

UNIVERZITA PAVLA JÓZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH
KOŠICE 2020



ZUZANA DANKULIMCOVÁ
LUCIA BOSÁKOVÁ
DANIELA FILÁKOVSKÁ
DANIELA MUSÁROVÁ
JAROSLAVA KOPČÁKOVÁ

CESTA LABYRINTOM: DOSPIEVAJÚCI

S EMOCIONÁLNYMI PROBLÉMAMI
A PROBLÉMAMI V SPRÁVANÍ

V SYSTÉME

STAROSTLIVOSTI

CESTA LABYRINTOM

**Dospievajúci s emocionálnymi problémami a problémami v správaní
v systéme starostlivosti**

Vedecká monografia

Zuzana DANKULINCOVÁ

Lucia BOSÁKOVÁ

Daniela FILÁKOVSKÁ

Daniela HUSÁROVÁ

Jaroslava KOPČÁKOVÁ

UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH

Lekárska fakulta

Košice 2020





Cesta labyrintom: Dospievajúci s emocionálnymi problémami a problémami v správaní v systéme starostlivosti

Vedecká monografia

Autorský kolektív:

doc. Mgr. Zuzana Dankulincová, PhD. ¹

Ing. Lucia Bosáková, PhD. ¹

Mgr. Daniela Fiľakovská, PhD. ¹

Mgr. Daniela Husárová, PhD. ¹

Mgr. Jaroslava Kopčáková, PhD. ¹

Pracovisko: ¹Ústav psychológie zdravia a metodológie výskumu, Lekárska fakulta, UPJŠ v Košiciach

Vedecký redaktor:

prof. Mgr. Andrea Madarasová Gecková, PhD.

Recenzenti:

prof. PhDr. Ivo Čermák, CSc., Psychologický ústav AV ČR, v.v.vi.

Mgr. Svetlana Sithová, MŠVVaŠ, riaditeľka Odboru inkluzívneho vzdelávania

Dizajn a ilustrácie:

Mgr. Art. Michal Dankulinec, www.dankulinec.sk



Tento text je publikovaný pod licenciou Creative Commons 4.0 -Atribution CC BY NC ND Creative Commons Attribution –NonCommercial -No-derivates 4.0 („Uveďte pôvod –Nepoužívajte komerčne -Nespracovávajújte“)

Za odbornú a jazykovú stránku tejto publikácie zodpovedajú autori. Rukopis neprešiel redakčnou ani jazykovou úpravou.

Umiestnenie: www.unibook.upjs.sk

Dostupné od: 1.12.2020

DOI: <https://doi.org/10.33542/CLD2020-921-4>

ISBN 978-80-8152-920-7 (tlačená publikácia)

ISBN 978-80-8152-921-4 (e-publikácia)

PodĎakovanie

Ak máme na tomto mieste vyjadriť našu vĎaku, tá patrí v prvom rade prof. Andrei Madarasovej Geckovej za jej odvážne rozhodnutie ísť do tej oblasti výskumu a za následnú dôveru, ktorú do nás vložila pri jej realizácii. Dala nám priestor ísť svojou cestou. Naše poĎakovanie ďalej patrí prof. Ivovi Čermákovi za jeho láskavé mentorstvo, za nasmerovanie, podporu a priebežné vedenie pri kvalitatívnej časti štúdie. Sme veľmi vĎačné, že s nami časť cesty v tomto projekte prešiel. Veľká vĎaka patrí aj Mgr. Jaroslave Mackovej za priebežné čítanie pripravovaných textov a podrobnú spätnú väzbu, ktorá nás posúvala vpred. V neposlednom rade však naša vĎaka patrí všetkým dospelujúcim a ich rodičom, bez ktorých by táto štúdia nebola možná ako aj všetkým poskytovateľom starostlivosti, ktorí sa do štúdie zapojili, rozprávali sa s nami, dávali nám celý čas cenné rady a postrehy a sprostredkovali nám cestu k dospelujúcim a ich rodinám. Táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu vedy a výskumu na základe zmluvy č. APVV-15-0012.

Autorky

Obsah

Predslov	7
Kapitola 1 - Emocionálne problémy a problémy v správaní dospelých v kontexte systému starostlivosti.....	11
Kapitola 2 – Skúmanie systému starostlivosti o dospelých s emocionálnymi problémami a problémami v správaní v rámci štúdie Care4Youth.....	25
Kapitola 3 - Organizácia systému starostlivosti o dospelých s emocionálnymi problémami a problémami v správaní	39
Kapitola 4 - Charakteristika systému starostlivosti o dospelých s emocionálnymi problémami a problémami v správaní	61
Kapitola 5 - Bariéry a nedostatky systému starostlivosti o dospelých s emocionálnymi problémami a problémami v správaní z pohľadu poskytovateľov starostlivosti	81
Kapitola 6 - Možnosti vylepšenia v systéme starostlivosti o dospelých s emocionálnymi problémami a problémami v správaní z pohľadu poskytovateľov starostlivosti	127
Záver	147
Použitá literatúra	150

Príbeh o radosti a nádeji

*„... na konci snaženia
sa všetkých zúčastnených,
by sme chceli vidieť šťastných
a prosperujúcich dospelujúcich,
ktorí sú schopní naplniť svoj potenciál...“*

Bola som poverená vyprevať túto knihu do sveta a pri tejto príležitosti mi dovoľte rozpovedať jej príbeh. Príbeh je ako ručne tkaný koberec. Sivé, biele, čierne, rôznofarebné nitky chytáme do rúk ako slová na jazyk a tkáme z nich vzory, vety, súvetia, monológy, dialógy, vravu a smiech, alebo niekde aj ticho, slzy, či krik. Vieme z neho aj kúsok odpárať a utkať nanovo. Vlastne to robíme neustále. Rozprávame svoje príbehy znova a znova a vždy nitky usporiadame trošku inak. Obrazce sú trošku sivšie alebo trošku farebnejšie, stále viac sivšie alebo stále viac farebnejšie. Na niektoré nitky a vzory zabúdame a niektoré nové sa učíme. Táto kniha je o príbehoch detí, o ich cestách našim svetom, labyrintom systémov starostlivosti, do ktorých sa dostali, keď si s nimi svet nevedel dať rady.

Každý príbeh dieťaťa v sebe nesie správu o radosti a o nádeji a to napriek tomu, že sa rodí v bolesti, rastie v trápení a púšťame do ho sveta bez istoty. Osud detí je a vždy bude spätý s radosťou a nádejou a to vďaka láske a láskavosti, ktoré pri každom dieťati stoja, aj keď je občas veľmi ťažké rozpoznať ich. Obzvlášť to platí pre deti, s ktorými si svet okolo nich nevie rady a kráčajú krajinami, v ktorých je toľko búrok a sychravých dní, že sa nám zdá, že tam už niet lásky a láskavosti a správa o radosti a nádeji sa stratí. Rozprávali sme sa s mnohými, ktorí na tých cestách detí stoja a ich príbehy boli plné frustrácie, bezmocnosti, rezignácie. Tej by ale nebolo, keby v nich nebolo toľko lásky a láskavosti, keby oni neboli tými, ktorí neprestávajú hľadať stratené správy o radosti a nádeji.

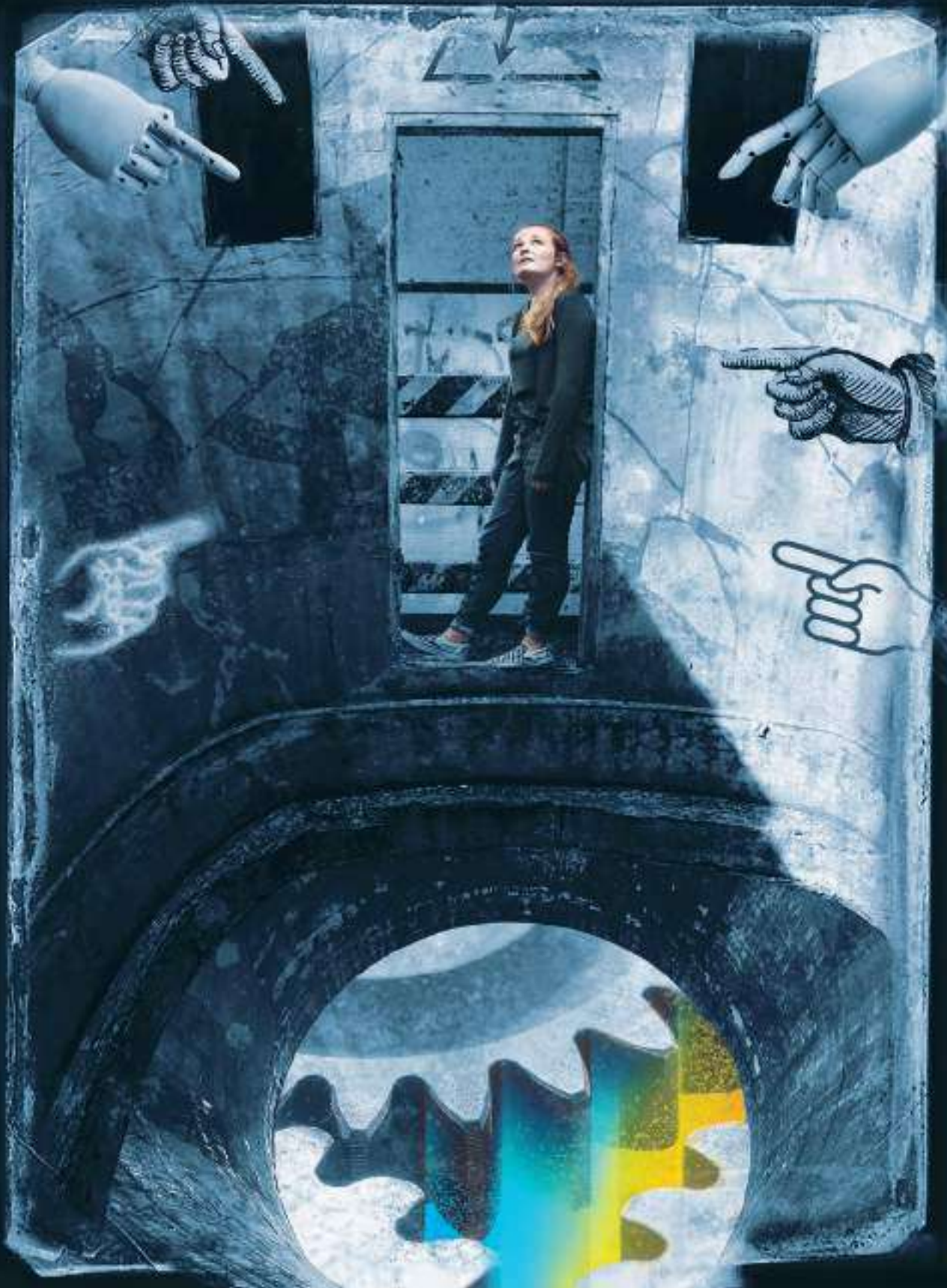
Bola som jedno z detí, s ktorými si svet nevedel dať rady, ale mala som šťastie, že láska a láskavosť pri mne stáli a príbeh o radosti a nádeji bol silnejší ako príbeh o trápení a problémoch. To dieťa vo mne stále žije, hlási sa k svojmu kmeňu a zápas o ich príbeh považuje za svoju povinnosť. Preto, keď som pred siedmimi rokmi stretla výskumníkov, ktorí to dieťa vypočuli,

nechali zaznieť jeho hlas, nedalo sa inak, len ich uprosiť, aby nám ukázali, ako sa im to podarilo. Tešila som sa na ten hlas, mala som nádej, že ten hlas pomôže mnohým rozpoznať tak prepotrebnú lásku a láskavosť, pomôže prerozprávať príbehy tak, aby v nich bolo viac radosti a nádeje ako problémov a trápení.

Tento projekt nebol náš prvý, ani to nebolo po prvýkrát, keď sme sa vybrali hľadať cesty v neznámom území. Celkom určite to však bolo po prvýkrát, keď sme časom aj zabudli, kde vlastne máme komfortné zóny a odvážili sa na miesta, ktoré sme si nevedeli ani predstaviť. Čítali sme, pýtali sme sa, školili sme sa, konzultovali sme, vypisovali sme žiadosti, organizovali a naša rodina rástla. Pridávali sa k nám ľudia z prvej línie, strážni anjeli, ktorí stoja na cestách detí, pomáhajú im párať a tkať ich príbehy, farbiť sivé nitky. So zatajeným dychom sme počúvali a rozmýšľali, analyzovali, kreslili modely, pýtali sa, diskutovali, radili sa. Cez mračná problémov, beznádeje, frustrácie sa začali vynárať obrisy lásky a láskavosti, ktoré tam stále boli. Snáď v každom z tých, koho sme stretli na cestách týchto detí. To vďaka nim znie hlas detí a ukazuje nám, kde sa roztratili farby a ako tkať v príbehoch nové vzory. Ako sme tak spisovali túto knihu a oddeľovali sivé nitky od farebných, zrazu sa vynáral príbeh o radosti a nádeji. Mám obrovskú radosť, že sa tento príbeh vyberá do sveta. A zároveň obrovskú nádej, že pomôže nám všetkým uvedomiť si a uschopniť stále prítomnú lásku a láskavosť a vybojovať príbeh o radosti a nádeji pre každé dieťa, s ktorým si dnes svet nevie rady.

Kto sa stará o deti, zaslúži si odmenu.

Andrea Madarasová Gecková



Kapitola 1 - Emocionálne problémy a problémy v správaní dospelujúcich v kontexte systému starostlivosti

Emocionálne problémy a problémy v správaní sú u detí a dospelujúcich veľmi časté a majú vplyv na to aké úspešné budú v škole, vo svojej budúcej práci a vo vzťahu k ľuďom v ich okolí. Aj keď je poskytnutie kvalitnej starostlivosti dôležité pre zdravý vývin týchto detí, v tejto dobe vieme veľmi málo o tom, aká starostlivosť je im a ich rodičom poskytovaná a či im môže pomôcť.

Čo sú emocionálne problémy a problémy v správaní u dospelujúcich?

Najčastejšie sa objavujúcimi problémami v oblasti duševného zdravia sú počas detstva a dospievania emocionálne problémy a problémy v správaní (ďalej len EBP). Zahŕňajú veľmi širokú škálu problémov, ktoré sa prejavujú odlišným spôsobom. Mladí ľudia s takýmito problémami bývajú v svojich prejavoch veľmi živí, menia sa im nálady, sú často smutní, rýchlo sa nazlostia, často sa zapájajú do bitiek, dostávajú sa do konfliktu s dospelými, chodia poza školu, šikanujú spolužiakov, pijú alkohol, užívajú drogy alebo kradnú (Achenbach 2000, 2001, 2002). Nech už ide o problémy na úrovni emócií alebo správania, pre obe platí to isté. Sú to problémy, ktoré dospelujúcim bránia naplno využiť potenciál, ktorý sa v nich skrýva a ktorý by v tomto období svojho života mohli a mali naplno rozvíjať.

Na základe príkladov je vidieť, že problémy, ktoré dospelujúci majú, sa dejú na úrovni emócií v ich vnútri (odborne sa nazývajú tiež internalizovanými problémami), alebo sú viac na úrovni správania a prejavujú sa skôr navonok vo vzťahu k iným ľuďom či okoliu ako takému (v odbornom jazyku majú tiež označenie externalizované problémy) (Achenbach 2000, 2001, 2002). Problémy na úrovni emócií sa prejavujú napríklad ako smútok, depresia, ustráchanosť, sociálna uzavretosť či úzkosť. Keďže sú zamerané dovnútra, zostávajú tieto prejavy mnohokrát skryté, nenápadné a nie sú rušivé pre okolie. Rodič či učiteľ si ich u dieťaťa nevšimne a problémy zostávajú nerozoznané až ignorované. Okolie zmeny u dospelujúceho spozoruje často až v stave keď naberú na svojej intenzite (Campbell 2006, Jaspers 2012). Smerom navonok vo vzťahu k iným ľuďom či okoliu ako takému sa prejavujú problémy v správaní. Majú podobu bitiek, konfliktov s dospelými, záškoláctva, šikanovania spolužiakov, pitia alkoholu, užívania drog alebo krádeží. Všetky tieto prejavy sú zachytené už v skoršom štádiu, keďže sú smerované navonok, voči okoliu (Campbell 2006, Jaspers 2012).

EBP treba napriek ich odlišnému prejavu vnímať ako rovnako závažné, napriek skutočnosti, že problémy na úrovni emócií nemusia byť hneď na začiatku spozorované blízkymi dospelými. Práve prehliadnutie emocionálnych problémov a ich následné zanedbanie môže spôsobiť, že sa zreteľnejšie objavia až neskôr v dospievaní alebo v dospelosti, pričom riešenie takýchto zanedbaných problémov je omnoho náročnejšie a nákladnejšie.

Takýto pohľad na EBP je širší ako štandardný klinický obraz, s ktorým je možné sa stretnúť v rámci existujúcej odbornej klasifikácie. Celosvetovo sú v súčasnosti rešpektované dva modely klasifikácie a to Medzinárodná klasifikácia chorôb (MKCH-10) vydaná Svetovou zdravotníckou organizáciou (2004) a Diagnostická a štatistická príručka duševných chorôb (DSM-V) vypracovaná Americkou psychiatrickou asociáciou (2013).

Medzinárodná klasifikácia chorôb (MKCH-10) vydaná Svetovou zdravotníckou organizáciou používaná na Slovensku predstavuje klasifikáciu chorôb a príbuzných zdravotných problémov do systému položiek, ktorými sa označujú jednotlivé choroby a ich rôzne varianty podľa dohodnutých a ustanovených kritérií. Kapitola MKCH-10, ktorá sa venuje „Duševným poruchám a poruchám správania“ klasifikuje EBP ako „Poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania“ (F90-F98). Medzi tieto poruchy môžeme zaradiť poruchy aktivity a pozornosti, hyperkinetické poruchy, poruchy správania, zmiešané poruchy správania a emočné poruchy, emočné poruchy so začiatkom špecifickým pre detstvo, poruchy sociálneho fungovania so začiatkom špecifickým pre detstvo a dospievanie, tikové poruchy a iné poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania.

Aké časté sú emocionálne problémy a problémy v správaní u dospievajúcich?

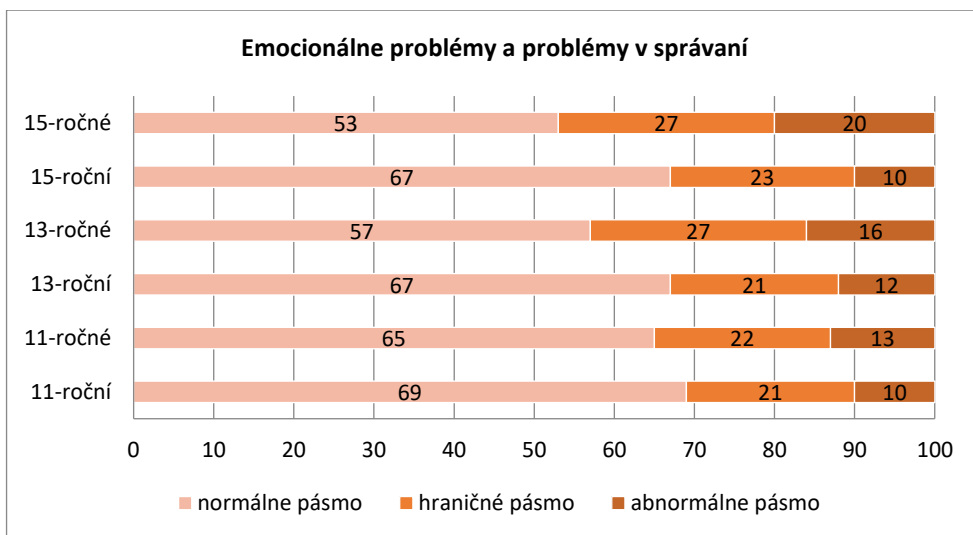
Adolescencia predstavuje sama o sebe náročné vývinové obdobie, adolescenti často prežívajú pocity bezmocnosti, neistoty, izolovanosti, bezvýznamnosti, či osamelosti (Šišňanská 2019). Výskyt EBP je pomerne častý. Odhadom nimi trpí až 10-20% detí a dospievajúcich (Jaspers 2012). Národné reprezentatívne štúdie hovoria o miere výskytu EBP medzi 10% až 19% (Jellinek a kol. 1999, McInerney a kol. 2000, Palermo a kol. 2002, Costello a kol. 2003, Polaha a kol. 2011). Až dvakrát toľko dospievajúcich má problémy súvisiace s emóciami alebo správaním, ktoré však nutne nespĺňajú diagnostické kritériá (Angold a kol. 1999).

Miera výskytu sa medzi chlapcami a dievčatami líši podľa typu problému. Vo všeobecnosti však platí, že u dievčat dominujú skôr problémy na úrovni emócií, zatiaľ čo problémy v správaní sa častejšie objavujú u chlapcov (Costello a kol. 2003). Vek začiatku EBP sa líši v závislosti od špecifického problému, ale existujúca literatúra naznačuje, že mnohé z týchto problémov

sa môžu objaviť už v ranom až strednom detstve (Mesman a kol. 2001; Shaw a kol. 2001; Campbell a kol. 2000).

