

liečbu nie je dostatočná, je potrebné zmeniť terapeutický postup, čo zaťažuje pacienta či predlži hospitalizáciu, alebo sa pacient dozvie negatívnu informáciu od blízkych. Nemali by sme byť k nepriaznivým správam nevšímaví a ponechať ich na samotného pacienta. Dôležité je pomôcť pacientovi nepriaznivú správu spracovať a ponúknuť alternatívy na upokojenie.

Pacienti prichádzajú na hospitalizáciu v akútnom stave, ktorý si vyžaduje diagnostiku a intenzívnu liečbu, mnohí z nich pociťujú obavy, nevedia, čo očakávať, majú pocity beznádeje, odmietajú ponúkanú pomoc. Uvedené postupy im môžu adaptáciu uľahčiť.

Avšak vysoký potenciál pomôcť majú aj vlastné skúsenosti z hospitalizácie, o ktoré sa pacient podelí s druhými. Priebeh tejto intervencie sa začína požiadanim pacienta v deň prepustenia, aby na kartičku napísal odkaz, ktorý bude vystavený na oddelení a prístupný pre všetkých. Nemá ísť o anonymný odkaz, ak má konkrétneho autora, jeho hodnota sa zvyšuje. Tieto správy sú príkladom pre nových pacientov, ktorí adaptáciu iba prekonávajú, a tiež spätnou väzbou pre personál. Dozvedieť sa od pacienta, ktorý je z hospitalizácie prepúšťaný, správu „začiatky boli ťažké, ale pomohli mi“, alebo iný povzbudzujúci odkaz, môže byť kľúčovým momentom v zmene postoja k hospitalizácii a liečbe.

Na Slovensku sme sa rozhodli, že model Safewards začneme implementovať práve od tejto intervencie. Psychiatrické kliniky lekárske fakulty v Bratislave, Martine a Košiciach, ktoré sa do projektu zapojili, si v priebehu mesiacov september až október 2022 dali na stenu kliniky nakresliť strom, na ktorom sa umiestňujú odkazy pacientov. Aktivita je podporená seminármi pre multidisciplinárne tímy na pracoviskách, aby si osvojili súčasti a fungovanie modelu Safewards. Svoje aktivity zverejnili na tlačovej konferencii 10. októbra na Svetový deň duševného zdravia a vyzvali ďalšie psychiatrické oddelenia a kliniky na Slovensku, aby sa k nim pridali. Týmto spôsobom sa naštartovala implementácia modelu Safewards aj na Slovensku, aby sme eliminovali výskyt agresívne-

Správnou komunikáciou s pacientom, ktorý často nepripúšťa, že má zdravotný problém a nesúhlasí s hospitalizáciou, môžeme predísť konfliktom.

ho správania počas psychiatrickej hospitalizácie.

NEDOBROVOLNÁ HOSPITALIZÁCIA

V prípade agresívneho správania pacienta, ak sa neuplatnia preventívne postupy, resp. nie je možnosť ich uplatniť, a pacient v dôsledku duševnej choroby alebo s príznakmi duševnej poruchy ohrozuje seba alebo svoje okolie, alebo ak hrozí vážne zhoršenie jeho zdravotného stavu, je možné zrealizovať nedobrovoľnú hospitalizáciu (bez podpisania informovaného súhlasu). Táto možnosť existuje nielen na psychiatrických oddeleniach, ale zákon ju pripúšťa v ktoromkoľvek zdravotníckom zariadení. V praxi sa však využíva spravidla iba v odbore psychiatrie. Nedobrovoľná hospitalizácia je významným zásahom do ľudských práv a slobôd a mala by sa uplatňovať iba ako posledná možnosť, keď zlyhali menej obmedzujúce možnosti. A to len v situáciách, keď je medzi chorobou a nebezpečným konaním vzťah príčiny a následku.

