2011-12-06]. Dostupné z: <http://www.whoguidemhpcuk.org/search.asp>
14. Ystgaard M, Arensman E, Hawton K, Madle N, Heeringen K, Hewitt A, Wilde EJ, Leo DD, Fekete S (2009). Deliberate self-harm in adolescents: Comparison between those who receive help following self-harm and those who not. *Journal of Adolescence*. 32: 875–891.

✉ **Kontakt:**

Mgr. Dominika Průchová, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav zdravotně sociální práce
E-mail: dpruchova@seznam.cz

PŘÍLOHA č. 1

Seznam diagnóz dle MKN-10 vztahujících se k úmyslnému sebepoškození (v absolutních číslech, N = 7 223)

Číslo	Diagnóza dle MKN-10	Počet případů
X60	Úmyslné sebeotrávení neopiátovými analgetiky, antipyretiky a antirevmatiky a expozice jejich působení	1 706
X61	Úmyslné sebeotrávení antiepileptiky, sedativy, hypnotiky, anti-parkinson., psychotropními léky a jejich expozice	1 708
X62	Úmyslné sebeotrávení narkotiky a psychodysleptiky (halucinogeny) a expozice jejich působení	471
X63	Úmyslné sebeotrávení jinými léčivými působícími na autonomní nervovou soustavu a expozice jejich působení	363
X64	Úmyslné sebeotrávení jinými a NS léky, léčivými, návykovými a biologickými látkami a expozice jejich působení	1 037
X65	Úmyslné sebeotrávení alkoholem a expozice jeho působení	848
X66	Úmyslné sebeotrávení organickými rozpouštědly a halogenovan. uhlovodíky a jejich parami a expozice jejich působení	132
X67	Úmyslné sebeotrávení jinými plyny a parami a expozice jejich působení	24
X68	Úmyslné sebeotrávení pesticidy a expozice jejich působení	44
X69	Úmyslné sebeotrávení jinými a NS chemikáliemi a škodlivými látkami a expozice jejich působení	255
X70	Úmyslné sebepoškození oběšením, (u)škrcením a (za)dušením	38
X71	Úmyslné sebepoškození (u)topením a potopením	5
X72	Úmyslné sebepoškození výstřelem z pistole, revolveru	10
X73	Úmyslné sebepoškození výstřelem z pušky, brokovnice a větší ruční střelné zbraně	1
X74	Úmyslné sebepoškození výstřelem z jiné a neurčené střelné zbraně	29
X75	Úmyslné sebepoškození výbušnou látkou	1
X76	Úmyslné sebepoškození kouřem, dýmem a ohněm	6
X77	Úmyslné sebepoškození vodní parou, horkými výpary a horkými předměty	4
X78	Úmyslné sebepoškození ostrým předmětem	192
X79	Úmyslné sebepoškození tupým předmětem	33
X80	Úmyslné sebepoškození skokem s výše	136
X81	Úmyslné sebepoškození skokem nebo lehnutím si před pohybující se předmět	16
X82	Úmyslné sebepoškození havárií motorového vozidla	1
X83	Úmyslné sebepoškození jinými určenými prostředky	56
X84	Úmyslné sebepoškození neurčenými prostředky	78
Celkem		7 223