U nás na Slovensku sa môžeme pozrieť na mieru výskytu EBP minimálne z dvoch pohľadov. V rámci národne reprezentatívnej štúdie Health Behaviour in School-aged Children uskutočnenej v roku 2018 sa do výskumu zapojilo 8902 dospelajúcich na druhom stupni 109 základných škôl z celého Slovenska. EBP sme hodnotili dotazníkom SDQ - Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman a kol. 1998), ktorý pozostáva z 20 tvrdení mapujúcich emocionálne problémy, problémy so správaním, hyperaktivitu, nepozornosť a ťažkosti vo vzťahoch s rovesníkmi. Školáci každé tvrdenie hodnotili výberom z nasledovných odpovedí: (0) nepravdivé, (1) trochu pravdivé, (2) určite pravdivé. Celkové skóre sa získalo spočítaním bodov, ktoré prislúchali daným možnostiam odpovedí (0-40). Vyššie skóre poukazuje na väčšie problémy. Prezentované je rozdelenie školákov do nasledujúcich troch skupín podľa dosiahnutého sumárneho skóre: (1) normálne pásmo (0-14), (2) hraničné pásmo (16-19), (3) abnormálne pásmo (20-40). Skóre na úrovni abnormálneho pásma naznačuje, že dospievajúci prežíva EBP, ktoré už pravdepodobne vyžadujú odbornú pomoc (Madarasová Gecková 2019).

Obrázok 1. Výskyt emocionálnych problémov a problémov v správaní na Slovensku podľa štúdie Health Behaviour in School-aged Children (v %)

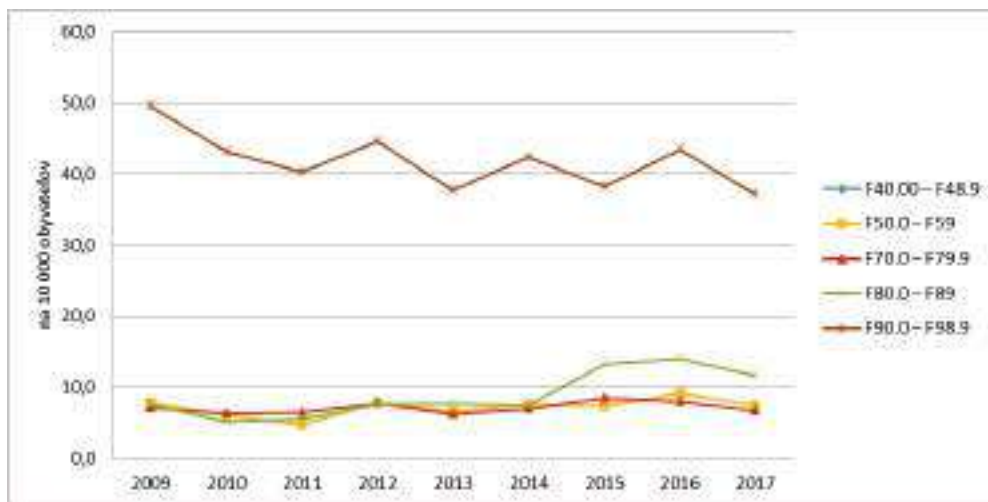


Zdroj: Madarasová Gecková A. (2019): Sociálne determinanty zdravia školákov.

EBP trpelo približne 10% 11-ročných, 12% 13-ročných a 10% 15-ročných chlapcov (skóre v abnormálnom pásme). Výskyt týchto problémov bol u dievčat vyšší, 13% 11-ročných, 16% 13-ročných a 20% 15-ročných dievčat trpelo EBP na úrovni abnormálneho pásma. Dievčatá vo veku 13 a 15 rokov uvádzali EBP častejšie ako chlapci. Staršie dievčatá uvádzali EBP v správaní častejšie ako tie mladšie (Madarasová Gecková 2019) (Obrázok 1).

Národné centrum zdravotníckych informácií každoročne zhromažďuje informácie o psychiatrickej starostlivosti na Slovensku. Posledné publikované výsledky sú za rok 2017. V roku 2017 boli detskí pacienti do 14 rokov najčastejšie ambulantne liečení pre prvýkrát diagnostikované Poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania (F90.0 – F98.9 podľa MKCH-10). U dospievajúcich vo veku 15 až 19 rokov boli Poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania druhým najčastejším diagnostikovaným problémom.

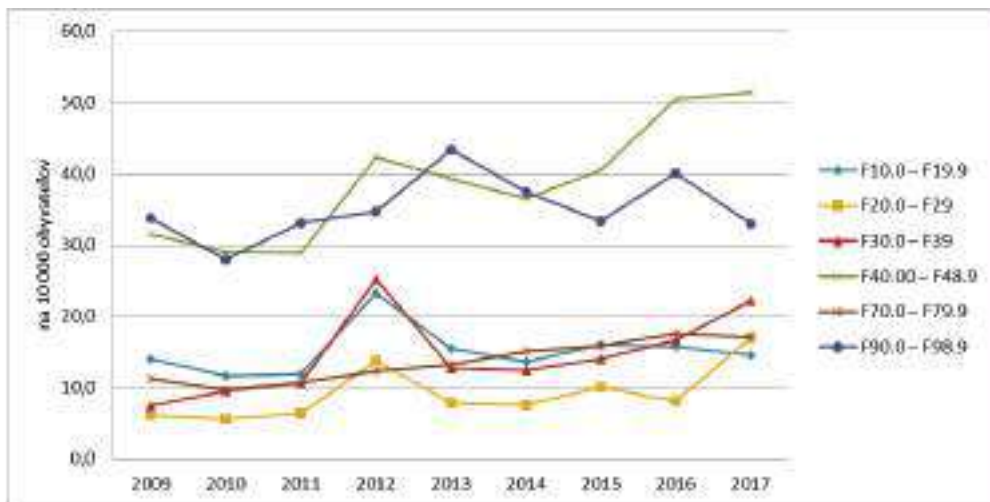
Obrázok 2. Vyšetrené deti a dospievajúci vo veku 0-14 rokov podľa vybraných diagnóz – diagnóza zistená prvýkrát v živote v rokoch 2009-2017



Zdroj: Národné centrum zdravotníckych informácií (2018): *Psychiatrická starostlivosť v SR 2017*.
 F40.00-F48.9 Neurotické poruchy, poruchy podmienené stresom a somatomorfné poruchy
 F50.0-F59 Poruchy správania spojené s poruchami fyziologických funkcií a somatických faktorov
 F70.0.-F79.9 Duševná zaostalosť
 F80.0-F89 Poruchy psychického vývinu
 F90.0-F98.9 Poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania

Prehľad diagnóz zistených prvýkrát v živote v rokoch 2009-2017 u detí a dospelých vo veku 0-14 rokov a vo veku 15-19 rokov jednoznačne ukazuje, že v Poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospelovania patria dlhodobó k tým najčastejšie sa objavujúcim a to hlavne vo veku 0-14 rokov (Národné centrum zdravotníckych informácií 2018) (Obrázok 2 a 3).

Obrázok 3. Vyšetrené deti a dospelujúci vo veku 15-19 rokov podľa vybraných diagnóz – diagnóza zistená prvýkrát v živote v rokoch 2009-2017



Zdroj: Národné centrum zdravotníckych informácií (2018): *Psychiatrická starostlivosť v SR 2017.*

F10.0-F19.9 Poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním alkoholu a psychoaktívnych látok

F20.0-F29 Schizofrénia, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi

F30.0-F39 Afektívne poruchy

F40.00-F48.9 Neurotické poruchy, poruchy podmienené stresom a somatomorfne poruchy

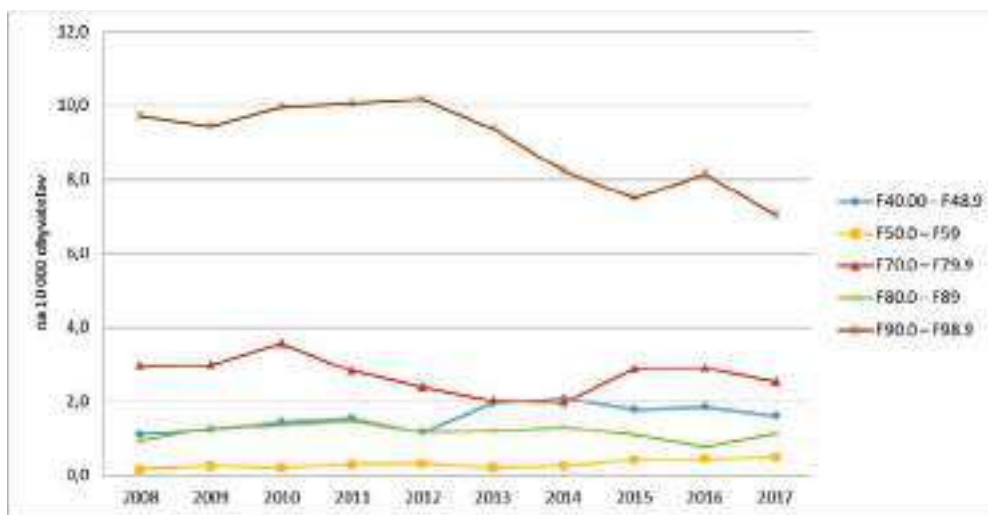
F70.0.-F79.9 Duševná zaostalosť

F90.0-F98.9 Poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospelovania

Hospitalizácie detí do 14 rokov tvorili necelé 3% z celkového počtu hospitalizácií v roku 2017. Približne v polovici prípadov z tohto počtu boli dôvodom Poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospelovania. Podobne to bolo aj vo vekovej skupine 15 až 19 rokov, kde ako dôvod hospitalizácií opäť prevládali Poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospelovania. Prehľad hospitalizácií podľa diagnóz v rokoch 2008-2017 u detí a dospelujúcich vo veku 0-14 rokov a vo veku 15-19 rokov tiež jednoznačne ukazuje, že v Poruchy správania a emočné poruchy so

zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania patria dlhodobo hlavnému dôvodu hospitalizácie detí a dospievajúcich a to hlavne vo veku 0-14 rokov (Národné centrum zdravotníckych informácií 2018). (Obrázok 4 a 5).

Obrázok 4. Hospitalizácie detí a dospievajúcich vo veku 0-14 rokov podľa vybraných diagnóz v rokoch 2008-2017



Zdroj: Národné centrum zdravotníckych informácií (2018): *Psychiatrická starostlivosť v SR 2017*.

F40.00-F48.9 Neurotické poruchy, poruchy podmienené stresom a somatomorfné poruchy

F50.0-F59 Poruchy správania spojené s poruchami fyziologických funkcií a somatických faktorov

F70.0.-F79.9 Duševná zaostalosť

F80.0-F89 Poruchy psychického vývinu

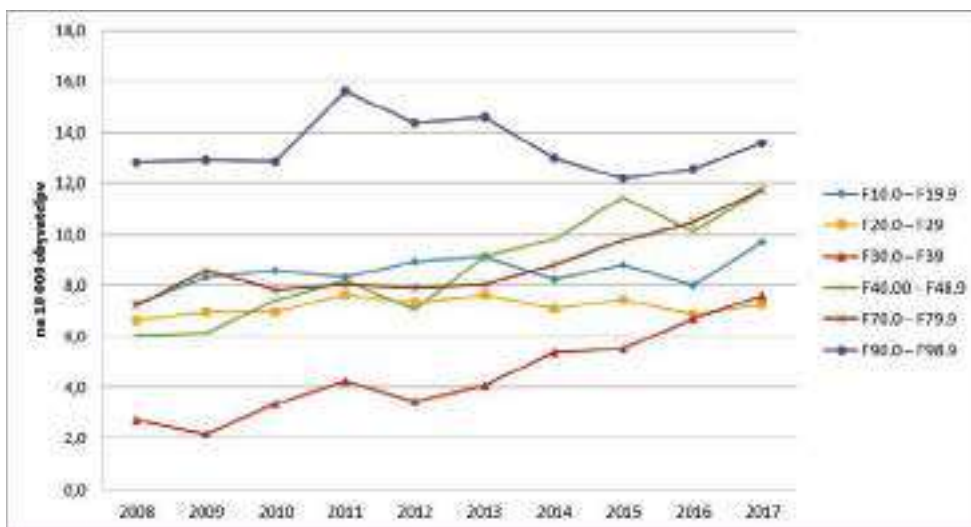
F90.0-F98.9 Poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania

Prečo by sme sa mali týmito problémami dospievajúcich zaoberať?

EBP sú najčastejšími duševnými problémami počas detstva a dospievania a ich výskyt sa v poslednom období zvyšuje (Jaspers 2012). Ak sa EBP v detstve nepodchytiť, zvyšuje sa riziko ďalších a omnoho väčších problémov neskôr v dospelosti. Problémy z dospievania sa totiž bez včasnej identifikácie a intervencie môžu pretaviť do závažnejších emocionálnych a behaviorálnych porúch (ako je úzkosť, depresia, obsedantno-kompulzívna porucha, schizofrénia) (National Institute for Health and Clinical Excellence 2006, Stringaris, Lewis a Maughan 2014, Luby, Gaffrey, Tillman, April a Belden 2014, Dougherty a kol. 2015). Okrem toho môžu nepodchytené problémy z dospievania viesť k nadužívaniu alkoholu a drog, anti-sociálnemu správaniu, zapojeniu do rizikového sexuálneho správaniu či sebapoškodzovaniu

v dospelosti (Fergusson, Horwood a Ridder 2005, National Institute for Health and Clinical Excellence 2006, Burke, Waldman a Lahey 2010, Raudino, Woodward, Fergusson a Horwood 2012, Kretschmer a kol. 2014).

Obrázok 5. Hospitalizácie detí a dospelých vo veku 15-19 rokov podľa vybraných diagnóz v rokoch 2008-2017



Zdroj: Národné centrum zdravotníckych informácií (2018): *Psychiatrická starostlivosť v SR 2017.*

F10.0-F19.9 Poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním alkoholu a psychoaktívnych látok

F20.0-F29 Schizofrénia, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi

F30.0-F39 Afektívne poruchy

F40.00-F48.9 Neurotické poruchy, poruchy podmienené stresom a somatomorfne poruchy

F70.0.-F79.9 Duševná zaostalosť

F90.0-F98.9 Poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania

Dospievajúci s EBP je iný a ako taký so svojou inakosťou vo svojom okolí takpovediac „naráža“. Zvyšuje sa riziko, že bude mať problém v rodine, v škole alebo vo vzťahoch so svojim okolím. Znižuje sa jeho šanca na kvalitné vzdelanie, čo následne ovplyvní šance zamestnať sa a získať kvalitnú prácu (National Institute for Health and Clinical Excellence 2006, Jaspers 2012, Smith a kol. 2014, Ogundele 2018). V dôsledku neriešených problémov a „narážania“ budú omnoho problematickejšie aj jeho vzťahy s okolím a schopnosť zapojiť sa do nich plnohodnotne bude stále menšia. Ak sa to všetko zráta, je jasné, že prežívaná spokojnosť a celková kvalita života bude u týchto dospievajúcich v dospelosti omnoho horšia (Kessler 2001, National Institute for Health and Clinical Excellence 2006, Smith a kol. 2014, Ogundele 2018).

V neposlednom rade netreba zabúdať, že v prípade založenia vlastnej rodiny môže v dôsledku ich horšieho vzdelania, slabšieho finančného zabezpečenia, zvýšenej pravdepodobnosti nepriaznivých udalostí v prostredí rodiny, horšieho vlastného psychického stavu či horších rodičovských zručností (Lacková Rebičová a kol. 2019, Macková a kol. 2019, Paclíková a kol. 2019, Kaščáková a kol. 2020) dochádzať ku generačnému prenosu problémov (Morris a kol. 2007).

Napriek tomu, že EBP sú tak časté a že ich pribúda, začína byť stále viac jasné, že súčasný systém starostlivosti na tento nárast nemusí byť dostatočne pripravený. O tom, čo a ako v starostlivosti funguje či nefunguje, a ak to nefunguje, tak prečo tomu tak je, vieme očividne veľmi málo. Starostlivosť je často popisovaná ako „čierna skrinka“ (Libby a kol. 2005), čo naznačuje, že sa vie len málo o konkrétnom obsahu ponúkanej starostlivosti a ešte menej o jej krátkodobých a dlhodobých výsledkoch. Tomu, aby sa problémy dospievajúcich neprehlbovali by do značnej miery mohlo pomôcť skoré odhalenie problémov, včasná intervencia a následne adekvátne riešenie takýchto problémov (Reijneveld a kol. 2004). Z finančného hľadiska nám ekonomické odhady hovoria, že včasná identifikácia a intervencia v prípade ešte sa len rozvíjajúcich problémov stojí spoločnosť omnoho menej ako riešenie už rozvinutých a dlhotrvajúcich problémov (Doyle a kol. 2009, Smith a Smith 2010, Snell a kol. 2013).

Je preto veľmi dôležité venovať pozornosť zhromažďovaniu informácií a dôkazov v tejto oblasti s perspektívou rozvíjania poskytovanej starostlivosti, ktorá pomôže k skorému odhaleniu problému, včasnej intervencii, podpore, a liečbe.

Akým spôsobom boli v minulosti uskutočňované štúdie o systéme starostlivosti o dospievajúcich s emocionálnymi problémami a problémami v správaní?

Potreba spoznať a zlepšiť fungovanie systému starostlivosti o dospievajúcich s EBP priviedla v uplynulých dekádach mnoho výskumníkov k snahe vnieť do tohto problému potrebné svetlo. Robené boli výskumy od jednoduchých až po veľké komplexné, kombinujúce mnoho prístupov, všetky s tým istým cieľom. Zistiť, ako to je, čo funguje, čo nefunguje a čo je potrebné spraviť, aby to fungovalo lepšie.

V princípe sa hľadanie odpovedí dialo buď kvantitatívne alebo kvalitatívne. Hlavnými charakteristikami tradičného kvantitatívneho výskumu sú zameranie sa na dedukciu, potvrdenie, testovanie teórie/hypotéz, vysvetlenie, predikciu, štandardizovaný zber údajov (napríklad formou dotazníkov alebo objektívnych meraní) a štatistickú analýzu. Hlavnými charakteristikami tradičného kvalitatívneho výskumu sú indukcia, objavovanie, skúmanie, tvorba teórie/hypotéz, výskumník ako primárny „nástroj“ zberu údajov (napríklad formou rozhovorov

a zaznamenávania subjektívnych výpovedí) a kvalitatívna analýza (Johnson a Onwuegbuzie 2004).

Využitie len jednej z možností (kvantitatívne alebo kvalitatívne) môže mať svoje nedostatky. V prípade kvantitatívneho prístupu to sú: (1) vopred stanovené kategórie, ktoré výskumník v kvantitatívnom výskume používa a (2) teórie, z ktorých výskumník v kvantitatívnom výskume vychádza, nemusia odrážať to, ako to cieľová skupina má, (3) výskumník môže prísť o cenné informácie, pretože sa v kvantitatívnom výskume zameriava skôr na testovanie svojej už existujúcej teórie alebo hypotézy ako na vytváranie novej, (4) získané vedomosti môžu byť príliš abstraktné a všeobecné pre priame uplatnenie v konkrétnej každodennej praxi. Nedostatky kvalitatívneho prístupu sú zas nasledovné: (1) získané vedomosti sa nemusia dať zovšeobecniť na iných ľudí či iný kontext, (2) je ťažké robiť kvantitatívne predpovede, (3) je ťažšie testovať hypotézy a teórie, (4) zber údajov v porovnaní ku kvantitatívnemu výskumu trvá dlhšie, (5) analýza údajov je často časovo náročná, (6) výsledky sú ľahšie ovplyvnené subjektívnym pohľadom výskumníka (Johnson a Onwuegbuzie 2004).

Najkomplexnejšou možnosťou sa preto zdá byť kombinovanie oboch prístupov v tzv. mixovaní metód, pri ktorom sa na tú istú otázku hľadajú odpovede kvantitatívne aj kvalitatívne a zvyšuje sa tak šanca na čo najpresnejšie a najobsiahlejšie zodpovedanie položených otázok (Johnson a Onwuegbuzie 2004). Použitie kvantitatívneho a kvalitatívneho skúmania súčasne jednak prináša veľmi bohatý zdroj informácií a jednak znižuje možné nedostatky oboch prístupov v porovnaní so situáciou, kedy sú uskutočňované samostatne (Johnson, Onwuegbuzie a Turner 2007).

Pri robení výskumu zostávala dôležitou otázkou, aká je jeho relevantnosť pre prax ak sa na hľadanie odpovedí nepodieľajú tí, ktorých sa problém týka a ktorí o ňom majú informácie tak povediac z prvej ruky. Riešením sa zdá byť využitie tzv. participatívneho prístupu. Participatívny prístup je výskum v spolupráci s tými, ktorých sa skúmaný problém týka. Je to robené preto, aby sa získali vedomosti potrebné na vytvorenie takých odporúčaní a riešení, ktoré budú naozaj účinné a cieľovej skupine skutočne pomôžu (Green a kol. 1995). Na základe vytvoreného partnerstva s výskumníkmi sa tak ľudia, ktorých sa skúmaný problém týka dostávajú priamo k procesu tvorby praktických riešení problémov a prekonáva sa medzera, ktorá medzi teóriou a praxou obvykle existuje (Cargo a Mercer 2008).