Dôležité je dodržať pravidlá určené legislatívou. Konanie o prípustnosti prevzatia a držania v zdravotníckom zariadení je upravené v ustanoveniach § 252 a nasledujúcich Civilného mimosporového poriadku (CMP) (2) s poukazom na ustanovenia zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti (3). Zdravotnícke zariadenie má na zaslание oznámenia súdu o prevzatí pacienta 24-hodinovú lehotu, ktorú je možné využiť na upokojenie pacienta, vysvetlenie potreby hospitalizácie a získanie jeho súhlasu. Ak zdravotnícke zariadenie súhlas pacienta nezíska, oznámi miestnemu príslušnému súdu umiestnenie pacienta. Podľa CMP súd vydá uznesenie a doručí ho pacientovi najneskôr

do 5 dní od obmedzenia osobnej slobody. Po právoplatnosti uznesenia, ktorým súd vyslovil, že prevzatie umiestneného do zdravotníckeho zariadenia bolo prípustné, pokračuje súd automaticky v konaní o prípustnosti držania v zdravotníckom zariadení. Uznesenie o jeho prípustnosti musí byť vydané do 3 mesiacov od právoplatnosti uznesenia o prípustnosti prevzatia do zdravotníckeho zariadenia. V tejto veci súd nariadi pojednávanie a priberie znalca – psychiatra, ktorý v zdravotníckom zariadení nepracuje. Najneskôr do uplynutia lehoty 1 roka od právoplatnosti uznesenia, ktorým súd vyslovil, že držanie v zdravotníckom zariadení je prípustné, súd rozhodne o začatí konania o prípustnosti ďalšieho držania v zdravotníckom zariadení rovnako z úradnej povinnosti. Takýto postup je zákonný a má zákonom určené pravidlá. Napriek tomu je vhodné po tejto možnosti siahnuť skutočne ako po poslednom z možných riešení.

Nie je zriedkavosťou, že pacienti prichádzajú na psychiatrické oddelenie pre poruchy správania RZP s asistenciou polície, sú nekritickí k ochoreniu a potrebe liečby. Pre personál psychiatrických oddelení je výzvou, vedieť k nim pristupovať tak, aby sa upokojili a diagnostika a liečba ochorenia prebiehali v pokojnej atmosfére. Je potešujúce, že na Slovensku je snaha rozšíriť si vzdelanie v tejto oblasti a dbať o blaho pacientov.

LITERATÚRA

Zelman M, Das ACh, Hudec J et al. Agresívne prejavy u psychiatrických pacientov hospitalizovaných v PN Hronovce v rokoch 2006 – 2008 – analýza výskytu. Psychiatr. prax 2010; 11 (4): 127–130.

Zákon č. 161/2015 Z. z. Civilný mimosporový poriadok [online]. Dostupné z: <https://www.zakonypreludi.sk/zz/2015-161>.

Zákon č. 576/2004 Z. z. Zákon o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov [online]. Dostupné z: <https://www.zakonypreludi.sk/zz/2004-576>.

Doc. PhDr. Albín Škoviera, PhD.
Univerzita Pardubice, Fakulta filozofická, Katedra vied o výchove

Pobyť v inštitúcii ako odľahčovacia služba

O AUTOROVI

Doc. PhDr. Albín Škoviera, PhD.

absolvoval štúdium liečebnej pedagogiky na Filozofickej fakulte UK v Bratislave. Do roku 2002 pracoval v špeciálnych výchovných zariadeniach, posledných dvanásť rokov na pozícii riaditeľa. V deväťdesiatych rokoch spolu s doc. MUDr. Lehotskou založil nepretržitú Linku detskej istoty. Od roku 2002 pôsobil na viacerých univerzitách na Slovensku. Od roku 2013 je na Univerzite Pardubice, kde garantuje magisterský študijný program resocializačná pedagogika.

V našom prostredí sú ešte stále pobyty klientely v rezidenčných inštitúciách, napríklad v centrách pre deti a rodinu (v „bývalých“ detských domovoch, resocializačných strediskách, krízových strediskách), pacientov v psychiatrických liečebniach, ale i detí a mládeže v diagnostických a reedukačných centrách mienkotvornými médiami i „mainstreamovými“ odborníkmi v pomáhajúcich profesiách prezentované predovšetkým laickej verejnosti príliš zjednodušene a jednostranne v negatívnom svetle. Neraz sa k nemu pripojí komentár: „Je to krajné riešenie.“

POZITÍVA ODBORNÝCH ZARIADENÍ

Connely a Milligan (2012) sa kriticky vyjadrujú k súčasnej praxi, keď sociálna práca (nielen v Anglicku a Škótsku) až dogmaticky vychádza z teórie trvalosti vzťahov a prostredia, pričom ako jediné riešenie vidí ich zabezpečenie v biologickej alebo adoptívnej rodine, resp. v dlhodobom (a dokonca i krátkodobom) pestúnstve. Dieťa v tomto systéme vystrieda v priemere až 4,4 pestúnskej rodiny. „Putovanie dieťaťa“ v systéme náhradnej starostlivosti nie je problémom len západných štátov, hoci sa o ňom nehovorí, je to reálny problém, ktorý sa dnes dotýka Slovenska aj Česka.

Paradigmou „detský domov alebo prevýchovné zariadenie je posledné riešenie“ považujú obaja autori za neudržateľnú. Tvrdia, že tieto zariadenia môžu byť pre dieťa a mladého človeka voľbou, ktorá mu poskytuje nielen oveľa väčšiu istotu ako striedanie pobytovej biologickej a pestúnskej rodiny, ale vďaka profesionálnej skupinovej terapeutickému prá-

ci v bezpečnom prostredí lepšie pochopenie svojho správania a konania i posilnenie reziliencie. Dodávame – aj veľmi silnú zážitkovú skúsenosť.

„Niekdedy sa ukáže ako nevyhnutné oddeliť dve infikované rany a vyliečiť každú zvlášť, skôr ako opäť zdravo zrastú. Podobným spôsobom môže byť osožné oddeliť deti od rodičov, aby neskôr mohli žiť spolu v harmonickej rodine. Na také účely sú detské domovy ideálne za predpokladu, že ponúkajú aj rodinnú liečbu“ (Lasson, 1992, s. 5). Podobne aj Algate, J. (podľa Ven, 1991), práve v USA, teda v krajine s mimoriadne rozšíreným pestúnstvom, upozorňuje na výhody náhradnej inštitucionálnej výchovnej a terapeuticko-rodinnej starostlivosti a ukazuje, ako môže taká pomoc zapadať do modelu opätovného spojenia rodiny.

Je zrejme, že predovšetkým krátkodobý a strednodobý inštitucionálny pobyt môže byť v špecifických prípadoch pre mnohých

adolescentov i dospelých skutočne optimálnym riešením. Potvrdením overeným praxou je nielen inštitucionálna liečba závislostí, ale sú nimi napríklad i súdom uložené výchovné opatrenia a dobrovoľné diagnostické pobyty určené pre deti a mládež s problémovým správaním a poruchami správania.

KONCEPT RESPITNEJ STAROSTLIVOSTI

Respitná starostlivosť ako odľahčujúca sociálna služba je v Českej republike súčasťou legislatívy od roku 2006, na Slovensku od roku 2008. Ide o sociálnu službu, ktorá má terénnu, ambulatnú a pobytovú formu. Hoci je viazaná predovšetkým na klientelu s ťažkým zdravotným postihnutím, aj u nás sa v rámci neziskových organizácií objavujú ponuky pre pestúnov, ktorí sa starajú o dieťa s problémovým správaním – vtedy dieťa môže byť na krátkodobom pobyte u „respitných pestúnov“.

Napriek tomu, že sa u nás zdôrazňuje deinštitucionalizovaná forma respitnej starostlivosti, Novosad (2002) upozorňuje na oveľa väčšiu rôznorodosť odľahčovacej služby a nesnaží sa ju redukovať ani len na sociálnu službu. Uvádza, že vo vyspelom svete fungujú štyri základné modely: v prvom vybraný „asistent“ chodí priamo do rodiny, v druhom ide o odborné pripravených „respitných pestúnov“ a pomoc sa realizuje v ich domove, v treťom ide o formu denného stacionára s odborným zameraním, vo štvrtom o odborné rezidenčné zariadenie.