To, ako je možné a aké je dôležité kombinovať viacero prístupov v snahe o dôkladné zmapovanie skúmaného problému si môžeme ukázať na dvoch príkladoch už uskutočnených štúdií. Jedna bola realizovaná v USA, druhá u nás na Slovensku.

Ukážkou komplexného prístupu k skúmaniu starostlivosti pre dospelých s emocionálnymi problémami a problémami v správaní bol projekt realizovaný v USA v 90. rokoch pod názvom Fort Bragg projekt. Kompletne nový, kontinuálny, jednotlivé prvky starostlivosti koordinujúci model starostlivosti porovnávali s dovtedy existujúcim štandardným typom starostlivosti, ktorý bol pre dospelých s emocionálnymi problémami a problémami v správaní bežne dostupný. Novovytvorený model starostlivosti bol založený na existujúcich vedeckých poznatkoch a teóriách. Išlo o kvantitatívnu experimentálnu štúdiu s dlhodobým sledovaním a hodnotením zavedenia nových postupov a zdravotných ale aj ekonomických dopadov novovytvoreného systému starostlivosti. Napriek extrémne vysokej kvalite pripraveného projektu sa výsledky novovytvorenej starostlivosti nelíšili od už existujúcej a štandardne poskytovanej. Možným nedostatkom takto vytvoreného projektu bolo chýbajúce kvalitatívne overovanie všadeprítomného kontextu bez participatívneho zapojenia tých, o ktorých v prvom rade šlo. Jasný odkaz pre budúce skúmanie formulovali tvorcovia projektu v hodnotení, že „je potrebná spolupráca medzi poskytovateľmi starostlivosti a výskumníkmi s cieľom lepšie porozumieť tomu, ako zlepšiť poskytované služby“ (Bickman 1996). Ako ukázala táto štúdia, je veľmi problematické skúšať nové inovatívne zlepšenia ad hoc. Je potrebné v prvom rade pochopiť veľmi zložitý kontext, v ktorom sa poskytovanie starostlivosti uskutočňuje a mechanizmy, ktoré v ňom fungujú. Okrem toho je nevyhnutné reflektovať potreby systému starostlivosti z pohľadu tých, ktorí v ňom dennodenne fungujú – dospelých s problémami, ich rodičov a poskytovateľov starostlivosti. To je bez schopnosti ísť v pátraní po odpovediach do šírky (kvantitatívne) i hĺbky (kvalitatívne) a bez ich priameho zapojenia (participatívne) veľmi náročné.

Napriek čiastkovým snahám o osvetlenie tejto problematiky aj na Slovensku, nebola doteraz u nás uskutočnená žiadna komplexná štúdia kombinujúca rôzne prístupy. Výnimku tvorí veľmi rozsiahly projekt Analýzy zistení o stave školstva na Slovensku (Hall a kol. 2019), ktorý ale, ako je jasné už z názvu, prináša pohľad nie na systém starostlivosti ale na školu a školský systém ako taký. Jej zámerom je opis situácie a identifikovanie najvypuklejších problémov školstva, ich príčin, súvislostí a dopadov s cieľom navrhnúť komplexné zmeny vzdelávania od škôlok až po vysoké školy. Analýza je postavená na rozsiahlom kvalitatívnom a kvantitatívnom prieskume, ktorý bol realizovaný v rokoch 2017 – 2019. Prieskum prebiehal v dvoch etapách. Kvalitatívny prieskum, ktorý bol uskutočnený formou hĺbkových individuálnych a skupinových rozhovorov, sa zameriaval na identifikáciu najväčších problémov slovenského školstva, ich príčin a súvislostí v uvedených piatich oblastiach. Nasledovný kvantitatívny dotazníkový prieskum bol zameraný na kvantifikáciu zistení z kvalitatívneho prieskumu, t. j. na preskúmanie, v akom rozsahu a v akých kontextoch sú v slovenskom školstve prítomné problémy, identifikované v rámci hĺbkových individuálnych a skupinových rozhovorov (Hall

a kol. 2019). Takto realizovaná štúdia je z hľadiska metodológie príkladom toho, akým smerom je potrebné sa uberať v snahe priniesť informácie, ktoré by boli podkladom pre možnosť komplexných zmien.

Na rovnakom princípe, kombinujúc kvantitatívne i kvalitatívne metódy a participatívne zapojenie tých, ktorých sa výskum týka, bola robená aj štúdia Care4Youth, ktorej výsledky chceme v nasledujúcich kapitolách prezentovať.

Čo sme sa o systéme starostlivosti o dospelých s emocionálnymi problémami a problémami v správaní na základe predchádzajúceho výskumu dozvedeli?

Systém starostlivosti o dospelých s EBP zahŕňa celé spektrum poskytovaných služieb od podpory rodičov, poradenskej, psychologickkej, sociálnej a psychiatrickej starostlivosti. Viacero krajín sa snaží zlepšiť výkon systému starostlivosti a jeho schopnosť reagovať na potreby klientov. Každá krajina má svoj vlastný systém poskytovanej starostlivosti, ktorý odzrkadľuje konkrétne potreby daného štátu. Aj keď je samozrejmé, že jednotlivé štáty do istej miery vychádzajú z rovnakých teoretických východísk, v každej z nich je potrebné sledovať aj súčasný vývoj a prostredníctvom spojenia výskumu s praxou prinášať aktuálne informácie.

Na základe informácií z výskumov, ktoré sa robili prevažne v USA a v západnej Európe vieme, že v súčasnosti nie je prevencia, diagnostika a liečba v systéme starostlivosti optimálna z viacerých dôvodov, na ktoré sa detailnejšie pozrieme v nasledujúcej časti tejto kapitoly.

Starostlivosť o dospelých s EBP je často nerovnomerne rozdelená, pričom niektorí dospelí nedostávajú žiadnu starostlivosť (Kataoka a kol. 2002; Merikangas a kol. 2011; Jansen a kol. 2013; Langer a kol. 2015; Vasileva a Petermann 2017; Nanninga a kol. 2018; George a kol. 2018) a niektorí ju naopak dostávajú bez toho, aby bola úplne nutná (Paclíková a kol. 2020). Existujúci výskum ukazuje problémy v prístupe k, vstupe do a využívaní starostlivosti (Garland a kol. 2017).

V prvom rade sa dospelým s EBP neposkytuje podpora alebo liečba kvôli neadekvátnej identifikácii ich problémov (Reijneveld a kol. 2004) či existujúcim bariéram v prístupe k starostlivosti, ktorým dospelí a ich rodičia čelia (Nanninga a kol. 2016, Fridman a kol. 2017). Ďalej, ak je aj problém identifikovaný a klient odoslaný k odborníkovi, k zhoršeniu problémov môže dôjsť z dôvodu odkladania odbornej starostlivosti kvôli čakacím listinám (Oruche a kol. 2014). Problémom je aj situácia, kedy po vstupnom hodnotení býva dospelý s cieľom poskytnúť mu potrebnú starostlivosť odosielaný do inej inštitúcie k ďalšiemu odborníkovi, čo čas od identifikácie problému po začiatok starostlivosti predlžuje (Reijneveld

a kol. 2004) Netreba zabúdať aj na fakt, že identifikácia problémov a vstup do systému starostlivosti býva spájaný so stigmatizáciou, ktorá vedie u rodičov k popieraniu existencie problémov a odmietaniu starostlivosti (Bowers a kol. 2013).

Navyše sa zdá, že starostlivosť ponúkaná viacerými poskytovateľmi môže byť nedostatočne koordinovaná (Paton a Hiscock 2019) a mať ponuku postupov, ktoré sa buď čiastočne prelínajú alebo sú úplne duplicitné. Nedostatočná organizácia systému starostlivosti vedie k paralelnej starostlivosti a viacnásobnému vstupu adolescentov do starostlivosti, čo je jednak zbytočne neefektívne z pohľadu organizácie poskytovanej starostlivosti a jednak zbytočne mätúce a zaťažujúce pre samotného klienta. Zároveň býva starostlivosť často uplatňovaná súčasne alebo postupne rôznymi poskytovateľmi starostlivosti bez existujúcej vzájomnej komunikácie čím sa možnosti jej efektívneho pôsobenia znižujú (Lambert 1992, Farmer a kol. 2003, Wulczyn, Kogan a Jones Harden 2003, Schofield a kol. 2007). Poskytovatelia starostlivosti majú nedostatočné metodické usmernenie, čelia vysokej administratívnej záťaži a nedostatku inštitucionálnych a personálnych kapacít (Pfefferle 2007; Cole a kol. 2016; Paton a Hiscock 2019).

Pri prístupe svojich detí k starostlivosti, pri spolupráci alebo možnom odmietnutí navrhovanej starostlivosti zohrávajú rozhodujúcu úlohu aj rodičia (Radovic a kol. 2015; Paton a Hiscock 2019). Medzi problémy, ktoré môžu nepriaznivo ovplyvňovať úspešnosť ponúkanej starostlivosti patria charakteristiky na úrovni rodiny ako napríklad nedostatok financií, výskyt mnohých problémov v rodine súčasne (multiproblémové rodiny), nízka úroveň rodičovských schopností alebo nedostatok informácií o starostlivosti, ktorými rodičia disponujú (Radovic a kol. 2015; Paton a Hiscock 2019). Napokon, u klientov, ktorí sa opakovane dostávajú do systému starostlivosti je náročné dosiahnuť potrebnú mieru spolupráce, respektíve títo klienti majú tendenciu nedodržiavať odporúčané opatrenia, liečbu, alebo predčasne ukončiť spoluprácu pri riešení ich problémov či liečbe (Knorth a kol. 2008). Komunikácia medzi poskytovateľmi a ich klientmi je kľúčovým predpokladom pre zabezpečenie kvality poskytovanej starostlivosti (Wissow a kol. 2008, van Eijk a kol. 2013).

Predchádzajúci výskum prináša väčšinou len čiastkové informácie o starostlivosti poskytovanej dospelým s EBP. Naša štúdia si kládla za cieľ priniesť komplexný pohľad všetkých zúčastnených, čiže samotných dospelých, ich rodičov a poskytovateľov starostlivosti. Znalosť celého systému starostlivosti môže umožniť následné zvýšenie efektívnosti celej starostlivosti.

Zhrnutie

- Problémy, ktoré dospievajúci majú sa dejú na úrovni emócií v ich vnútri (internalizované problémy), alebo sú viac na úrovni správania a prejavujú sa skôr navonok vo vzťahu k iným ľuďom či okoliu ako takému (externalizované problémy)
- Výskyt EBP je pomerne častý - trpí nimi až 10-20% detí a dospievajúcich
- U dievčat dominujú skôr problémy na úrovni emócií zatiaľ čo problémy v správaní sa častejšie objavujú u chlapcov
- Problémy môžu mať vplyv na to akí úspešní budú v škole, vo svojej budúcej práci a vo vzťahu k ľuďom vo svojom okolí
- Doterajšie výskumy boli robené prevažne v zahraničí a bez participácie samotnej cieľovej populácie, čiže tých, ktorých sa výskum týka
- Napriek čiastkovým snahám o osvetlenie tejto problematiky aj na Slovensku, nebola doteraz u nás uskutočnená žiadna štúdia v podobnom rozsahu kombinujúc všetky uvedené prístupy



Kapitola 2 – Skúmanie systému starostlivosti o dospelých s emocionálnymi problémami a problémami v správaní v rámci štúdie Care4Youth

Prečo štúdia Care4Youth?

Štúdiou Care4Youth sme chceli zmapovať súčasný systém starostlivosti o dospelých s emocionálnymi problémami a problémami v správaní (ďalej len EBP) na Slovensku. Zaujímalo nás aký je a aké sú jeho možné nedostatky z pohľadu všetkých, ktorých sa to týka (dospelých s problémami, ich rodičov, poskytovateľov starostlivosti a ďalších zainteresovaných inštitúcií). Pozrieť sme sa chceli tiež na trajektóriu dospelých s EBP v systéme starostlivosti. To znamená, že nás zaujímalo, kedy a ako vstupujú a vystupujú do a zo systému starostlivosti, prípadne prechádzajú z jedného typu starostlivosti do druhého a aký dopad na nich rozličné trajektórie majú. V neposlednom rade nás zaujímalo aké sú rizikové a protektívne faktory, ktoré ovplyvnia ich úspešnosť v systéme starostlivosti, alebo naopak, ktoré ich ohrozujú.

To všetko s cieľom podporiť návrh vylepšení v systéme starostlivosti, ktorý by bol prospešným pre všetky zúčastnené strany.

Odporúčania by mali byť vytvorené pre:

- poskytovateľov starostlivosti a ďalších zainteresovaných inštitúcií v rámci systému starostlivosti o dospelých s EBP
- politikov podieľajúcich sa na tvorbe legislatívnych opatrení v rámci systému starostlivosti o dospelých s EBP

Ako bola štúdia Care4Youth uskutočnená?

V porovnaní s inými doteraz realizovanými štúdiami sme sa v rámci štúdie Care4Youth, ktorú sme uskutočnili v Košiciach a širšom regióne, posunuli o krok ďalej. Pri dosahovaní nami stanovených cieľov sme sa opierali o tri základné piliere. V prvom rade sme sa rozhodli pre kombináciu kvantitatívnych a kvalitatívnych metód, uskutočnili sme tzv. **mixovanie metód**. Naše skúmanie sme robili v spolupráci s tými, ktorých sa výskum týka, čiže **participatívne**. Schopnosť priniesť komplexný pohľad nám umožnilo zapojenie všetkých zúčastnených, čiže samotných dospelých, ich rodičov a poskytovateľov starostlivosti, odborné sa tento proces nazýva **trianguláciou**. Bližšie si predstavíme nasledovné časti štúdie:

1. Štúdium literatúry, dostupných dokumentov a analýza sietí tzv. „network analysis“

2. Kvantitatívna štúdia

3. Kvalitatívna štúdia

4. Mapovanie konceptov

Viac informácií o štúdií je možné nájsť na:
<https://care4youth.com/>
<https://www.facebook.com/Care4YouthSK/>

Čo je štúdia Care4Youth?

Štúdia Care4Youth je hľadanie odpovedí

- kvantitatívne – dotazníkmi
- kvalitatívne – rozhovormi a mapovaním konceptov
- participatívne – s priamou účasťou a spätnou väzbou od tých, ktorých sa to týka
- longitudinálne – dlhodobo v priebehu troch rokov
- trianguláciou – z pohľadu všetkých zúčastnených

Kde bola štúdia realizovaná?

- Košice a okolitý región

Koho sa týka, čiže kto sú všetci zúčastnení?

- dospelávajúci
- ich rodičia
- profesionáli poskytujúci im pomoc

Kto ju robí?

- tím psychológov, sociálnych pracovníkov, verejných zdravotníkov a ekonómov
- v úzkej spolupráci so zástupcami z oblasti psychológie, psychiatrie a sociálnej práce

Zisťovanie, ktoré inštitúcie sa podieľajú na poskytovaní starostlivosti pre dospelých s EBP a aká je trajektória dospelých s problémami v tomto systéme prebehlo v dvoch krokoch:

1. Štúdium literatúry a dostupných legislatívnych dokumentov ako aj konzultácie s odborníkmi z akademickej oblasti a praxe. Táto úvodná časť štúdie slúžila na primárne zorientovanie sa v problematike a vytipovanie inštitúcií poskytujúcich starostlivosť o dospelých s EBP.

2. Podrobné mapovanie inštitúcií zapojených do systému starostlivosti a ich priamych a/alebo nepriamych väzieb možno dosiahnuť analýzou sietí tzv. „network analysis“, ktorá vníma inštitúcie v spoločnosti ako systém objektov, ktoré sú vzájomne prepojené prostredníctvom rôznych typov vzťahov. Na základe predchádzajúceho kroku boli identifikovaný a následne oslovení poskytovatelia starostlivosti ako zástupcovia všetkých typov poskytovanej starostlivosti. Na spoločnom stretnutí sme ich požiadali o zodpovedanie nasledujúcich otázok: (1) Kto odporúča alebo iniciuje vstup klientov do starostlivosti o ich inštitúciu? (2) Ktorým inštitúciám odporúčajú svojich klientov na ďalšiu starostlivosť? (3) S ktorými inštitúciami spolupracujú pri starostlivosti o svojich klientov? (4) Aké sú charakteristiky komunikácie medzi nimi a ostatnými spolupracujúcimi inštitúciami?

Zároveň sme im ponúkli možnosť zaznačiť šípku odkiaľ k nim klienti prichádzajú a kam ich ďalej posielajú do predpripravenej mapy inštitúcií poskytujúcich starostlivosť dospelým s EBP. Na základe ich odpovedí bola vytvorená, vizualizovaná a overená mapa komplexného systému starostlivosti so všetkými identifikovanými poskytovateľmi starostlivosti. S predbežnou verziou sme sa opäť vrátili k poskytovateľom starostlivosti a na druhom, konfirmačnom stretnutí sme ich nechali do modelu zaznačiť prípadné doplnenia. Počet poskytovateľov starostlivosti zapojených do analýzy sietí v jednotlivých vetvách starostlivosti je možné vidieť v Tabuľke 1. Výsledky sme spracovali v Kapitole 3.

Tabuľka 1. Počet poskytovateľov starostlivosti zapojených do network analýzy v jednotlivých vetvách starostlivosti

Fáza	Preventívno-poradenská vetva starostlivosti		Sociálna vetva starostlivosti		Zdravotnícka vetva starostlivosti	
	I	II	I	II	I	II
Počet inštitúcií	7	7	6	7	4	5
Počet poskytovateľov:	10	11	10	16	5	6
psychologička	5	6	4	5	2	2
pedopsychiatricka	-	-	-	-	2	3
sociálna pracovníčka	-	-	6	11	1	1
špeciálna pedagogička	2	2	-	-	-	-
učiteľka	2	2	-	-	-	-
výchovná poradkyňa	1	1	-	-	-	-

I – úvodné stretnutie analýzy sietí

II – druhé, konfirmačné stretnutie analýzy sietí

Kvantitatívna štúdia

Kvantitatívna časť štúdie Care4Youth mala charakter prospektívnej kohortovej štúdie. Pre zodpovedanie našich otázok sme v rámci dlhodobého, tzv. longitudinálneho sledovania do našej štúdie zapojili všetkých, ktorých sa táto problematika týka, to znamená nielen dospievajúcich s EBP, ale aj ich rodičov alebo zákonných zástupcov, a odborníkov, ktorí im nejaký druh starostlivosti poskytujú (psychológov, psychiatrov, sociálnych pracovníkov). Súčasťou prospektívnej kohortovej štúdie bola aj kontrolná komunitná vzorka, výsledky ktorej plánujeme prezentovať samostatne, najčastejšie formou jednotlivých vedeckých článkov.

Odpovede na naše otázky sme zisťovali pomocou dotazníkov, ktoré sme prostredníctvom spolupracujúcich poskytovateľov starostlivosti administrovali tým rodičom/zákonným zástupcom a deťom, ktorí po oboznámení sa s touto štúdiou súhlasili s účasťou na výskume. Oslovení boli tí, ktorí spĺňali vekové kritérium (10-16 roční dospievajúci), boli schopní porozumieť slovenskému jazyku a prišli do konkrétnej inštitúcie po prvý raz. Keďže sme sa v tejto štúdiu zameriavali na proces a charakteristiky poskytovania starostlivosti z dlhodobého hľadiska, údaje sme plánovali zbierať v štyroch fázach: v úvodnej fáze pri prvom stretnutí (T1), po troch mesiacoch (T2), po roku (T3) a po dvoch rokoch (T4) poskytovania starostlivosti. V súčasnej dobe sme ukončili získavanie informácií cez dotazníky v prvej úvodnej fáze a v druhej fáze po troch mesiacoch. Ešte stále nám beží získavanie informácií v tretej fáze po

roku a vo štvrtej fáze po dvoch rokoch. V Tabuľke 2 je možné vidieť počet dospelých, ich rodičov a poskytovateľov starostlivosti v prvej a druhej vlně zberu dát v jednotlivých vetvách starostlivosti a celkovo.

Tabuľka 2. Počet dospelých, ich rodičov a poskytovateľov starostlivosti v prvej a druhej vlně zberu dát v jednotlivých vetvách starostlivosti a celkovo

	Preventívno-poradenská vetva starostlivosti		Sociálna vetva starostlivosti		Zdravotnícka vetva starostlivosti		Celková starostlivosť	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2
Dospelí	42	30	58	51	63	41	163	122
Rodičia/zákonní zástupcovia	40	28	58	51	63	41	161	120
Poskytovatelia starostlivosti	41	39	58	55	63	56	162	150

T1 – vstup do starostlivosti

T2 – stav po 3 mesiacoch

Ako je možné vidieť v Tabuľke XY, celkovo sa nám do výskumu podarilo zapojiť **162 poskytovateľov** starostlivosti, z ktorých nám aj po troch mesiacoch stále ostalo 150. Pomocou nich sme do výskumu v prvej fáze zapojili **161 rodičov, resp. zákonných zástupcov** (po troch mesiacoch 120) a **163 dospelých s EBP** (po troch mesiacoch 122).

Práve vďaka pomoci poskytovateľov sa nám podarilo zapojiť rodičov a ich deti v takmer každom type zariadenia poskytujúceho starostlivosť. Na druhej strane to však so sebou prináša aj možnú limitáciu, ktorú je potrebné zohľadňovať pri interpretácii výsledkov. Do výskumu sa zapojili najmä tie rodiny, ktoré boli od začiatku spolupracujúce a motivované, ktoré mali snahu aktuálnu situáciu riešiť a boli ochotní zdieľať svoje problémy a názory na priebeh starostlivosti, čím sa naša vzorka a výsledky z nej mierne pozitívne skreslili. Zároveň je potrebné upozorniť ešte na jedno dôležité obmedzenie dotazníkového spôsobu zberu dát. To mohlo viesť k tendencii odpovedať tak, ako si rodičia mysleli, že chceme, to znamená sociálne žiaduce. Tieto nedostatky nám pomáhala vyvažovať kvalitatívna štúdia.

Samotný dotazník sledoval viaceré témy a zostavený bol špecificky pre každý typ účastníka (osobitne pre dieťa, rodiča a poskytovateľa) a pre každú fázu výskumu (T1-T4). Zameriavali sme sa na **a) demografické a socio-ekonomické ukazovatele, b) EBP, c) zdravie a zdravý vývin, d) rizikové správanie, e) rodinu, f) školu, g) rovesníkov, h) zdravotnú gramotnosť, i) problémy rodičov vzhľadom na EBP detí a dospelých, j) charakteristiku poskytovanej starostlivosti**.

Tabuľka 3. Prehľad základných skúmaných oblastí

Tematická oblasť	Popis	D	R	P	
Demografické a socio-ekonomické ukazovatele	vek, pohlavie, zloženie rodiny, vzdelanie rodičov, zamestnanosť rodičov, problémy s platením účtov, subjektívne hodnotenie socio-ekonomického statusu rodiny		✓	✓	✓
Emocionálne problémy a problémy v správaní	Strengths and Difficulties Questionnaire		✓	✓	✓
Zdravie a zdravý vývin	sebahodnotenie zdravia, zdravotné ťažkosti, úrazy subjektívna pohoda, pozitívny vývin, beznádej, hnev, hostilita		✓		
Rizikové správanie	fajčenie, opitosť, užívanie psychoaktívnych látok, sexuálne správanie, delikventné správanie, záškolačstvo, šikanovanie		✓	✓	
Rodina	krízové situácie v rodine, stolovanie s rodičmi, zdieľané aktivity, rodinné pravidlá, rodičovské zručnosti, sociálna opora rodiny		✓	✓	
Škola	postoj k škole, vzdelanostné aspirácie, opakovanie ročníka, vzťahy so spolužiakmi, vzťahy s učiteľmi,		✓		
Rovesníci	sociálna opora rovesníkov, čas strávený s rovesníkmi, závislosť na rovesníkoch		✓		
Zdravotná gramotnosť	pocit podpory od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, dostatočné informácie na starostlivosť o svoje zdravie, aktívna starostlivosť o svoje zdravie, sociálna podpora v oblasti zdravia, posúdenie zdravotných informácií, schopnosť aktívnej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, navigácia v systéme zdravotnej starostlivosti, schopnosť nájsť aktuálne informácie o zdraví, pochopenie zdravotných informácií			✓	
Problémy rodičov vzhľadom na EBP dospievajúcich	subjektívna pohoda rodičov, akútne i chronické zdravotné ťažkosti rodičov, problémy rodičov súvisiace s EBP dieťaťa			✓	
Charakteristika poskytovanej starostlivosti	charakteristiky poskytovanej starostlivosti, vnímané bariéry vo využívaní starostlivosti, postúpenie klienta inému poskytovateľovi starostlivosti, obsah poskytovanej starostlivosti, trvanie, intenzita, účasť a rešpektovanie liečby			✓	✓

D – dospievajúci

R – rodič/zákonný zástupca

P – poskytovateľ starostlivosti

V prípade, že sa účastníci už v danej inštitúcii v ďalších fázach výskumu nenachádzali, boli kontaktovaní výskumným tímom, čo nám umožnilo získať informácie aj o spôsobe ukončovania starostlivosti. V Kapitole 4 a 5 sa budeme venovať prvým dvom fázam výskumu, a teda

hodnoteniu starostlivosti z pohľadu rodiča a poskytovateľa starostlivosti pri vstupe a po troch mesiacoch jej poskytovania. Keďže posledné fázy výskumu, a teda zber dát po roku a po dvoch rokoch poskytovania starostlivosti, v niektorých typoch inštitúcií nie sú ukončené a stále prebiehajú, výsledky z nich zatiaľ nie je možné prezentovať.

Kvalitatívna štúdia

Potom, ako sme zmapovali systém starostlivosti o dospievajúcich s EBP a identifikovali všetky inštitúcie a poskytovateľov starostlivosti, požiadali sme zástupcov všetkých spolupracujúcich inštitúcií na úrovni riadenia, ako aj na úrovni pomáhajúcich profesionálov, ktorí priamo pracujú s cieľovou klientelou o rozhovor. Aby sme zachytili pohľady rôznych odborníkov, v niektorých inštitúciách sme urobili aj viac ako jeden rozhovor. Z toho istého dôvodu sme sa zvlášť rozprávali so zástupcami vedenia spolupracujúcich inštitúcií. Snažili sme sa o to, aby sa účastníci rozhovorov cítili bezpečne pri vyjadrovaní svojich názorov a postojov pred nami aj medzi sebou navzájom. Každého rozhovoru sa teda zúčastnil minimálne jeden (v prípadoch súkromných ambulancií) no v niektorých prípadoch až štyria zástupcovia spolupracujúcich inštitúcií. Rozhovory trvali v priemere jednu až dve hodiny. Každý rozhovor viedla vždy hlavná výskumníčka a vedúca štúdie, ktorej asistovali podľa potreby jeden až dvaja výskumníci so znalosťou problematiky a praxe v danej vetve starostlivosti. Od mája 2017 do novembra 2018 sme uskutočnili **25 rozhovorov so 49 pomáhajúcimi profesionálmi v 17 inštitúciách**. Počet poskytovateľov starostlivosti podieľajúcich sa na rozhovoroch v jednotlivých vetvách starostlivosti je možné vidieť v Tabuľke 4.

Rozhovory s poskytovateľmi starostlivosti boli polo-štruktúrované, čo znamená, že okruhy otázok boli dopredu pripravené. Zároveň však bolo možné klásť doplňujúce otázky a podrobnejšie rozobrať aj ďalšie zaujímavé témy, ktoré sa počas rozhovorov objavovali. Prvá časť otázok sa týkala legislatívno-finančného rámca, kde sme sa pýtali napríklad aj na to, komu tá ktorá inštitúcia podlieha, aké zákony sa vzťahujú na jej prevádzku, aké je jej financovanie, aké sú kompetencie a služby, ktoré poskytuje, alebo aké je jej personálne zloženie. Druhá časť otázok sa sústredila na samotnú prácu s klientmi. Zaujímalo nás, akí sú klienti v starostlivosti tej ktorej inštitúcie, ako starostlivosť o nich prebieha a ako sa ukončuje. Pýtali sme sa, aké typy klientov a na základe čoho vstupujú do starostlivosti v ich inštitúcii, odkiaľ klienti prichádzajú a kam prípadne idú ďalej. Rozprávali sme sa o tom, akým spôsobom s klientmi pracujú, ako sa rozhodujú, ako hodnotia úspešnosť poskytovanej starostlivosti a čo pre nich vlastne úspech znamená. V neposlednom rade nás zaujímalo, ako by mala vyzeráť optimálna starostlivosť, čo tomu bráni a čo by sa malo zmeniť.

Tabuľka 4. Počet poskytovateľov starostlivosti podieľajúcich sa na rozhovoroch v jednotlivých vetvách starostlivosti

	Preventívno- poradenská vetva starostlivosti	Sociálna vetva starostlivosti	Zdravotnícka vetva starostlivosti
Počet inštitúcií	5	7	5
Počet rozhovorov	8	10	7
Počet poskytovateľov:	15	22	12
psychologička	7	8	4
klinická psychologička	-	-	1
pedopsychiatrička	-	-	4
zdravotná sestra	-	-	1
sociálna/y pracovníčka/ pracovník	2	14	2
špeciálna pedagogička	1	-	-
učiteľka/učiteľ	4	-	-
výchovná poradkyňa	1	-	-

Rozhovory s poskytovateľmi starostlivosti boli polo-štruktúrované, čo znamená, že okruhy otázok boli dopredu pripravené. Zároveň však bolo možné klásť doplňujúce otázky a podrobnejšie rozobrať aj ďalšie zaujímavé témy, ktoré sa počas rozhovorov objavovali. Prvá časť otázok sa týkala legislatívno-finančného rámca, kde sme sa pýtali napríklad aj na to, komu tá ktorá inštitúcia podlieha, aké zákony sa vzťahujú na jej prevádzku, aké je jej financovanie, aké sú kompetencie a služby, ktoré poskytuje, alebo aké je jej personálne zloženie. Druhá časť otázok sa sústredila na samotnú prácu s klientmi. Zaujímalo nás, akí sú klienti v starostlivosti tej ktorej inštitúcie, ako starostlivosť o nich prebieha a ako sa ukončuje. Pýtali sme sa, aké typy klientov a na základe čoho vstupujú do starostlivosti v ich inštitúcii, odkiaľ klienti prichádzajú a kam prípadne idú ďalej. Rozprávali sme sa o tom, akým spôsobom s klientmi pracujú, ako sa rozhodujú, ako hodnotia úspešnosť poskytovanej starostlivosti a čo pre nich vlastne úspech znamená. V neposlednom rade nás zaujímalo, ako by mala vyzeráť optimálna starostlivosť, čo tomu bráni a čo by sa malo zmeniť.

Všetky rozhovory boli nahrávané a zo zvukového záznamu bol vytvorený prepis. Výskumný tím rozdelený do troch skupín podľa vetiev starostlivosti následne tieto texty analyzoval. Za týmto účelom sme použili kombináciu konsenzuálneho kvalitatívneho výskumu (Hill a kol. 1997) a tematickej analýzy (Braun and Clarke 2006). Konsenzuálny kvalitatívny výskum je založený na tom, že získané dáta analyzuje niekoľko výskumníkov súčasne, čo zabezpečuje získanie viacerých perspektív alebo pohľadov na skúmanú tému. Títo výskumníci sa nakoniec ale musia zhodnúť na význame analyzovaných častí textu a nájsť konsenzus o tom, čo získané

výroky a dáta znamenajú. Na celý proces pritom dohliada minimálne jeden audítor – skúsený výskumník, ktorý plní úlohu akéhosi dozorca. V našom prípade sa na analýze textov v každej z vetiev zúčastnilo 4-5 výskumníkov a 1-2 audítori (Hill a kol. 1997). Dvaja výskumníci analyzovali všetky rozhovory vo všetkých vetvách starostlivosti. Ďalší výskumníci sa striedali v skupinách podľa oblasti vzdelania a vlastnej profesionálnej skúsenosti s prácou v tej ktorej vetve starostlivosti. Každý výskumník sa musel s textom každého rozhovoru, ktorý analyzoval, najprv poriadne oboznámiť a následne samostatne okódovať významy častí textov, ktoré sa v rozhovoroch vyskytovali. Každý kód musel byť následne prediskutovaný v tíme, všetci členovia tímu sa museli zhodnúť na význame predmetných častí textov a dospieť ku zhode. Audítori potom poskytli tímu spätnú väzbu o procese kódovania a dosahovania konsenzu. Po dokončení kódovania boli kódy zoskupené do tém a podtém v rámci každej vetvy starostlivosti. Z jednotlivých tém zoskupených do všeobecnejších domén boli v každej vetve starostlivosti vytvorené tematické mapy. Nakoniec ich prekrytím a zlúčením vznikla finálna tematická mapa, ktorá zachytáva všetky dôležité témy o charakteristikách a bariérach v systéme starostlivosti o dospievajúcich s EBP z pohľadu poskytovateľov starostlivosti. Výsledky sme spracovali v Kapitole 3, Kapitole 4 a Kapitole 5.

Mapovanie konceptov

Pri hľadaní možností na zlepšenie systému starostlivosti o dospievajúcich s EBP sme postupovali v súlade s najnovšími vedeckými poznatkami v oblasti participatívneho prístupu, na základe ktorých sme sa rozhodli použiť metódu Mapovania konceptov (z angl. Concept Mapping). Realizovali sme ho za pomoci zástupcov všetkých spolupracujúcich inštitúcií na úrovni riadenia, ako aj na úrovni pomáhajúcich profesionálov, ktorí priamo pracujú s cieľovou klientelou. Mapovanie konceptov je sofistikovaná a štruktúrovaná výskumná metóda, ktorá je založená na jednoduchom princípe skupinovej múdrosti (viac hláv viac rozumu). Táto výskumná metóda vychádza z predpokladu, že rôzni ľudia majú na rovnakú problematiku rôzny pohľad, na základe svojich vedomostí a skúseností,

Mapovanie konceptov je zmiešaná kvalitatívno-quantitatívna metóda, založená na:

- 1 kvalitatívnom zbere dát – prostredníctvom diskusných skupín (tzv. fokusové skupiny), s využitím skupinového tvorenia nápadov (tzv. brainstormingu)
- 2 kvantitatívnej analýze dát – prostredníctvom Multidimenzionálneho škálovania a Hierarchickej klastrovej analýzy

a že do procesu výskumu by mali byť zapojení aj ľudia, ktorých sa skúmaná problematika priamo dotýka. Využíva sa v prípade, keď sa výskumníci snažia za pomoci rôznych skupín ľudí zodpovedať na nejakú výskumnú otázku a vytvoriť jeden konsenzuálny koncepčný rámec.

Možno sa pýtate prečo sme jednoducho nezobierali nápady od rôznych ľudí a nespravili z nich akýsi zoznam. Takéto riešenie by bolo asi príliš neprehľadné, nekoncepčné a v konečnom dôsledku i zahlcujúce. Taktiež interpretácia, prezentácia i samotná implementácia by boli príliš zložité. Vieme, že zdroje, či už kapitálové alebo personálne nie sú bezmedzné a nie je možné uskutočniť každý, akokoľvek dobrý nápad. Tak ako by sme napríklad určili, ktoré z nápadov sú dôležitejšie a majú prednosť pred ostatnými?

Pri Mapovaní konceptov je zozbieranie myšlienok, vedomostí a skúsenosti rôznych ľudí len prvým krokom. Metóda následne umožňuje zo zozbieraných dát vytvoriť tematické okruhy, tzv. koncepty, ktoré sú nápomocné pri pomenovaní a zastrešovaní rôznych tém. A čo je azda najdôležitejšie, umožňuje prioritizovať, a síce na základe hodnôt priradených respondentmi¹ určiť, ktoré koncepty, nápady, či opatrenia sú naliehavéjšie a dôležitejšie ako ostatné. Výstupom je teda tzv. konsenzuálny koncepčný rámec, teda spoločný ucelený súhrn návrhov, na ktorom sa všetci zúčastnení dohodli. Takýto rámec nám vie hneď napovedať, ako postupovať ďalej a čím začať, a to na základe nápadov tých ľudí, ktorých sa problém bezprostredne dotýka². Navyše, nespornou výhodou tejto metódy je jej vizuálna stránka, a síce, že ponúka výstupy vo forme jednoducho čitateľných máp.

Najskôr bolo nevyhnutné identifikovať, kto sú naši respondenti. Kto sú tí ľudia, ktorých sa problém dospievajúcich s EBP bezprostredne dotýka? S ktorými ľuďmi prichádzajú dospievajúci s EBP do kontaktu? Máme za to, že okrem dospievajúcich samotných a ich rodičov, blízkej či vzdialenej rodiny, priateľov a známych sú to najmä učitelia, špeciálni pedagógovia, psychológovia, pedopsychiatri, sociálni pracovníci a v horších prípadoch i polícia, či súd. Napokon sme identifikovali tri hlavné skupiny poskytovateľov, ktoré môžu svojím pohľadom na problematiku zásadne prispieť k vylepšeniu systému starostlivosti o dospievajúcich s EBP. Doplňujúce informácie o počte zapojených poskytovateľov je možné nájsť v Tabuľke 5.

¹ Respondentmi máme na mysli osoby z cieľovej skupiny (teda takej, ktorej sa výskum týka), ktoré sa zúčastňujú výskumu a odpovedajú výskumníkom na výskumné otázky.

² Je dôležité poznamenať, že cieľom Mapovania konceptov nie je za každú cenu prísť s novými a prevratnými nápadmi. Naopak, naše skúsenosti z iných výskumných oblastí, v ktorých sme túto metódu použili poukazujú na skutočnosť, že Mapovanie konceptov častokrát napomáha k odhaleniu opatrení, ktoré sú v praxi zavedené, avšak z rôznych príčin pri implementácii zlyhávajú. V týchto prípadoch je Mapovanie konceptov skvelým prostriedkom pre identifikáciu a návrh postupu pri odstránení týchto príčin.

Tabuľka 5. Počet poskytovateľov starostlivosti v jednotlivých fázach mapovania konceptov v jednotlivých vetvách starostlivosti

Fáza	Preventívno-poradenská vetva starostlivosti			Sociálna vetva starostlivosti			Zdravotnícka vetva starostlivosti		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
Počet inštitúcií	7	7	7	6	7	6	4	5	5
Počet poskytovateľov:	10	11	9	10	16	8	5	6	6
psychologička	5	6	4	4	5	3	2	2	2
detská psychiatrička	-	-	-	-	-	-	2	3	3
sociálna pracovníčka	-	-	-	6	11	5	1	1	1
špeciálna pedagogička	2	2	2	-	-	-	-	-	-
učiteľka	2	2	2	-	-	-	-	-	-
výchovná poradkyňa	1	1	1	-	-	-	-	-	-

Fáza I – brainstorming

Fáza II – triedenie a hodnotenie

Fáza III – interpretácia

Mapovanie konceptov sme zorganizovali na troch stretnutiach. Na prvom stretnutí sme poskytovateľov starostlivosti oboznámili s cieľom štúdie, stručne sme im priblížili princíp fungovania metódy Mapovania konceptov a v ďalšej časti sme sa už venovali zberu dát. Ten prebiehal v prvej časti formou brainstormingu, v rámci ktorého sme vyzvali poskytovateľov, aby odpovedali na fokálnu otázku a v druhej časti formou triedenia a hodnotenia, kde sme vyzvali poskytovateľov, aby najskôr vytvorené nápady (položky) roztriedili do tematicky podobných skupín a pomenovali ich podľa vlastného zváženia a následne im pridelili hodnotu na škále od 1 do 4 na základe dôležitosti, naliehavosti a uskutočniteľnosti. V ďalšom kroku sme zozbierané dáta analyzovali. Výsledky

Pri brainstormingu sme sa pýtali:

Čo treba podľa Vás spraviť, aby sa zlepšil systém starostlivosti o dospelých s emocionálnymi problémami a problémami v správaní v ich prospech?

analýz sme pripravili vo forme máp. Išlo o tzv. klastrové mapy, kde sú jednotlivé nápady (položky) označené očíslovanými bodmi a zoskupené do tematicky podobných zhlukov (tzv. klastrov) podľa toho, ako ich poskytovatelia zoskupovali dohromady. Pripravili sme aj tzv. Go-Zone mapu, ktorá zobrazuje jednotlivé nápady (položky) z pohľadu naliehavosti a uskutočniteľnosti a umožňuje jednoducho odlíšiť, ktoré nápady boli poskytovateľmi považované napr. za najviac naliehavé a uskutočniteľné, alebo naliehavé, ale neuskutočniteľné.

Na druhom a treťom stretnutí sme výsledky analýz prezentovali poskytovateľom a spolu s ich pomocou sme ich interpretovali. Spoločne sme identifikovali skupinu prioritných opatrení, ktorým sme sa pokúsili dať čo najkonkrétnejšiu podobu, aby bolo jasné ako ďalej postupovať, resp. kto a ako by mal v rámci navrhnutých riešení postupovať. Taktiež sme diskutovali o tom, ako výsledky našej štúdie čo najefektívnejšie využiť. Výsledky sme spracovali v Kapitole 6.



COAST AND GEODETIC SURVEY
1007



CAUTION
AREA

Kapitola 3 - Organizácia systému starostlivosti o dospelých s emocionálnymi problémami a problémami v správaní

Zmapovanie inštitúcií v systéme starostlivosti, ktoré poskytujú starostlivosť o dospelých s emocionálnymi problémami a problémami v správaní, pochopenie ich legislatívneho rámca, rozsahu služieb a miery ich vzájomného prepojenia je nevyhnutným prvým krokom pre zistenie východiskového stavu v tejto oblasti.