Hoci sa predpokladá, že inštitucionálna respitná starostlivosť je skutočne odľahčovacou predovšetkým pre blízke opatrovateľské osoby (od rodičov, pestúnov až

po dospelé deti, ktoré sa starajú o svojich rodičov – seniorov), výrazne zainteresovanými stranami môžu byť aj inštitúcie, ktoré sa na starostlivosti a edukácii podieľajú, aj jej samotní priami adresáti. Prednostovia a primári na psychiatriách vedia, koľkým ľuďom poskytnutím takého „azylu“ už pomohli preklenúť kritické obdobie.

POZNATKY Z PRAXE

V minulosti sme sa stretli so situáciou, keď jedna riaditeľka opakovane prijatím dieťaťa na prechodný čas do inštitúcie umožnila profesionálnym rodičom, aby zregenerovali svoje sily a s dieťaťom mohli fungovať ďalej. Napriek pochybnostiam v zmysle úzkoprsej legislatívy sme si istí, že to bolo celkom isto v súlade s najlepším záujmom dieťaťa.

Aj v praxi bratislavského Diagnostického centra (pre deti) sa pri časti dobrovoľných diagnostických a rediagnostických pobytov stáva, že **ide predovšetkým o pobyt odľahčovacie**. Spoločným znakom musí byť vždy to, že žiadateľia

- zariadeniu a jeho pracovníkom dôverujú,
- považujú zariadenie za dostatočne bezpečný priestor pre dieťa i pre seba,
- sa nechcú dieťaťa „zbaviť“, ale potrebujú si „len“ oddýchnuť,
- sú ochotní spolupracovať na riešení problému, pretože problémom nie je (len) dieťa, je to spoločný problém.

Odľahčovacie pobyty sú dôležitou prevenciou opatrovateľských osôb pred vyhorením, ale aj reálnou „krízovou“ pomocou pre viaceré deti i dospelých.

To, že aj u dieťaťa počas pobytu dochádza k pozitívnym zmenám v správaní, je pridaná hodnota pobytu.

Odľahčovací pobyt je vlastne spoločným priestorom na riešenie problému rodiny (resp. sociálnej inštitúcie, pre dieťa s nariadenou ústavnou starostlivosťou) a dieťaťa. Sú tri základné skupiny, s ktorými sa často stretávame:

- deti z pestúnstva (často príbuzenského – starorodičovského), deti z profesionálnych rodín a osvojiteľských rodín,
- deti z bývalých detských domovov, ktoré potrebujú mať skúsenosť s jasným výchovným vedením a pravidlami,
- deti s ADHD, pre ktoré je dobre nastavený režim súčasťou ich optimálneho fungovania.

Odľahčovací pobyt môže mať aj netypickú podobu. Príkladom môže byť chlapec – drogový diler –, ktorý sa oprávnenne cítil ohrozený skupinou vydieračov a diagnostické centrum bolo pre neho „najbezpečnejším miestom na svete“, alebo, ešte v roku 2002, štyri palestínske deti (bez sprievodu rodičov), ktoré nechali prevádzkači pred budovou Červeného kríža.

Sme presvedčení o tom, že odľahčovacie pobyty sú nielen dôležitou prevenciou opatrovateľských osôb pred vyhorením, ale aj reálnou „krízovou“ pomocou pre viaceré deti i dospelých. Vnímame ich ako jasne cieleňú a efektívnu sekundárnu a terciárnu prevenciu. Sú však aj vážnou výzvou pre legislatívu, aby boli ponímané širšie, a nie iba ako sociálna služba, ale najmä, aby sme pri naplňaní litery zákona nezabúdali na samotného ducha zákona.

LITERATÚRA

CONNELLY G., MILLIGAN, I. (2012). *Residential Child Care: Between Home and Family*. Edinburgh: Dunedin Academic. ISBN 978-17-804-6000-0.