Čo bolo našim zámerom?

Na základe doterajších výskumov uskutočnených prevažne v západnej Európe a USA, ktoré sme zhrnuli v úvodnej Kapitole 1, vieme, že štruktúra a organizácia systému starostlivosti o dospelých s emocionálnymi problémami a problémami v správaní (ďalej len EBP) nemusí byť ideálna. Súčasťou tohto systému je obvykle **viacero inštitúcií, ktoré nemusia navzájom o sebe vedieť**, a teda nemusia efektívne spolupracovať. Ak má byť starostlivosť, ktorá je dospelým ponúkaná, čo najlepšia možná, **je dôležité vedieť čo najviac o každej z inštitúcií, ktorá túto pomoc poskytuje**. Je potrebné dôkladne zmapovať všetkých poskytovateľov starostlivosti v celkovej organizácii systému starostlivosti a ich vzájomné prepojenie. Naším cieľom bolo zistiť, ktoré inštitúcie poskytujú starostlivosť dospelým s EBP, ako sú legislatívne zarámčované, komu právne podliehajú a ktoré zákony sa na ich prevádzku vzťahujú. Okrem toho nás zaujímalo aké majú kompetencie, aký je rozsah nimi ponúkaných služieb a aké je v nich personálne zloženie. Pýtali sme sa tiež na zdroje ich financovania a na základe akého princípu sú tieto zdroje pridelované. V neposlednom rade sme sa pozreli aj na trajektóriu dospelých s EBP v celkovom systéme starostlivosti, čiže kde hľadajú pomoc najskôr, kde do systému starostlivosti vstupujú a ako ním prípadne ďalej postupujú. To všetko sme robili s cieľom **vytvoriť komplexnú schému organizácie systému starostlivosti o dospelých s EBP**.

Čo sme robili a ako sme postupovali?

Pre dosiahnutie vyššie popísaného cieľa sme v prvom rade začali **štúdiom literatúry a dostupných legislatívnych dokumentov** ako aj úvodnými **konzultáciami s odborníkmi z akademickej oblasti a praxe**. V nasledujúcom kroku sme sa obrátili priamo na poskytovateľov starostlivosti, s ktorými sme na tému legislatívneho zarámčovania, kompetencií, služieb, personálneho zloženia a financovania hovorili počas **pološtrukturovaných kvalitatívnych rozhovorov**. Tieto rozhovory sme použili aj na zisťovanie trajektórie dospelých systémom starostlivosti. To, ako aj podrobné mapovanie inštitúcií zapojených do systému starostlivosti

a ich priamych a/alebo nepriamych väzieb sme overovali aj pomocou **analýzy sietí tzv. „network analysis“**. Viac informácií je možné nájsť v predchádzajúcej Kapitole 2.

Čo sme zistili?

Úvodné štúdium literatúry a rozhovory s odborníkmi z akadémie a praxe nám pomohli zistiť, ktoré inštitúcie sa na Slovensku podieľajú na poskytovaní starostlivosti pre dospelých s EBP, a pod ktoré z ministerstiev spadajú. Prvotný prehľad inštitúcií tvoriacich systém starostlivosti o dospelých s EBP je možné vidieť na Obrázku 6.

Obrázok 6. Prehľad inštitúcií v systéme starostlivosti o dospelých s EBP



Pod **systémom starostlivosti** máme na mysli všetky inštitúcie, ktoré prichádzajú do kontaktu s dospelými s EBP, ich pracovné postupy, ako i existujúce vzťahy, prepojenia a možnosti spolupráce medzi jednotlivými inštitúciami. V rámci kvalitatívnych rozhovorov s poskytovateľmi starostlivosti o dospelých s EBP sme sa bližšie dozvedeli aj to, kto je vlastne **klientom v systéme starostlivosti**, čiže na koho sa starostlivosť primárne zameriava. Klientom je samozrejme v prvom rade samotný dospelý. V závislosti od povahy problémov a ich príčin, s ktorými do starostlivosti vstupuje, sú často klientom aj jeho rodičia, častejšie však matka ako otec, aj keď spolupráca oboch je z pohľadu poskytovateľov dôležitá a vítaná. Je totiž nevyhnutné, aby na riešení problémov spolupracovali. Užitočné je, ak sa pracuje so všetkými zúčastnenými, koho sa problém týka – dospelý, rodina, škola. Dieťa je často označené okolím – rodičom prípadne učiteľom, ako nositeľ problému, a aj žiadateľom o riešenie problému je častejšie rodič alebo škola ako dieťa. Aj preto nemôžu byť rodičia zo spolupráce a riešenia problému vynechaní. Niekedy je ťažisko práce poskytovateľa starostlivosti

sústredené práve na rodiča. Nie všetci poskytovatelia však majú možnosť intenzívne pracovať s celou rodinou, no mnohí by to uvítali. **Poskytovateľ starostlivosti, rodič či zákonný zástupca a dospelávajúci s EBP tak tvoria základnú trojicu aktérov**, ktorí sa na riešení problému dospelávajúceho v starostlivosti podieľajú.

Jednotlivé inštitúcie v systéme starostlivosti poskytujú pomerne **široké spektrum služieb**. V priebehu kvalitatívnych rozhovorov nám poskytovatelia uvádzali, že samotná práca s klientom na dosahovaní stanovených cieľov môže mať mnoho podôb, odohrávať sa v rozličných prostrediach a kombinovať viacero stratégií či prístupov. Starostlivosť sa v prvom rade delí na **ambulantnú a pobytovú formu** podľa toho, či klient za poskytovateľom dochádza, alebo je mu v zariadení poskytovaná celodenná starostlivosť. Výnimkou však nie je ani dochádzanie poskytovateľa za klientom, keď sa jedná o **terénnu prácu**. Práca s klientom môže byť tiež **individuálna alebo skupinová**. Dôležité je aj, či je práca poskytovateľa **zameraná primárne na dospelávajúceho alebo na rodiča, prípadne sa pracuje s celou rodinou**. Ak je potrebné do riešenia problému zapojiť rodinu a širšie okolie dospelávajúceho, poskytovatelia hľadajú zdroje v okolí dospelávajúceho a využívajú stratégiu sieťovania. Prepájajú jednotlivých aktérov a zapájajú ich do riešenia problémov.

Zmapovaním inštitúcií, ktoré poskytujú starostlivosti o dospelávajúcich s EBP sme zistili, že ich možno rozdeliť do troch vetiev: **1) preventívno-poradenskej starostlivosti, 2) zdravotníckej starostlivosti a 3) sociálnej starostlivosti**. (Obrázok 6). Ako uvádzali poskytovatelia, na fungovanie jednotlivých inštitúcií poskytujúcich starostlivosť dospelávajúcim s EBP sa vzťahujú mnohé zákony z dielne štyroch rezortov. Inštitúcie poskytujúce starostlivosť dospelávajúcim s EBP teda **spadajú pod štyri ministerstvá: Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu; Ministerstvo zdravotníctva; Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny a Ministerstvo vnútra**. Od príslušnosti inštitúcií k jednotlivým rezortom závisia aj zdroje financovania inštitúcií. Aj to je ale spravidla viaczdrojové a inštitúcie, pokiaľ im to legislatíva dovoľuje, hľadajú zdroje na dofinancovanie svojich aktivít cez rôzne projekty a sponzorov.

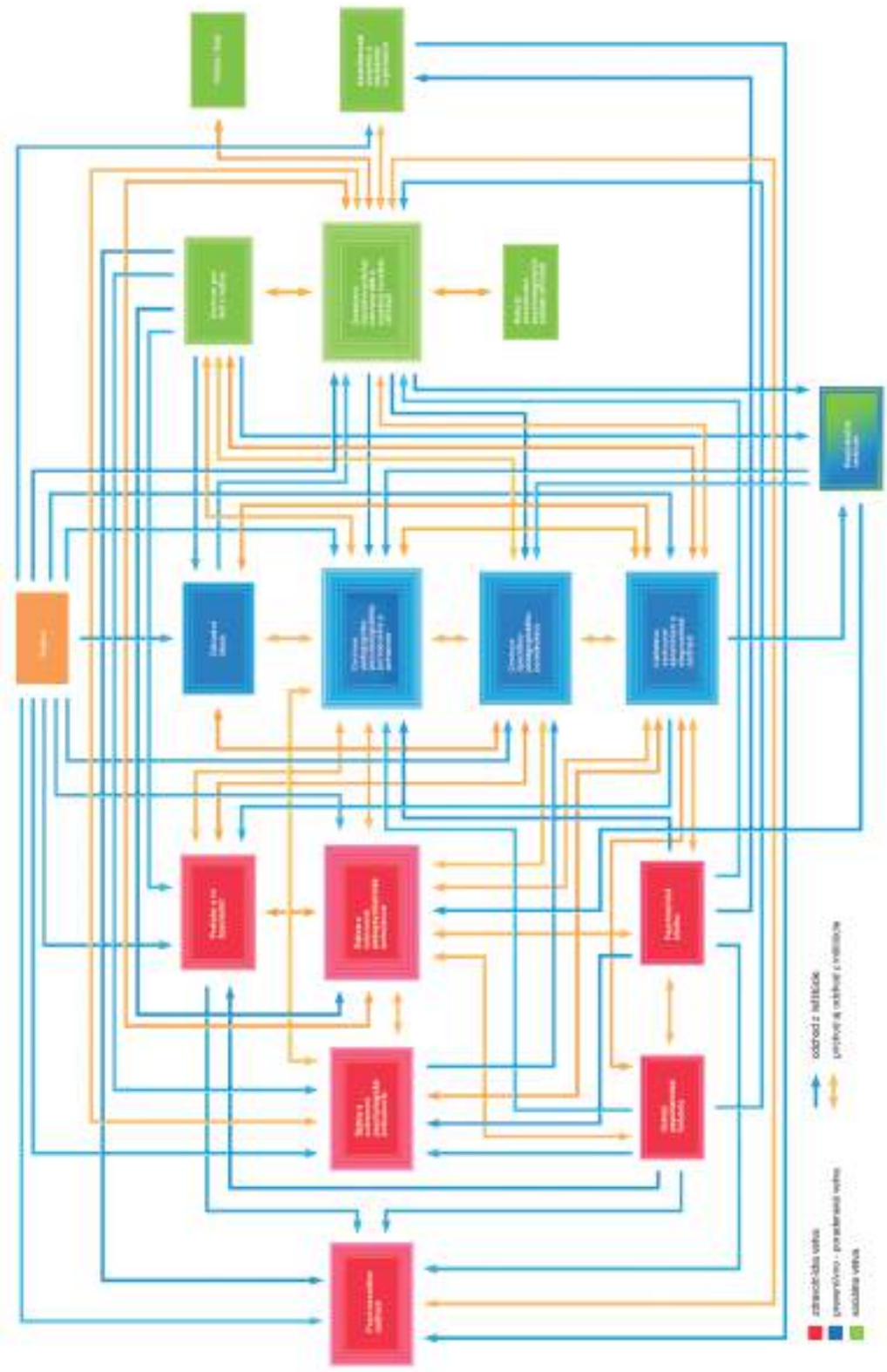
V ďalšej časti kapitoly sa budeme bližšie venovať jednotlivým aktérom v systéme starostlivosti, rodine, škole a jednotlivým inštitúciám v systéme starostlivosti o dospelávajúcich s EBP, ktorých vzájomné prepojenie je možné vidieť na Obrázku 7.

Rodiny dospelávajúcich s EBP zohrávajú v procese starostlivosti z pohľadu poskytovateľov kľúčovú úlohu. V rámci rozhovorov poskytovatelia uvádzali, že rodičia či zákonní zástupcovia sú tí, ktorí často problém spozorujú a starostlivosť vyhľadajú. Ako v rámci rozhovorov poskytovatelia starostlivosti uviedli, rodina, rodičia či zákonní zástupcovia sú **najčastejším iniciátorom pre vstup dospelávajúceho s EBP do systému starostlivosti**. Prípadne im je starostlivosť odporučená alebo dokonca nariadená. Je však na nich, aby dospelávajúcich k poskytovateľom

starostlivosti dovedli a procesom starostlivosti ich sprevádzali. **V ojedinelých prípadoch dospievajúci preberá na seba aktívnu rolu a on sám vyhľadá poskytovateľa z dôvodu vlastných problémov.** Podľa poskytovateľov sa to nedeje často, pretože väčšinou starostlivosť iniciuje najbližšie okolie dospievajúceho, ale nie je to vylúčené. S výnimkou prípadov, keď je starostlivosť nariadená príslušným orgánom, je to však nakoniec aj tak rodič, ktorého súhlas je potrebný, aby mohla byť starostlivosť poskytovaná.

Druhým kľúčovým hráčom a iniciátorom pre vstup do systému starostlivosti je škola. Škola je súčasťou komunity - širšieho prostredia dospievajúcich a je tiež neoddeliteľnou súčasťou ich života. V škole trávajú dospievajúci podstatnú časť svojho času. Ako uvádzali poskytovatelia, aj škola veľmi často plní úlohu sprostredkovateľa starostlivosti. Ak to nie sú rodičia, ktorí si všimnú, že sa s dospievajúcim niečo deje, tak sú to často práve učitelia alebo spolužiaci. Najčastejšie sú to triedni učitelia, ktorí spozorujú problém, kontaktujú rodičov a snažia sa situáciu riešiť. Ak si to situácia vyžaduje a škola nie je schopná pomôcť dospievajúcim na svojej pôde, odporúča dospievajúcim vstup do starostlivosti. Následne je škola zdrojom dôležitých informácií pre poskytovateľa starostlivosti. Spolupráca školy pri riešení EBP dospievajúcich je veľmi dôležitá a mnoho krát aj nevyhnutná.

Na základe rozhovorov s poskytovateľmi starostlivosti a na základe analýzy sietí („network analysis“) sa ako **kľúčoví hráči z hľadiska sprostredkovania starostlivosti** v celom systéme starostlivosti o dospievajúcich s EBP javia **Centrá pedagogicko-psychologickému poradenstva a prevencie, Centrá špeciálno-pedagogického poradenstva, štátne a súkromné pedopsychiatrické ambulancie a Oddelenie sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately ÚPSVaR.** Poskytovatelia starostlivosti ako ďalších sprostredkovateľov uvádzali tiež **pediatrov, prípadne širšie okolie dospievajúceho (komunitu), obec alebo políciu.**



Obrázok 7. Vzájomné prepojenia medzi inštitúciami v systéme starostlivosti o dospelých s EBP

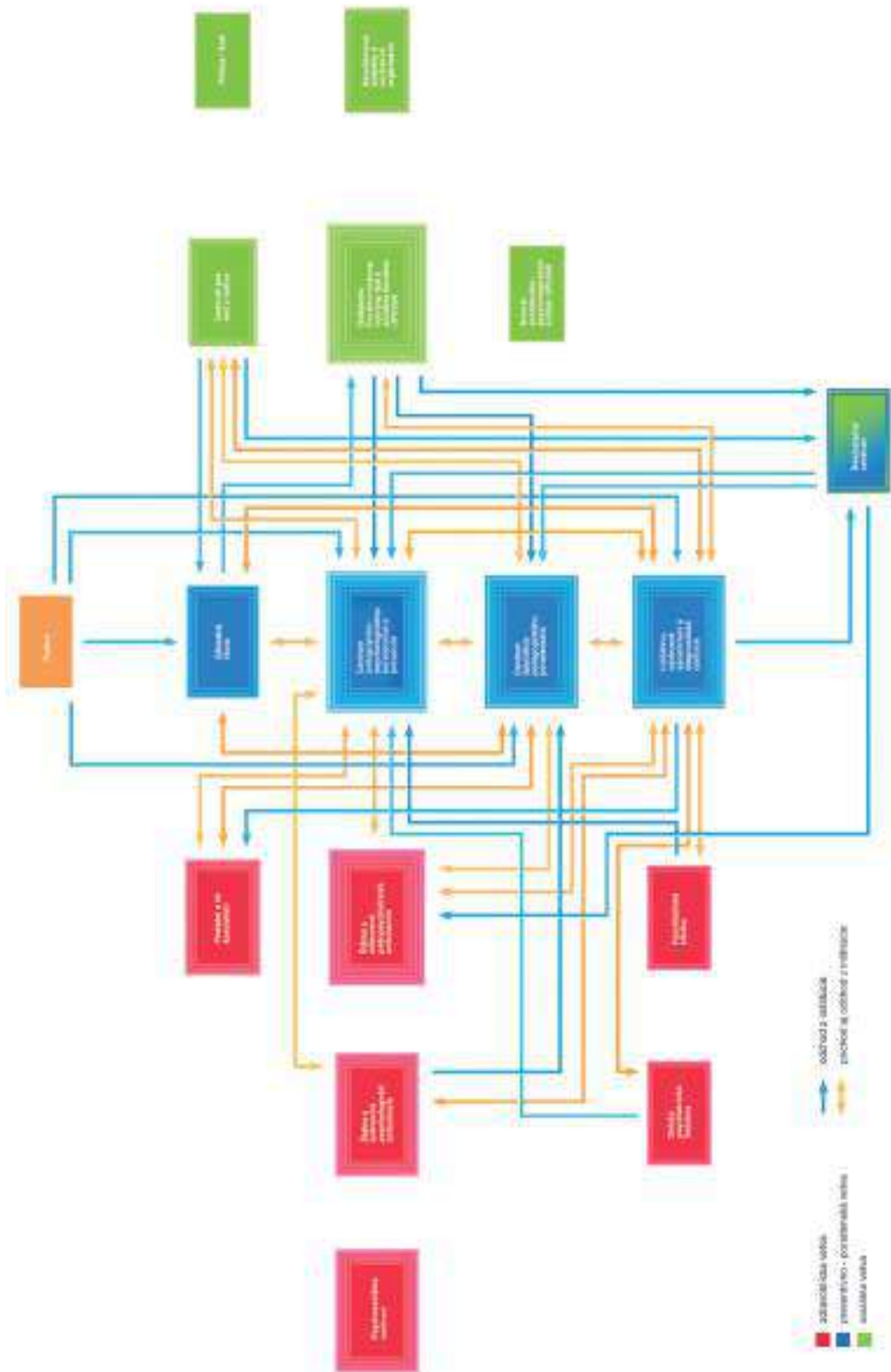
Čo sa týka manažovania starostlivosti o dospelievajúceho s EBP, **samotní poskytovatelia** v rozhovoroch uvádzali, že okrem iného **plnia** aj oni sami **úlohu sprostredkovateľov starostlivosti**. Prvý poskytovateľ, ku ktorému dospelievajúci vstupuje do starostlivosti, totiž nemusí byť nutne hneď tou správnou voľbou. Po oboznámení sa s klientom a jeho situáciou môže preto poskytovateľ odporučiť inú - vhodnejšiu formu starostlivosti. Poskytovateľ zhodnocuje to, ktorá forma starostlivosti by bola pre daného klienta najvhodnejšia a či je schopný ju zabezpečiť z hľadiska kompetencií, ktorými disponuje.

Kompetencie poskytovateľov predurčujú akým dospelievajúcim, s akými problémami a akým spôsobom môže a je schopný ten ktorý poskytovateľ pomôcť. Dôležité je pritom akých odborníkov, z ktorých oblastí vie daná inštitúcia pod svojou strechou klientom ponúknuť a akú paletu nástrojov práce s klientom dokážu títo odborníci zabezpečiť. To z veľkej časti ovplyvňuje legislatívny rámec, ktorý poskytovateľom starostlivosti určuje napríklad personálne obsadenie a vzdelanie zamestnancov na jednotlivých pozíciách, alebo spektrum služieb a nástrojov práce, ktoré má poskytovateľ pod svojou strechou zabezpečovať. Zo zákona vyplýva aj to, koľkým klientom a ako dlho môže byť určitý typ starostlivosti poskytovaný. Ak daná inštitúcia alebo poskytovateľ starostlivosti nemá na pomoc niektorým typom klientov postačujúce kompetencie, odporúča klientovi starostlivosť v inej inštitúcii .

Pokračovať už budeme detailným prehľadom jednotlivých inštitúcií v systéme starostlivosti o dospelievajúcich s EBP sumarizujúc pri každej z nich naše poznatky získané prostredníctvom rozhovorov s poskytovateľmi starostlivosti a na základe výsledkov analýzy sietí („network analysis“).

Preventívno-poradenská starostlivosť o dospelievajúcich s EBP

Preventívno-poradenská časť poskytovanej starostlivosti patrí pod pôsobnosť Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky, avšak jednotlivé typy inštitúcií majú ako zriaďovateľa stanovený Okresný úrad daného mesta, a ten spadá pod pôsobnosť Ministerstva vnútra Slovenskej republiky (Obrázok 8). Preventívno-poradenskú starostlivosť o dospelievajúcich s EBP zabezpečujú **Centrá pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, Centrá špeciálno- pedagogického poradenstva, Liečebno-výchovné sanatóriá, Diagnostické centrá a Reedukačné centrá.**



Obrázok 8. Vzájomné prepojenia medzi jednotlivými inštitúciami v preventívno-poradenskej časti systému starostlivosti o

Do preventívno-poradenskej časti poskytovanej starostlivosti spadajú **Centrá pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie** (označované ako CPPPaP) a **Centrá špeciálno-pedagogického poradenstva** (označované ako CŠPP), ktoré môžu mať štátneho ale aj súkromného zriaďovateľa. Tieto centrá sú taktiež rozpočtové organizácie, ktoré patria pod pôsobnosť Okresného úradu, finančné prostriedky sú im zabezpečované z dotácií zo štátneho rozpočtu a z mimorozpočtových zdrojov.

Účelom týchto centier je poskytovanie komplexnej psychologickej a špeciálno-pedagogickej starostlivosti a tiež diagnostiky pre deti a dospelých od narodenia až po ukončenie strednej alebo vysokej školy. Bežne je teda klientom dieťa či dospelý navštevujúci materskú, základnú alebo strednú školu. Starostlivosť v rámci týchto centier je poskytovaná aj rodičom/zákonným zástupcom detí a dospelých a pedagógom už spomenutých materských, základných a stredných škôl. Ich náplňou je diagnostická, výchovná, reedukačná, rehabilitačná, intervenčná a preventívna činnosť. Tieto centrá poskytujú poradenstvo v osobnom, sociálnom a vzdelávacom vývine detí a dospelých, ale pôsobia aj v oblasti prevencie závislostí a negatívnych prejavov správania ako je napríklad šikanovanie. Zameriavajú sa na psychologickú diagnostiku a poradenstvo, individuálne a skupinové terapie, či psychoterapeutickú starostlivosť. Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR 26.4.2019 vydalo Metodické usmernenie školských zariadení výchovného poradenstva a prevencie z dôvodu jasného vymedzenia zamerania na rozdielne cieľové skupiny centra pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie a centra špeciálno-pedagogického poradenstva v súlade so školským zákonom, v prospech klienta. Na základe tohto usmernenia sa CPPPaP venuje žiakom s vývinovými poruchami, žiakom s poruchami správania, žiakom chorým alebo zdravotne oslabením, žiakom zo sociálne znevýhodneného prostredia, žiakom s nadaním a CŠPP žiakom so zdravotným postihnutím. Zamestnancami týchto centier sú prevažne psychológovia, ale aj špeciálni pedagógovia, sociálni pedagógovia, logopédi a sociálni pracovníci.

Ako uvádzali poskytovatelia starostlivosti, najčastejšie odporúčajú a teda aj iniciujú vstup dospelých s EBP do starostlivosti v týchto centrách pedagógovia z jednotlivých škôl a samotní rodičia/zákonní zástupcovia dieťaťa či iní členovia rodiny, ktorí zaregistrujú u dospelého problém, s ktorým si už nevedia sami poradiť.

Poskytovatelia starostlivosti v rozhovoroch aj prostredníctvom analýzy sietí („network analysis“) uvádzali, že **do Centier pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie** prichádzajú dospelí s EBP na podnet takmer všetkých ostatných inštitúcií, ktoré sa v systéme starostlivosti o dospelých s EBP nachádzajú, čiže od Centier špeciálno-pedagogického poradenstva, Liečebno-výchovného sanatória a diagnostického centra, reedukačného centra, pediatrov a iných špecialistov, zo štátnych a súkromných psychologických

a pedopsychiatrických ambulancií, detských psychiatrických liečební a psychiatrických kliník, z Oddelenia sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately ÚPSVaR, z Centier pre deti a rodiny, či iných neziskových organizácií poskytujúcich dospelým s EBP starostlivosť. Vzájomnú spoluprácu, čiže situáciu, kedy z danej inštitúcie dospelým s EBP prijímajú aj ho do tejto inštitúcie odosielajú mali Centrá pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie so školami, Centrami špeciálno-pedagogického poradenstva, Liečebno-výchovným sanatóriom a diagnostickým centrom, štátnymi a súkromnými pedopsychiatrickými a psychologickými ambulanciami a Centrami pre deti a rodiny.

Veľmi podobné to bolo aj v prípade Centier špeciálno-pedagogického poradenstva. Poskytovatelia starostlivosti v rozhovoroch aj prostredníctvom analýzy sietí („network analysis“) uvádzali, že **do Centier špeciálno-pedagogického poradenstva** prichádzajú dospelí s EBP na podnet takmer všetkých ostatných inštitúcií, ktoré sa v systéme starostlivosti o dospelých s EBP nachádzajú, čiže od Centier pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, Liečebno-výchovného sanatória a diagnostického centra, reedukačného centra, pediatrov a iných špecialistov, zo štátnych a súkromných psychologických a pedopsychiatrických ambulancií, z Oddelenia sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately ÚPSVaR, z Centier pre deti a rodiny, či iných neziskových organizácií poskytujúcich dospelým s EBP starostlivosť. Vzájomnú spoluprácu, čiže situáciu, kedy z danej inštitúcie dospelým s EBP prijímajú aj ho do tejto inštitúcie odosielajú mali Centrá špeciálno-pedagogického poradenstva so školami, Centrami pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, Liečebno-výchovným sanatóriom a diagnostickým centrom, štátnymi a súkromnými pedopsychiatrickými ambulanciami a Centrami pre deti a rodiny.

Ako uvádzali samotní poskytovatelia starostlivosti o dospelých s EBP, komunikácia medzi týmito centrami a ostatnými spolupracujúcimi inštitúciami, a teda i vzájomná informovanosť a miera úspechu je ale často závislá na vzťahu s rodičom/zákonným zástupcom, resp. klientom samotným (ak má už viac ako 18 rokov) a na jednotlivých a individuálnych vzťahoch s ostatnými spolupracujúcimi inštitúciami.

Do preventívno-poradenskej časti poskytovanej starostlivosti možno zaradiť tiež **Liečebno-výchovné sanatórium**. Jednotlivé liečebno-výchovné sanatória na území Slovenskej republiky sa môžu rozsahom poskytovanej starostlivosti od seba líšiť, preto popíšeme organizáciu konkrétneho liečebno-výchovného sanatória, ktoré sa do našej štúdie zapojilo. Liečebno-výchovné sanatórium je jedinečné zariadenie na území Slovenska, tak povediac pod jednou strechou poskytuje hneď niekoľko služieb v rámci základnej školy, Liečebno-výchovného sanatória, Diagnostického centra, a Centra špeciálno-pedagogického poradenstva. Liečebno-výchovné sanatórium má napríklad aj prípravný ročník pre deti s narušenou komunikačnou schopnosťou, s poruchami aktivity a pozornosti a s poruchami učenia, u ktorých ambulanta

starostlivosť nevedla k náprave. Liečebno-výchovné sanatórium je rozpočtová organizácia, ktorá patrí pod pôsobnosť Okresného úradu. Finančné zabezpečenie školy sa odvíja od počtu žiakov v danom školskom roku, a teda od normatívne určených finančných prostriedkov na jedného žiaka.

Liečebno-výchovné sanatórium sa zameriava na pomoc dospievajúcim s poruchami učenia, hyperaktivitou a emocionálnymi ťažkosťami, ktoré majú za následok problémy v učení (sú v komorbidite aj s poruchami učenia) a v správaní. Ako uvádzali samotní poskytovatelia starostlivosti, táto inštitúcia ponúka pomoc najmä deťom a dospievajúcim s poruchami aktivity a pozornosti, poruchami učenia a s poruchami správania a emócií. Cieľom tejto inštitúcie je okrem vzdelávania aj poskytovanie starostlivosti reedukačnej, psychologickkej, psychoterapeutickej, špeciálno-pedagogickkej, liečebno-pedagogickkej a v neposlednom rade je to individuálna a skupinová práca s dieťaťom a s rodičmi. Významným špecifikom tejto inštitúcie je poskytovanie vzdelávania deťom dočasne umiestneným v tomto zariadení, a to v dobe trvania pobytov stanovených zákonom spravidla na tri až dvanásť mesiacov. Zamestnancami liečebno-výchovného sanatória sú pedagogickí zamestnanci, odborní zamestnanci ako psychológovia, špeciálni a liečební pedagógovia, logopédi, sociálni pracovníci, zdravotná sestra a pedopsychiater.

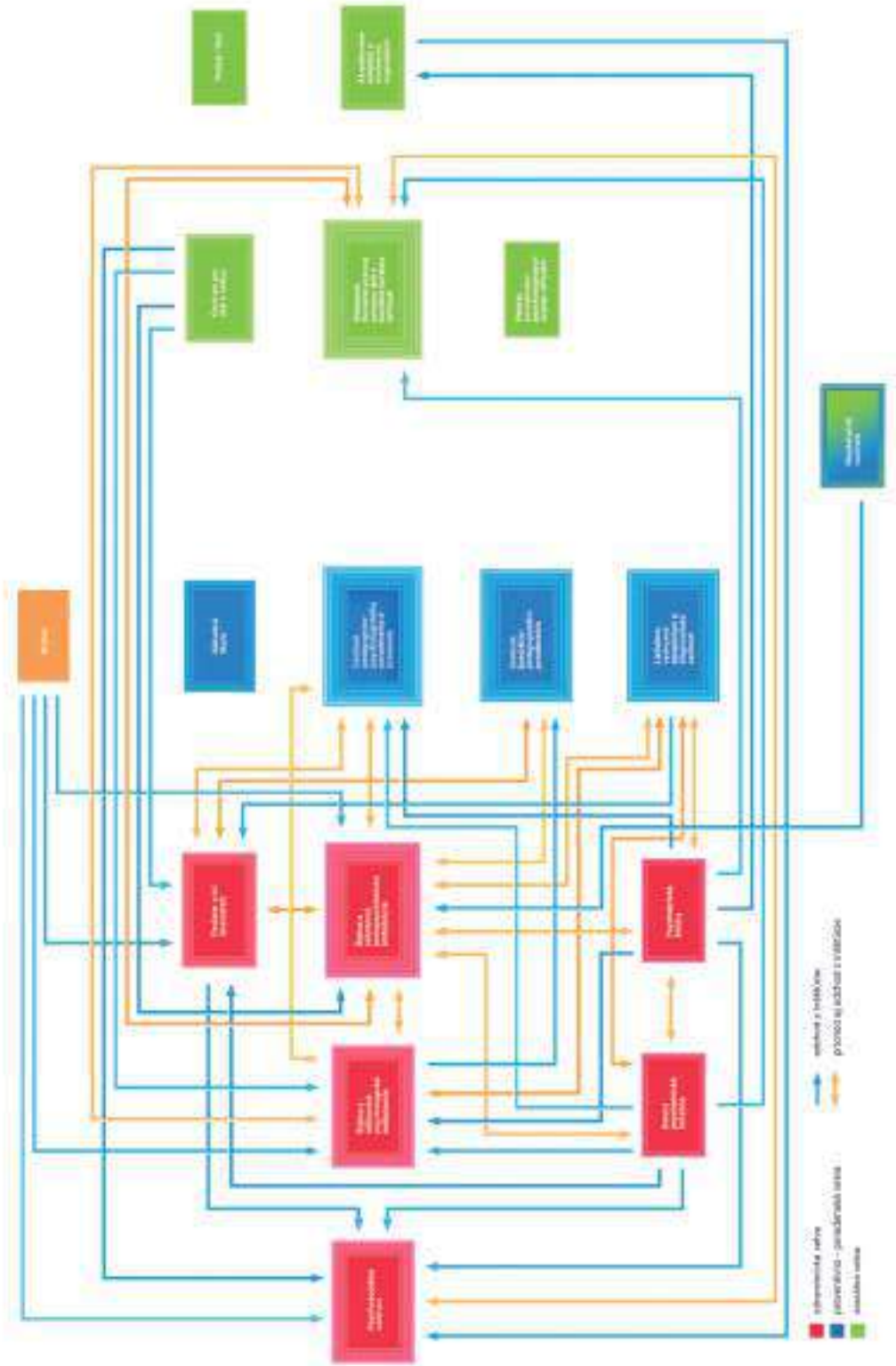
Do Liečebno-výchovného sanatória prichádzajú dospievajúci s EBP, tak ako to bolo v prípade vyššie spomenutých centier, na podnet rodiny alebo školy, ktorá ako prvá registruje u dospievajúceho problém, s ktorým si nevie poradiť. Okrem toho prichádza podnet na vstup do inštitúcie od takmer všetkých ostatných inštitúcií, ktoré sa v systéme starostlivosti o dospievajúcich s EBP nachádzajú, čiže od Centier pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, Centier špeciálno-pedagogického poradenstva, pediatrov a iných špecialistov, zo štátnych a súkromných psychologických a pedopsychiatrických ambulancií, detských psychiatrických liečební a psychiatrických kliník, z Oddelenia sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately ÚPSVaR a z Centier pre deti a rodiny. Vzájomnú spoluprácu, čiže situáciu, kedy z danej inštitúcie dospievajúceho s EBP prijímajú aj ho do tejto inštitúcie odosielajú malo Liečebno-výchovné sanatórium so školami, Centrami pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, Centrami špeciálno-pedagogického poradenstva, štátnymi a súkromnými pedopsychiatrickými ambulanciami, detskými psychiatrickými liečebňami a psychiatrickými klinikami, s Oddelením sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately ÚPSVaR a Centrami pre deti a rodiny.

Inštitúciou spadajúcou na rozhranie preventívno-poradenskej a sociálnej starostlivosti o dospievajúcich s EBP je v neposlednom rade **Reedukačné centrum**, ktoré je taktiež rozpočtovou organizáciou, spadá pod rezort Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky a zriaďovateľom je Okresný úrad daného mesta. Reedukačné centrum je špeciálne

výchovné zariadenie s nepretržitou prevádzkou, v ktorom sa realizuje výkon ústavnej a ochranej výchovy dospelých. Typickými klientami týchto zariadení sú, ako uvádzali poskytovatelia, dospelí so sociálnymi problémami, pričom ako príklad uvádzali záškoláctvo, túlanie sa, fetovanie, drobné krádeže, násilná a trestná činnosť. Zamestnancami reedukačných centier sú pedagogickí zamestnanci (učitelia) a odborní zamestnanci, napr. majstri odborného výcviku, vychovávatelia, psychológovia, sociálni pracovníci, zdravotné/i sestry/bratia. **Do reedukačného centra** prichádzajú klienti z Liečebno-výchovného sanatória a diagnostického centra, Oddelenia sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately ÚPSVaR a Centier pre deti a rodiny. Vzájomnú spoluprácu, čiže situáciu, kedy z danej inštitúcie dospelého s EBP prijímajú aj ho do tejto inštitúcie odosielajú malo reedukačné centrum s Centrami pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, Centrami špeciálno-pedagogického poradenstva, štátnymi a súkromnými pedopsychiatrickými ambulanciami, Oddelením sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately ÚPSVaR a Centrami pre deti a rodiny.

Zdravotnícka starostlivosť o dospelých s EBP

Zdravotnícka časť poskytovanej starostlivosti patrí pod pôsobnosť Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky a poskytujú ju **štátne a súkromné pedopsychiatrické a psychologické ambulancie, psychosociálne centrá, psychiatrické oddelenia, kliniky a psychiatrické liečebne** (Obrázok 9). V zdravotníckej časti starostlivosti o dospelých s EBP sa v prvom rade táto starostlivosť delí na ambulantnú a pobytovú formu podľa toho, či klient za poskytovateľom dochádza, alebo je mu v zariadení poskytovaná celodenná starostlivosť.



Obrázok 9. Vzájomné prepojenia medzi jednotlivými inštitúciami v zdravotníckej časti systému starostlivosti o

Na začiatku zdravotníckej časti starostlivosti stojí podľa informácií od poskytovateľov **pediater, prípadne iný špecialista**. Aj on si v rámci bežných preventívnych prehliadok či vyšetrení môže všimnúť zmeny, aj na neho sa môžu obracať rodičia pri riešení problémov svojich dospievajúcich detí. Okrem rodinných príslušníkov sa na pediatra či iného špecialistu obracajú aj Centrá pre deti a rodiny, Liečebno-výchovné sanatórium a diagnostické centrum, či psychiatrická klinika alebo liečebňa. Z rozhovorov a z analýzy sietí („network analysis“) nám vyplynulo, že pediater dáva odporúčanie na návštevu pedopsychiatrickej ambulancie, Centier pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie a Centier špeciálno-pedagogického poradenstva. Na neho a prípadne najmä na iného špecialistu sa tieto tri inštitúcie aj spätne obracajú v prípade potreby ďalšej konzultácie či odborného vyšetrenia.

Ďalšiu ambulantnú pomoc poskytujú v zdravotníckej časti systému starostlivosti podľa informácií od poskytovateľov **štátne a súkromné psychologické a pedopsychiatrické ambulancie**. Okrem farmakoterapie je súčasťou liečby v týchto zaradeniach podľa možností danej ambulancie aj individuálna suportívna psychoterapia, prípadne skupinová, rodinná terapia, poradenstvo rodičom pacientov, terapia hrou, prípadne ergoterapia, arteterapia a iné.

Štátne a súkromné psychologické ambulancie sú pre klientov miestom prvého kontaktu, ktorý poskytuje zhodnotenie problému a následnú terapiu. V rámci psychologických ambulancií sú odbornými zamestnancami psychológovia. Poskytovatelia starostlivosti v rozhovoroch a prostredníctvom analýzy sietí („network analysis“) uvádzali, že do **štátnych a súkromných psychologických ambulancií** prichádzajú dospievajúci s EBP z rodiny, Centier pre deti a rodiny a z detskej psychiatrickej liečebne. Vzájomnú spoluprácu, čiže situáciu, kedy z danej inštitúcie dospievajúceho s EBP prijímajú aj ho do tejto inštitúcie odosielajú mali štátne a súkromné psychologické ambulancie so štátnymi a súkromnými pedopsychiatrickými ambulanciami, Oddelením sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately ÚPSVaR, Centrami pedagogicko-psychologickému poradenstva a prevencie a Liečebno-výchovným sanatóriom a diagnostickým centrom. Poskytovatelia starostlivosti ďalej uvádzali, že štátne a súkromné psychologické ambulancie odosielajú svojich klientov do Centier špeciálno-pedagogického poradenstva a na psychiatrické kliniky.

Štátne a súkromné pedopsychiatrické ambulancie poskytujú svojim klientom základné psychiatrické vyšetrenia a diagnostiku a následné kroky potrebné k manažmentu ďalšej liečby (medikamentóznej, terapeutickje). Zamestnancami týchto ambulancií sú lekári vo vyštudovanom odbore všeobecné lekárstvo s atestáciou v pedopsychiatrii a zdravotná sestra (prípadne asistentka v ambulancii). Poskytovatelia starostlivosti v rozhovoroch aj prostredníctvom analýzy sietí („network analysis“) uvádzali, že do **štátnych a súkromných pedopsychiatrických ambulancií** prichádzajú dospievajúci s EBP na podnet samotnej rodiny,

prípadne na podnet Centra pre deti a rodiny. Vzájomnú spoluprácu, čiže situáciu, kedy z danej inštitúcie dospelievajúceho s EBP prijímajú aj ho do tejto inštitúcie odosielať mali štátne a súkromné pedopsychiatrické ambulancie so štátnymi a súkromnými psychologickým ambulanciami, detskými psychiatrickými liečebňami, psychiatrickými klinikami, pediatrami (prípadne s inými špecialistami), Centrami pre deti a rodiny, Oddelením sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately ÚPSVaR, Centrami špeciálno-pedagogického poradenstva, Centrami pedagogicko-psychologickému poradenstva a prevencie a Liečebno-výchovným sanatóriom a diagnostickým centrom. Poskytovatelia starostlivosti ďalej uvádzali, že štátne a súkromné pedopsychiatrické ambulancie odosielať svojich klientov do reedukačných centier.

Ako súčasť zdravotníckej vetvy systému starostlivosti poskytovatelia označovali aj **Psychosociálne centrum**, ktorá má právnu subjektivitu a je považovaná za verejnú službu. V zmysle právnej formy je mestskou príspevkovou organizáciou- teda určitý finančný transfer prichádza z mesta/vyššieho územného celku, ale finančné prostriedky na svoju činnosť môžu psychosociálne centrá získavať aj z iných zdrojov. Klientami týchto centier sú deti, dospelievajúci i dospelí, z mladšej klientely sú najčastejšími problémami rôzne problémy so školou, poruchy správania, poruchy učenia, deti a dospelievajúci z dysfunkčných rodín a rôzne iné. Psychosociálne centrá sú zariadeniami na pomedzí zdravotníckej a sociálnej starostlivosti (sociálno-zdravotnícke zariadenia) o dospelievajúcich s EBP, ktoré poskytujú komplexné služby tzv. pod jednou strechou, konkrétne sa jedná o ambulantné psychologické, psychiatrické a poradenské služby najmä pre dospelých, skupinovú terapiu pre dlhodobu psychicky chorých, kurzy a školenia, sociálne poradenstvo a prevenciu. Zamestnancami týchto centier sú psychológovia, klinickí psychológovia, sociálni pracovníci, psychiatri i pedopsychiatri, vychovávateľa, špeciálni pedagógovia, pedagógovia a administratívni a ekonomickí pracovníci. Poskytovatelia starostlivosti v rozhovoroch aj prostredníctvom analýzy sietí („network analysis“) uvádzali, že do **psychosociálnych centier** prichádzajú dospelievajúci s EBP na podnet rodiny, Centra pre deti a rodiny, pediatrov a iných špecialistov, detskej psychiatrickej liečebne, psychiatrickej kliniky a akreditovaných subjektov a neziskových organizácií. Vzájomnú spoluprácu, čiže situáciu, kedy z danej inštitúcie dospelievajúceho s EBP prijímajú aj ho do tejto inštitúcie odosielať mali psychosociálne centrá s Oddelením sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately ÚPSVaR.