LASSON, S. M. (1992). *Dětské domovy – kdo koho vychovává? In: Sborník referátů z mezinárodního kongresu v Praze (20-25.8.1990)*, FICE, ČSFR, s. 3-8 bez ISBN

NOVOSAD, L. (2000). *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-197-5.

VEN, K. V. (1991). *Residential Care, Education and Treatment in the United States*, In: GOTTESMAN, M. *Residential Child Care an International Reader*, London, s. 275-299. ISBN 1-87-1177-17-0.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálních službách

Nepriaznivé zážitky v detstve a užívanie alkoholu v dospelosti

MUDr. Natália Kaščáková, PhD.

Institut sociálního zdraví Univerzity Palackého v Olomouci (OUSHI UPOL); Psychiatricko-psychotherapeutická ambulancia, Pro mente sana, Bratislava

O AUTORKE

MUDr. Natália Kaščáková, PhD.

pracuje ako psychiatrička a psychotherapeutka v súkromnej praxi, kde sa venuje prevažne dospelým pacientom s depresívnymi, úzkostnými, psychosomatickými a vzťahovými ťažkosťami. Skúma súvislosti medzi traumatizáciou v detstve a neskoršom živote, vzťahovou väzbou, odolnosťou a zdravím. Je odbornou asistentkou na Inštitúte sociálneho zdravia na Univerzite Palackého v Olomouci a autorkou knihy *Obranné mechanizmy z psychoanalytického, etologického a evolučného biologického aspektu*.

Súvislosti medzi nepriaznivými zážitkami v detstve (ACE) a poruchou užívania alkoholu v dospelosti potvrdzujú viaceré metaanalýzy (Hughes a kol., 2017) a prospektívne štúdie (Kisely a kol., 2020; Kisely, Strathearn, & Najman, 2021). Nepriaznivé zážitky so vzťahovými osobami môžu viesť k vytvoreniu nejstej vzťahovej väzby, ktorá sa spolu so zvýšenou genetickou vulnérabilitou môže podieľať na vzniku a rozvoji závislosti od alkoholu a iných látok (Gerra et al., 2021).

Naším cieľom bolo preskúmať súvislosti medzi nepriaznivými zážitkami v detstve, vzťahovou úzkostnosťou a vyhýbavosťou a poruchami užívania alkoholu v dospelosti.

METÓDY A VÝSKUMNÝ SÚBOR

Dotazník **Trauma z detstva** posudzuje retrospektívne všetky formy zlého zaobchádzania s dieťaťom, zahŕňajúce emočné týranie, fyzické týranie, sexuálne zneužívanie, emočné zanedbávanie a fyzické zanedbávanie (Petrikova a kol., 2021; Kaščáková, 2022).

Nepriaznivé zážitky z detstva boli zisťované dotazníkom ACE-IQ (WHO, 2018), ktorý sleduje 13 oblastí nepriaznivých skúseností z detstva: 1) telesné týranie; 2) emočné týranie; 3) kontaktné sexuálne zneužívanie; 4) abuzér alkoholu a/alebo drog v domácnosti; 5) väznenie člena domácnosti; 6) niekto v domácnosti, kto bol depresívny, duševne chorý, inštitucionalizovaný alebo suicidálny; 7) matka a/alebo niekto v domácnosti bol vystavený násiliu; 8) jeden alebo žiadni rodičia, odlúčenie alebo rozvod rodičov; 9) emočné zanedbávanie; 10) telesné zanedbávanie; 11) šikanovanie; 12) násilie v spoločenstve; 13) kolektívne násilie.

Vzťahová väzba v dospelosti bola posudzovaná dotazníkom **Prežívanie blízkych vzťahov (ECR-R-14)** (Švecová a kol., 2021). Tvrdenia sú rozdelené do dvoch dimenzií mapujúcich vzťahovú úzkostnosť a vzťahovú vyhýbavosť.