V zdravotníckej časti starostlivosti o dospelievajúcich s EBP sa okrem vyššie spomínanej ambulantnej formy zabezpečuje aj pobytová forma starostlivosti. Pobytová forma starostlivosti je potrebná najmä v prípade rôznych akútnych stavov a je poskytovaná v rámci Slovenska v dvoch typoch zariadení- na psychiatrických klinikách či oddeleniach pre deti a dospelievajúcich a v detských psychiatrických liečebniach.

Psychiatrické kliniky či oddelenia pre deti a dospelých môžu byť súčasťou univerzitných či štátnych nemocníc alebo môžu mať charakter neziskovej organizácie. V rámci našej štúdie sme spolupracovali, a teda i kvalitatívne rozhovory a analýzu sietí („network analysis“) sme realizovali s inštitúciou, ktorá mala charakter neziskovej organizácie, ktorá je zapísaná Krajským úradom v danom meste a hospodári podľa schváleného rozpočtu. Psychiatrické kliniky či oddelenia pre deti a dospelých zabezpečujú ústavnú a ambulatnú špecializovanú liečebno-preventívnu starostlivosť psychických porúch u dospelých v rozsahu stanovenom Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky. Okrem iného sa špecializujú na diagnostiku, liečbu a rehabilitáciu psychotických porúch, porúch nálady, úzkostných stavov, užívania návykových látok, emocionálnych problémov, problémov v správaní, porúch príjmu potravy a iných ochorení. Ponúkajú klientom rôzne formy starostlivosti, najčastejšie je to v rámci ústavnej starostlivosti farmakoterapia, režimová terapia, psychologické a psychiatrické vyšetrenia a starostlivosť, diagnostika, psychoterapia (rôzne formy individuálnej a skupinovej). Odbornými zamestnancami psychiatrických kliník sú lekári v špecializácii psychiatria a psychológovia. Vzájomnú spoluprácu, čiže situáciu, kedy z danej inštitúcie dospelého s EBP prijímajú aj ho do tejto inštitúcie odosielajú mali **psychiatrické kliniky či oddelenia pre deti a dospelých** so štátnymi a súkromnými pedopsychiatrickými ambulanciami, detskou psychiatrickou liečebňou a Liečebno-výchovným sanatóriom a diagnostickým centrom. Poskytovatelia starostlivosti ďalej uvádzali, že psychiatrické kliniky či oddelenia pre deti a dospelých odosielajú svojich klientov do psychosociálnych centier, akreditovaných subjektov a neziskových organizácií a na Oddelenie sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately ÚPSVaR.

Ďalším poskytovateľom pobytovej formy zdravotníckej starostlivosti o dospelých s EBP je **detská psychiatrická liečebňa**. Do detskej psychiatrickej liečebne prichádzajú najčastejšie dospelí s organickými duševnými poruchami, schizofréniou, afektívnymi poruchami, poruchami správania a duševnej zaostalosti, poruchami vyplývajúcimi z užívania návykových látok a poruchy súvisiace so zneužívaním, týraním a zanedbávaním. Hospitalizácia v detskej psychiatrickej liečebni má dlhodobejší charakter (niekoľko týždňov až mesiacov podľa psychického stavu dieťaťa) a je plne hrazená zo zdravotného poistenia. Takáto liečebňa zabezpečuje komplexnú pedopsychiatrickú, psychologickú a psychoterapeutickú starostlivosť a taktiež poskytovanie špecializovanej liečebno-preventívnej starostlivosti, v rozsahu stanovenom Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky. Zamestnancami tohoto zariadenia je zdravotnícky personál (psychiatri, pedopsychiatri), klinickí psychológovia, zdravotné sestry, rôzni terapeuti, sociálni pracovníci. Vzájomnú spoluprácu, čiže situáciu, kedy z danej inštitúcie dospelého s EBP prijímajú aj ho do tejto inštitúcie odosielajú mali **detské psychiatrické liečebne** s psychiatrickými klinikami, štátnymi a súkromnými pedopsychiatric-

kými ambulanciami a Liečebno-výchovnými sanatóriami a diagnostickými centrami. Poskytovatelia starostlivosti ďalej uvádzali, že detské psychiatrické liečebne odosielajú svojich klientov na Oddelenie sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately ÚPSVaR, do Centier pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, štátnych a súkromných psychologických ambulancií, k pediatrovi a iným špecialistom a do psychosociálnych centier.

Sociálna starostlivosť o dospelých s EBP

Sociálna časť poskytovanej starostlivosti patrí pod pôsobnosť Ministerstva práce sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky (Obrázok 10). Sociálnu starostlivosť o dospelých s EBP zabezpečuje **Oddelenie sociálno-právnej ochrany detí a sociálna kuratela** (označované ako SPODaSK) v spolupráci s úsekom **referátu poradensko-psychologických služieb** (označované ako RPPS), ktoré patria pod Úrad práce sociálnych vecí a rodiny. Sociálnu starostlivosť o dospelých s EBP zabezpečujú aj spolupracujúce **akreditované subjekty a neziskové organizácie**. Úrad práce sociálnych vecí a rodiny nemá právnu subjektivitu a teda ani vlastný rozpočet a hospodárenie.

Hlavnými klientmi **sociálno-právnej ochrany detí** sú deti a dospelávajúci, u ktorých je ohrozený alebo narušený priaznivý psychický, fyzický a sociálny vývin alebo je priamo ohrozený život alebo zdravie dieťaťa/dospelávajúceho. Starostlivosť o dospelávajúcich páchajúcich priestupky alebo trestnú činnosť, dospelávajúcich trpiacich rôznymi typmi závislostí, alebo dospelávajúcich s poruchami správania s rôznym stupňom závažnosti vrátane záškoláctva zastrešuje **sociálna kuratela**.

V rámci **Oddelenia sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately** existuje národný projekt (Deinštitucionalizácia zariadení sociálnych služieb – Podpora transformačných tímov), ktorý je výchovným sociálnym programom a sociálnym poradenstvom. Výchovným sociálny program a sociálne poradenstvo v rámci tohoto národného projektu zabezpečujú sociálni pracovníci alebo psychológovia pre výchovné opatrenia. Ide najmä o terénnu a sociálnu prácu, ale i výchovné opatrenia a iné. Oddelenie sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately vykonáva takzvanú kontrolnú činnosť, zatiaľ čo vyššie spomínaný národný projekt je podpornou činnosťou. V praxi tento národný projekt fungoval tak, že v rámci práce Oddelenia sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately sa vytypovala rodina, v ktorej boli určené špecifiká, plán práce s rodinou a následne bola táto rodina informovaná o tom, že existuje takýto národný projekt. Následne sa stretli zamestnanci oboch útvarov (zamestnanci v štátnej službe so zamestnancami vo verejnom záujme) a prekonzultovali jednotlivé ciele práce s touto rodinou. Následne s vybranou rodinou už pracovali pracovníci národného projektu. Jednalo sa väčšinou o výchovné opatrenia, ktoré boli na dobu minimálne šiestich mesiacov.

Na **Oddelenia sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately ÚPSVaR** prichádzajú klienti z rodín, zo základných škôl, detskej psychiatrickej liečebne a psychiatrickej kliniky. Vzájomnú spoluprácu, čiže situáciu, kedy z danej inštitúcie dospelávajúceho s EBP prijímajú aj ho do tejto inštitúcie odosielajú mali Oddelenia sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately ÚPSVaR so štátnymi a súkromnými pedopsychiatrickými ambulanciami, Liečebno-výchovnými sanatóriami a diagnostickými centrami, Centrami pre deti a rodiny, Referátom poradensko-psychologických služieb ÚPSVaR, políciou/súdom a akreditovanými subjektami a neziskovými organizáciami. Poskytovatelia starostlivosti ďalej uvádzali, že Oddelenia sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately ÚPSVaR odosielajú svojich klientov do Centier pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, Centier špeciálno-pedagogického poradenstva a reedukačných centier.

Referát poradensko-psychologických služieb poskytuje okrem psychodiagnostiky aj individuálne a párové poradenstvo v oblasti osobných, partnerských, manželských, výchovných a rodinných problémov, či základnú poradensko-psychologickú pomoc dieťaťu alebo ro-

dičom v krízových situáciách, nešťastiach a závažných životných zmenách. Referát poradensko-psychologických služieb využívajú aj rodičia dospelých s EBP a tento referát v spolupráci s Oddelením sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately ÚPSVaR vytvára pre rodičov i dospelých priestor a podporu na zvládnutie, zfunkčnenie a začlenenie sa rodiny do bežného života. Zamestnancami referátu poradensko-psychologických služieb sú psychológovia. Vzájomnú spoluprácu, čiže situáciu, kedy z danej inštitúcie dospelého s EBP prijímajú aj ho do tejto inštitúcie odosielajú mal **Referát poradensko-psychologických služieb** s Oddelením sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately ÚPSVaR.

Sociálnu starostlivosť o dospelých s EBP zabezpečujú aj spolupracujúce **akreditované subjekty a neziskové organizácie**, ktoré sa zameriavajú na sanáciu rodinného prostredia. Ich úlohou je aktívne pôsobenie na odstránenie príčin vzniku alebo zmiernenie príčin vzniku sociálno-patologických javov v rodinách prostredníctvom sociálno-terénnej práce. Realizujú tiež výchovné skupinové programy pre deti s problémovým správaním alebo s poruchami správania, u ktorých sa vykonávajú opatrenia sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately. V sociálnej vetve poskytovanej starostlivosti ide najčastejšie o poskytovanie krízovej intervencie a poradenstva formou poradenského rozhovoru, spolupráci pri sanácii rodiny v prípade, že má dospelý uložené výchovné opatrenie, zapojenie dospelého spolu s rodičmi do výchovno-skupinových programov, sociálno-skupinových programov, výchovno-rekreačných programov. Zamestnancami akreditovaných subjektov a neziskových organizácií sú prevažne sociálni pracovníci a psychológovia. Do **akreditovaných subjektov a neziskových organizácií** prichádzajú klienti z rodín a z psychiatrických kliník. Vzájomnú spoluprácu, čiže situáciu, kedy z danej inštitúcie dospelého s EBP prijímajú aj ho do tejto inštitúcie odosielajú mali akreditované subjekty a neziskové organizácie s Oddeleniami sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately ÚPSVaR. Poskytovatelia starostlivosti ďalej uvádzali, že akreditované subjekty a neziskové organizácie odosielajú svojich klientov do psychosociálnych centier.

Čo s tým alebo ako na to pri orientovaní sa v systéme starostlivosti?

V tejto kapitole sme sa venovali štruktúre a organizácii systému starostlivosti o dospelých s EBP. Ako je možné vidieť, toto usporiadanie sa môže javiť ako dosť nejasné, komplikované, či neprehľadné, preto by sme na záver radi uviedli krátke odporúčanie rodičom/zákonným zástupcom dospelých, na koho sa obrátiť v prípade EBP.

Rodina pri riešení problémov o dospelých s EBP môže hľadať pomocnú ruku priamo **na základnej škole, v centrách špeciálno-pedagogického poradenstva, centrách pedagogicko-psychologickému poradenstva a prevencie, Liečebno-výchovnom sanatóriu a diagnostickom centre, u pediatra a iných špecialistov, v štátnych a súkromných pedopsychiatrických**

ambulanciách, v štátnych a súkromných psychologických ambulanciách, psychociálnych centrách, na Oddeleniach sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately ÚPSVaR a u akreditovaných subjektov a v neziskových organizáciách.

Je potrebné na záver zdôrazniť, že **rodiny** (rodičia, zákonní zástupcovia, rodinní príslušníci, komunita-okolie, v ktorom dospelávajúci žije) dospelávajúci s EBP zohrávajú v procese starostlivosti z pohľadu poskytovateľov starostlivosti **klúčovú úlohu**. V rámci rozhovorov poskytovatelia uvádzali, že rodičia či zákonní zástupcovia sú tí, ktorí často problém spozorujú a starostlivosť vyhľadajú. Hneď ďalším významným aktérom a kľúčovým hráčom v celom systéme starostlivosti o dospelávajúceho s EBP je **škola**, ktorú dospelávajúci navštevuje. Ak tieto dve veľké oblasti včasnej pomoci zlyhajú alebo nie sú postačujúce pre zvládnutie problému, zdá sa, že dospelávajúci s týmito problémami vstupuje do komplexného systému starostlivosti a „putuje“ ním. Na základe rozhovorov s poskytovateľmi starostlivosti a na základe analýzy sietí („network analysis“) sa ako **klúčoví hráči z hľadiska sprostredkovania starostlivosti** v celom systéme starostlivosti o dospelávajúci s EBP javia **Centrá pedagogicko-psychologickému poradenstva a prevencie (poradensko-preventívna starostlivosť), Centrá špeciálno-pedagogického poradenstva (poradensko-preventívna starostlivosť), štátne a súkromné pedopsychiatrické ambulancie (zdravotnícka starostlivosť) a Oddelenie sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately ÚPSVaR (sociálna starostlivosť).**

Zhrnutie

- Výsledkom zmapovania všetkých inštitúcií, ktoré poskytujú starostlivosť o dospelých s EBP sú tri hlavné skupiny: preventívno-poradenská starostlivosť, zdravotnícka starostlivosť a sociálna starostlivosť

- Do preventívno-poradenskej časti poskytovanej starostlivosti spadajú inštitúcie akými sú Centrá pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, Centrá špeciálno - pedagogického poradenstva, Liečebno-výchovné sanatória, Diagnostické centrá a Reedučké centrá.

- Do zdravotníckej časti poskytovanej starostlivosti spadajú inštitúcie akými sú štátne a súkromné psychologické ambulancie, štátne a súkromné pedopsychiatrické ambulancie, psychosociálne centrá, pediatri a iní špecialisti, psychiatrické oddelenia a kliniky ako aj det-ské psychiatrické liečebne.

- Sociálnu starostlivosť o dospelých s EBP zabezpečuje Sociálno-právna ochrana detí a sociálna kuratela v spolupráci s úsekom referátu poradensko-psychologických služieb, akreditované subjekty a neziskové organizácie, centrá pre deti a rodiny a polícia/súd.

- Starostlivosť sa v prvom rade delí na ambulantnú a pobytovú formu podľa toho, či klient za poskytovateľom dochádza, alebo je mu v zariadení poskytovaná celodenná starostlivosť. Výnimkou však nie je ani dochádzanie poskytovateľa za klientom, keď sa jedná o terénnu prácu. Práca s klientom môže byť tiež individuálna alebo skupinová. Dôležité je aj, či je práca poskytovateľa zameraná primárne na dospelého alebo na rodiča, prípadne sa pracuje s celou rodinou.



Kapitola 4 - Charakteristika systému starostlivosti o dospievajúcich s emocionálnymi problémami a problémami v správaní

Kedy a ako dospievajúci vstupujú do starostlivosti. Aký je proces poskytovania starostlivosti. Komunikácia medzi poskytovateľom starostlivosti a klientom. Paralelná starostlivosť. Vzájomná komunikácia poskytovateľov starostlivosti a výmena informácií.

Čo bolo našim zámerom?

Existujúce vedecké poznatky, ktoré sme zhrnuli v úvodnej Kapitole 1, naznačujú, že pre dospievajúcich s EBP (ďalej EBP) je veľmi dôležité včasné rozpoznanie problému a následne vhodne nastavená a poskytnutá starostlivosť, ktorá v sebe zahŕňa široké spektrum pomoci, vrátane tej psychologickej, psychiatrickej či sociálnej. Aj keď je poskytnutie kvalitnej starostlivosti dôležité pre ich zdravý vývin, súčasná prax naznačuje, že existujúci systém nie je z viacerých dôvodov optimálne nastavený. Ucelené a jednotné informácie o jeho fungovaní a procesoch však chýbajú. Preto sme sa v rámci tejto kapitoly rozhodli zamerať na základné charakteristiky celkového systému starostlivosti o dospievajúcich s EBP, čo sa týka vstupu do starostlivosti, samotného procesu poskytovania starostlivosti a jeho ukončovania. Popis týchto vybraných charakteristík starostlivosti môže pomôcť pri efektívnejšom nastavení celého systému.

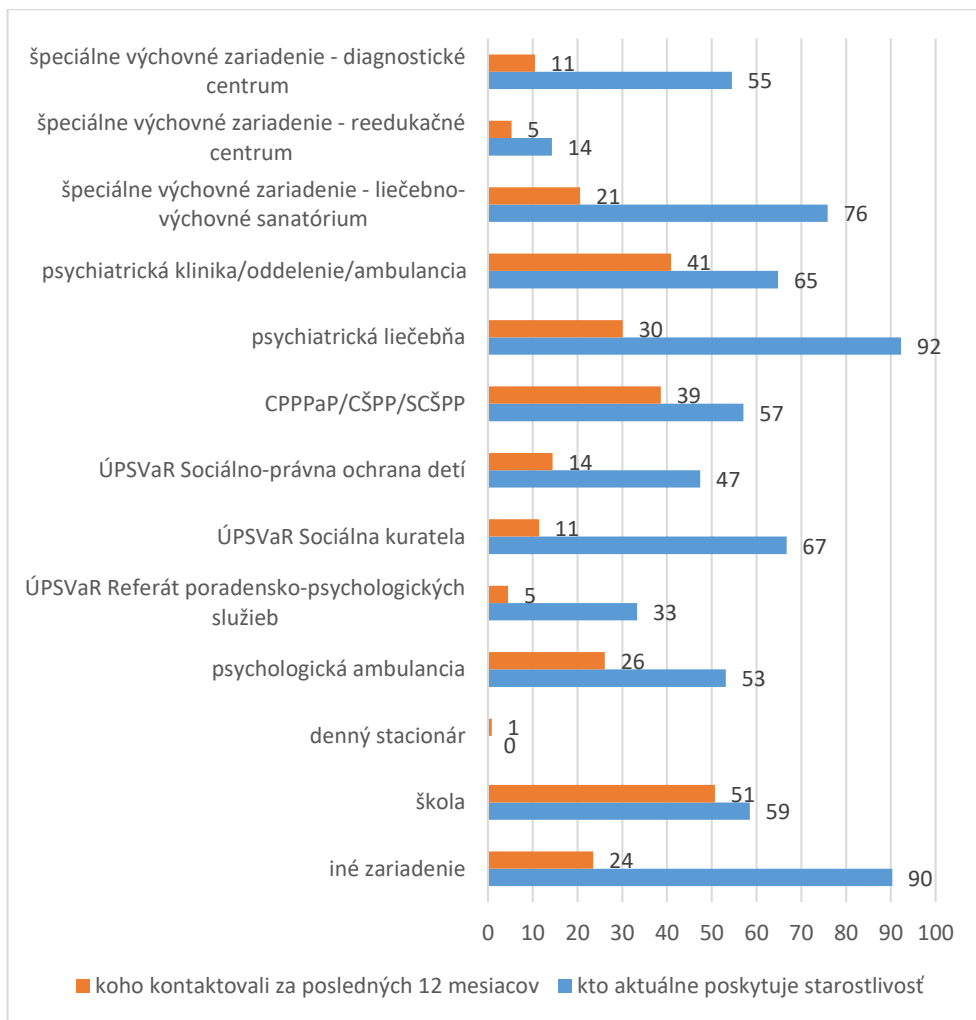
Čo sme robili a ako sme postupovali?

Pre zodpovedanie našich otázok sme do našej štúdie zapojili všetkých, ktorých sa táto problematika týka, to znamená nielen dospievajúcich s EBP, ale aj ich rodičov alebo zákonných zástupcov, a odborníkov, ktorí im nejaký druh starostlivosti poskytujú (psychológov, psychiatrov, sociálnych pracovníkov). Odpovede na naše otázky, ktoré budeme rozoberať v tejto kapitole sme zisťovali z dvoch zdrojov a dvoma spôsobmi. V prvom rade sme hľadali odpovede u rodičov a poskytovateľov starostlivosti pomocou dotazníkov. Keďže ale dotazníkové skúmanie má svoje obmedzenia, ako sme už písali v Kapitole 1 a 2, na zisťovanie odpovedí na naše otázky sme použili aj kvalitatívne rozhovory s poskytovateľmi starostlivosti. V ďalšom texte budeme teda priebežne prezentovať výsledky z oboch zdrojov a z oboch foriem skúmania. Viac informácií je možné nájsť v Kapitole 2.