Porucha užívania alkoholu bola zisťovaná otázkami na užívanie alkoholu v dotazníku CAGE (Ewing, 1984). Otázky sa zameriavajú na 1. pocit potreby obmedziť pitie alkoholu, 2. podráždenie okolia z pitia alkoholu, 3. pocit viny v súvislosti s pitím alkoholu a 4. pitie alkoholu ráno s cieľom upokojiť sa alebo zbaviť sa „kocoviny“. Skóre 2-3 indikuje vysoké riziko a skóre 4 indikuje poruchu užívania alkoholu. Zber údajov sa uskutočnil v apríli 2019 formou osobných rozhovorov zaznamenaných do elektronického dotazníka. Výskumný súbor 1 018 respondentov reprezentuje dospelú populáciu SR z hľadiska kvótnych znakov (pohlavie, vek, vzdelanie, národnosť, veľkosť mies-

ta bydliska a kraj bydliska). Priemerný vek bol 46,24 rokov, 48,7 % tvorili muži.

Klinické vzorky zbierali psychológovia a psychiatri na KDZ SZU PNPP v Pezinku a v OLÚP na Prednej Hore od decembra 2020 do februára 2021 a od októbra 2021 do marca 2022. Na účely výskumu bola vybraná vzorka pacientov závislých od alkoholu (n=58; priemerný vek: 44,6±9,9; 69 % mužov). Skupinu závislých od alkoholu sme porovnávali s neproblémovými konzumentmi alkoholu z reprezentatívnej vzorky, ktorí subjektívne udávali, že sú zdraví (teda netrpia žiadnym ochorením) (n=78; priemerný vek: 35,6±12,2; 78,2 % mužov).

PROBLÉM S UŽÍVANÍM ALKOHOLU V REPREZENTATÍVNEJ VZORKE

Z celej reprezentatívnej vzorky 1 018 respondentov 45,3 % udávalo, že v súčasnosti konzumujú alkohol. 6,7 % celkovej populácie podľa dotazníka CAGE spĺňalo kritériá pravdepodobnej poruchy užívania alkoholu (skóre 2 a viac) a 38,5 % podľa kritérií CAGE konzumovalo alkohol neproblémovo (skóre 0 a 1).

SKÓRE V DOTAZNÍKU CTQ A ECRR

Respondenti z reprezentatívnej vzorky, ktorí dosahovali skóre v CAGE 2 a viac, a teda mali suspektnú poruchu užívania alkoholu, mali významne vyššie skóre vo všetkých oblastiach zlého zaobchádzania v detstve podľa dotazníka CTQ a významne vyššiu vzťahovú úzkostnosť a vyhýbavosť oproti neproblémovému konzumentom alkoholu (so skóre CAGE 0 a 1).

VÝZVY NA VZDELÁVANIE ODBORNÍKOV POSKYTUJÚCICH STAROSTLIVOSŤ O DUŠEVNÉ ZDRAVIE 2022

Pre vybrané profesie v rezorte zdravotníctva a mimo rezortu zdravotníctva.

S cieľom posilniť kompetencie odborníkov v starostlivosti o duševné zdravie v oblasti prevencie, diagnostiky, liečby, pripraviť ich na poskytovanie starostlivosti pacientom v nových komunitných typoch zariadení.

Link na výzvu v rezorte

<https://health.gov.sk/Clanok?plan-obnovy-vzdelavanie-v-rezorte>

Link na výzvu mimo rezortu

<https://health.gov.sk/Clanok?plan-obnovy-vzdelavanie-mimo-rezort-zdravotnictva>

Vyhlásilo Ministerstvo zdravotníctva SR ako vykonávateľ reformy Plánu obnovy a odolnosti v rámci Komponentu 12 – Humánna, moderná a dostupná starostlivosť o duševné zdravie.

Výzvy sú aktívne, prebieha proces hodnotenia a následného schvaľovania žiadostí. Prosím, vnímate príležitosť vzdelávať sa v oblasti duševného zdravia aj ako pomoc pri uplatňovaní žiadanej komplexnej prístupov ku pacientovi.



Financované
Európskou úniou
NextGenerationEU

PLÁN [OBNOVY]



MINISTERSTVO
ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ REPUBLIKY



RADA VLÁDY
SLOVENSKEJ REPUBLIKY
PRE DUŠEVNÉ ZDRAVIE