Vstup do starostlivosti

V prvej časti našich zistení sa zameriame na **charakteristiky vstupu dospievajúcich s EBP do systému starostlivosti**. Jednou z informácií, ktoré sme prostredníctvom dotazníkov u rodičov zisťovali bolo, **akých poskytovateľov starostlivosti alebo organizácie pri hľadaní pomoci kontaktovali za posledný rok**, a koľko % z nich aj v čase vyplňania dotazníka **aktuálne pomoc poskytuje**. Výsledky je možné vidieť na Obrázku 11. Ukázalo sa, že **asi polovica rodičov sa v prípade potreby pomoci obracala v prvom rade na školy**, pričom takmer 60% z nich rieši problémy aj ďalej na konkrétnej škole. Škola ako inštitúcia poskytujúca každodennú starostlivosť o dospievajúceho má možnosti zachytiť problémy, ktoré je nevyhnutné v rámci zabezpečenia vzdelávania riešiť. **V rámci kvalitatívnych rozhovorov s učiteľmi a poskytovateľmi starostlivosti** sa objavovala potreba učiteľov riešiť dané problémy v prvom rade na úrovni školy, či už s rodičom alebo samotným dospievajúcim. V nadväznosti na uvedené sme sa tiež stretávali s postrehom, že **veľký význam naberá potreba vzdelávať učiteľov v oblasti práce s dospievajúcimi s EBP**, čím sa zvýši aj ich kompetentnosť v riešení určitých situácií vyžadujúcich si špeciálnu pozornosť. Pri úspešnom riešení problémov na úrovni školy zohráva podľa ich výpovedí **dôležitú úlohu zavedenie trvalej pozície odborných zamestnancov, na škole**, ideálne celého odborného tímu, vrátane školského psychológa, školského špeciálneho pedagóga, sociálneho a liečebného pedagóga a logopéda. Tí by tak mohli pozorovať dospievajúceho s EBP v jeho prirodzenom prostredí, čo by im umožnilo poskytnúť učiteľom podporu a usmerniť ich v reakciách a riešení problematických situácií. Ak riešenie problémov na tejto úrovni nie je dostatočne účinné, majú učelia možnosť spolupracovať aj s ďalšími odborníkmi, prípadne sprostredkovať komunikáciu medzi odborníkom a rodičom, ktorým dostatočné informácie o možnostiach existujúcej pomoci častokrát chýbajú. Ďalšími voľbami rodičov pri hľadaní pomoci tak boli **pedopsychiatrické ambulancie či kliniky (41%), štátne či súkromné centrá pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, centrá špeciálno-pedagogického poradenstva (CPPPaP, CŠPP, SCŠPP) (39%), psychiatrické liečebne (30%) či psychologické ambulancie (26%)**. Ukazuje sa tiež, že ak už rodičia konkrétnu inštitúciu oslovia, vo väčšine prípadov starostlivosť o ich dieťa v tejto inštitúcii aj naďalej pokračuje.

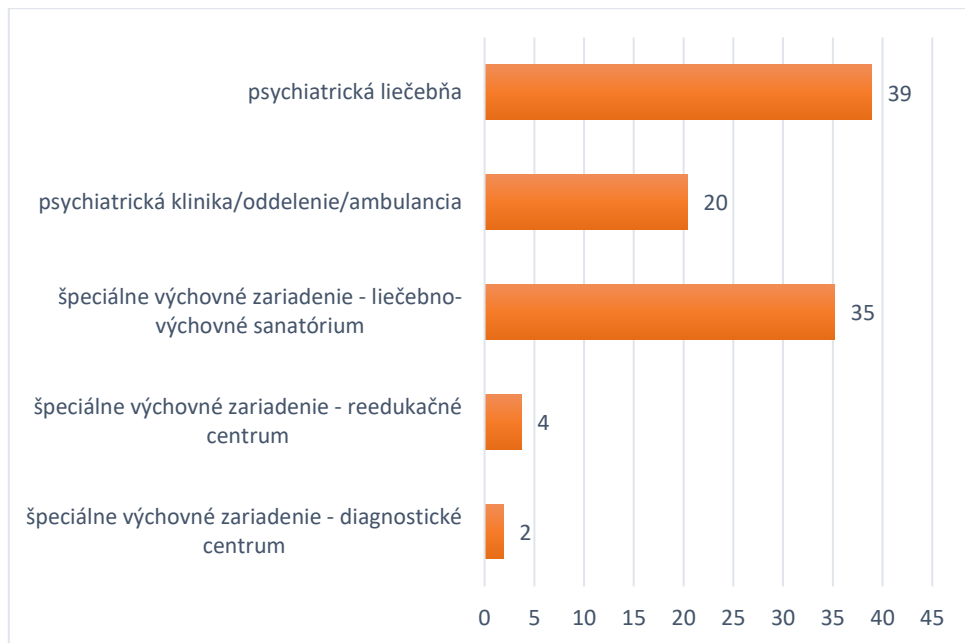
Obrázok 11. Inštitúcie, ktoré rodičia kontaktovali pri hľadaní pomoci pre dospelujúceho s EBP a následne poskytovaná starostlivosť z pohľadu rodičov a poskytovateľov (v %)



Pozn.: Rodičia a poskytovatelia mali možnosť označiť viacero odpovedí.

V rámci dotazníkovej časti štúdie **takmer polovica rodičov** uviedla, že **má za posledný rok skúsenosť s dlhodobým pobytom ich dieťaťa v nejakej inštitúcii poskytujúcej špecializovanú starostlivosť**. Z nich približne **39% dospelujúcich absolvovalo pobyt v psychiatrickej liečebni**, asi **35% v liečebno-výchovnom sanatóriu** a **20% v psychiatrickej klinike** (Obrázok 12).

Obrázok 12. Inštitúcie, v ktorých dospelávajúci s EBP absolvovali v priebehu uplynulého roka dlhodobý pobyt (v %)



Pozn.: Rodičia mali možnosť označiť viacero odpovedí. Prezentované sú percentá zo skupiny rodičov, ktorí uviedli, že ich dieťa v priebehu uplynulého roka absolvovalo dlhodobý pobyt v inštitúcii poskytujucej starostlivosť.

Na základe kvalitatívnych rozhovorov s poskytovateľmi vieme, že **dospelávajúci s EBP do systému starostlivosti vstupujú už v nižšom veku**, majú rôzne predchádzajúce skúsenosti s rôznymi formami starostlivosti či už ambulantnými alebo pobytovými, čím sa dostávajú do situácie, kedy v rámci systému starostlivosti nejakú dobu putujú, čo môže mať pre dosiahnutie úspechov v starostlivosti negatívny vplyv. Tak ako nám potvrdili samotní poskytovatelia starostlivosti, včasná a správna identifikácia problému je veľmi dôležitá, problémom však ostáva časté striedanie rôznych typov inštitúcií či poskytovateľov, ktoré môže viesť ku komplikovanejšiemu riešeniu problémov dospelávajúcich.

V rámci dotazníkov sme sa tiež pýtali **na koho podnet prichádza dospelávajúci do inštitúcie poskytujucej starostlivosť. Najčastejšie sú to práve rodičia**, ktorí privedú dospelávajúceho s EBP do konkrétnej inštitúcie na základe svojej vlastnej iniciatívy. Prvotný podnet na návštevu inštitúcie však podľa odpovedí v dotazníkoch prichádza **veľmi často aj zo strany pedopsychiatra, školy, a Oddelenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately Úradu**

práce, sociálnych vecí a rodiny (Obrázok 13). Tieto zistenia nám potvrdili poskytovatelia starostlivosti aj v rámci kvalitatívnych rozhovorov, kde zhodne uvádzali, že kľúčovými sprostredkovateľmi starostlivosti sú rodičia, škola, pediatri, pedopsychiatri a v rámci Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny Oddelenie sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately.

Dôvody vstupu do starostlivosti predstavujú pomerne širokú škálu problémov. Najviac zastúpené sú tie problémy, ktoré sú viditeľné a výrazným spôsobom ovplyvňujú rôzne oblasti života dospelujúceho či už doma alebo v škole. **Takmer polovica rodičov a poskytovateľov** uvádzala ako dôvody vstupu **poruchy aktivity a pozornosti, poruchy správania či poruchy učenia a školských zručností**. Viac ako štvrtina tiež **poruchy sociálneho fungovania**. Na druhej strane však boli veľmi často dôvodom aj **emočné poruchy (37% rodičov, 25% poskytovateľov)**, ktoré bolo potrebné riešiť s odborníkmi. Výskyt ďalších dôvodov vstupu do starostlivosti je podrobnejšie naznačený na Obrázku 14.

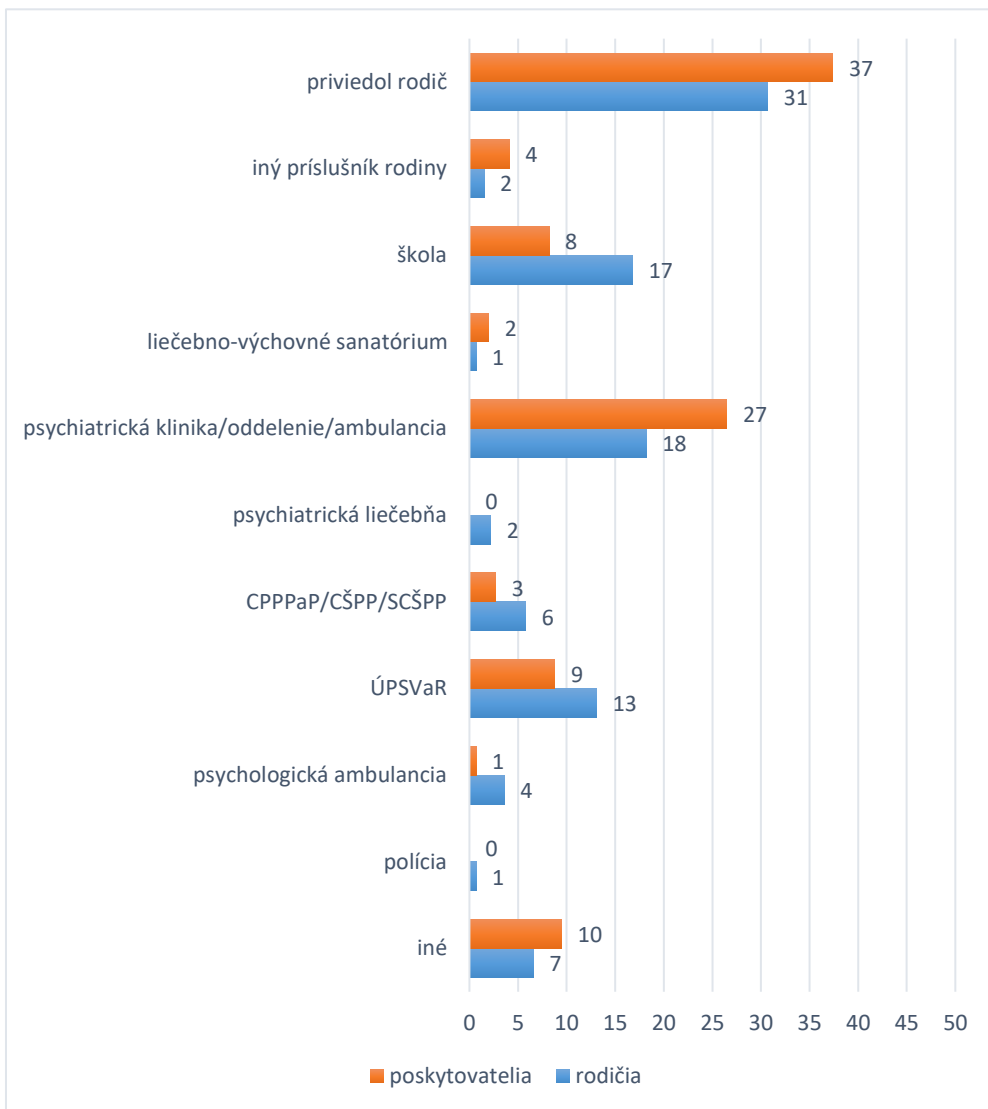
Proces poskytovania starostlivosti a jej ukončenie

V druhej časti kapitoly sa zameriame na samotný **proces poskytovania starostlivosti**, vrátane informácie o tom, **na koho je poskytovaná starostlivosť zameraná**, aké sú využívané **formy starostlivosti**, akým spôsobom je starostlivosť **ukončovaná** a aké sú **dôvody jej ukončenia**.

V dotazníkovom zbere nám poskytovatelia **v 46% prípadov** uviedli, že **starostlivosť je primárne zameraná na dospelujúceho s EBP**. **V 35% prípadov** je pomoc poskytnutá **dospelujúcemu s EBP a zároveň aj samotným rodičom**. Ako sme zistili **z rozhovorov s poskytovateľmi starostlivosti**, rodinné prostredie zohráva pri vzniku a riešení problémov dospelujúcich kľúčovú úlohu, či už v tom pozitívnom alebo aj negatívnom smere. Pri dosahovaní cieľov starostlivosti o dospelujúcich je práve preto pozornosť častokrát zameriavaná aj na rodičov, pričom aktívna spolupráca všetkých strán je pre dosiahnutie zmeny nevyhnutná, najmä v situácii, keď sa dospelujúci vráti do svojho prirodzeného prostredia.

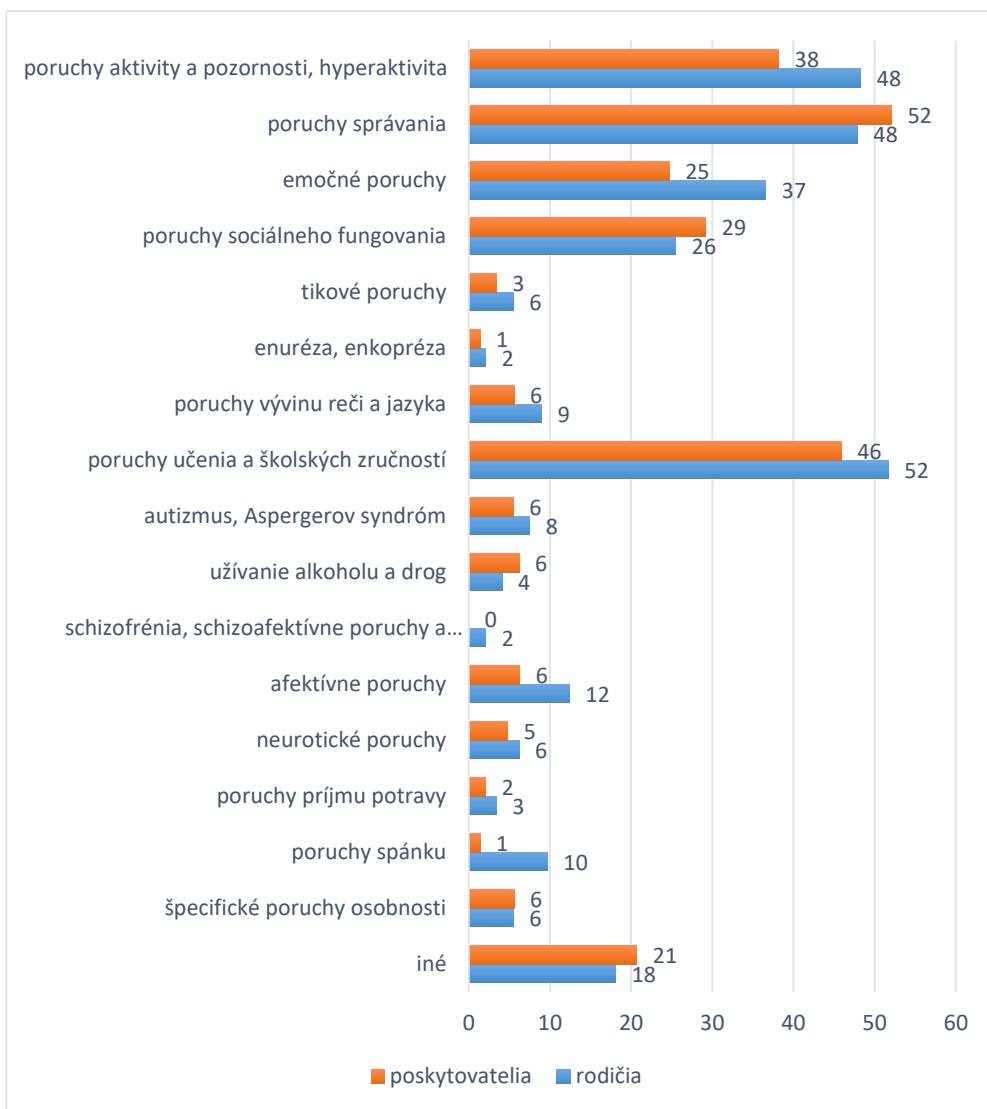
Ak by sme pozreli detailnejšie na **využívané formy samotnej liečebnej terapie** v dotazníkovom zbere (Obrázok 15), približne **dve tretiny % poskytovateľov** uviedli, že počas poskytovania starostlivosti **využívajú psychoedukáciu a nácvik sociálnych zručností** a **v takmer polovici prípadov** sa objavovali rôzne **formy psychoterapie**, či už na úrovni jednotlivca alebo skupiny a **farmakoterapia**. Len **12% poskytovateľov** uviedlo, že realizovali počas troch mesiacov starostlivosti **rodinnú terapiu**.

Obrázok 13. Na koho podnet prichádza dospievajúci do inštitúcie poskytujúce starostlivosť z pohľadu rodičov a poskytovateľov (v %)



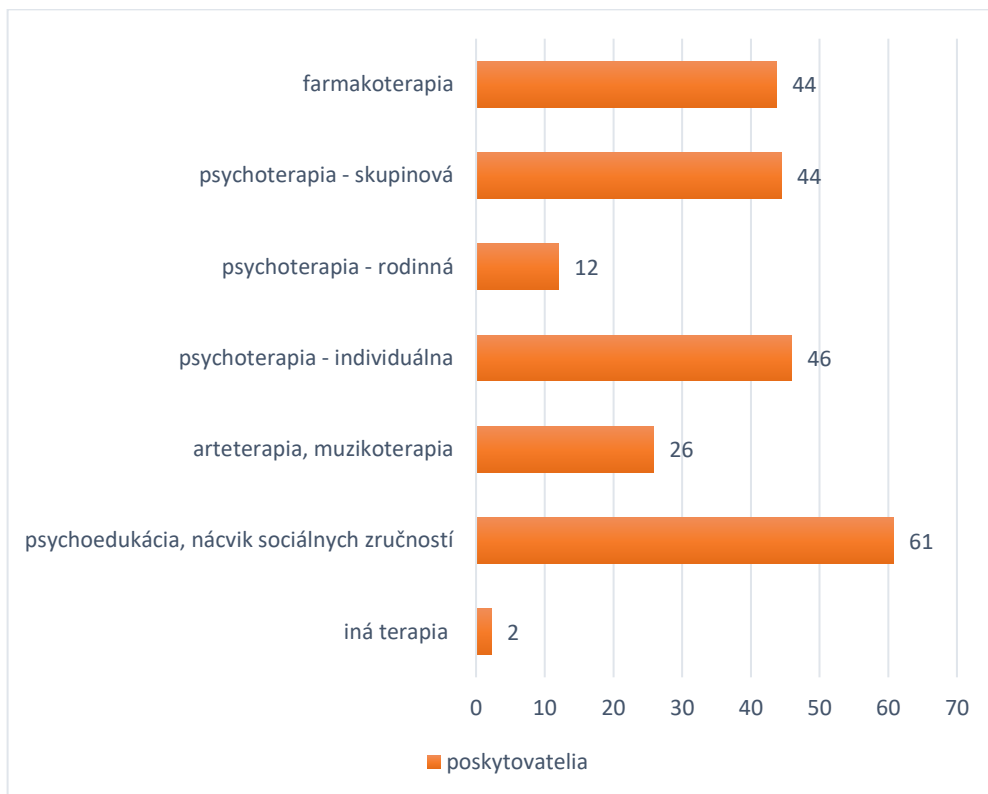
Pozn.: Rodičia a poskytovatelia mali možnosť označiť viacero odpovedí.

Obrázok 14. Dôvody vstupu dospelávajúceho do inštitúcie z pohľadu rodičov a poskytovateľov (v %)



Pozn.: Rodičia aj poskytovatelia mali možnosť označiť viacero odpovedí.

Obrázok 15. Formy liečebnej terapie absolvované počas troch mesiacov poskytovania starostlivosti podľa poskytovateľov starostlivosti (v %)



Pozn.: Poskytovatelia mali možnosť označiť viacero odpovedí.

Na základe ich výpovedí v kvalitatívnych rozhovoroch tiež vieme, že **v procese starostlivosti** využívajú poskytovatelia širokú paletu stratégií a nástrojov práce s klientom, či už je to rodič alebo dospelievajúci s EBP. Aj keď konkrétna forma alebo stratégia práce do veľkej miery závisí od typu a závažnosti problémov, určitá postupnosť krokov je charakteristická pre všetky vetvy starostlivosti. Pred tým ako je možné sústrediť sa s klientom na samotné riešenie problému, s ktorým prichádza do starostlivosti, je potrebné urobiť veľa krokov, ktoré tomu predchádzajú a aj niekoľko krokov na záver:

1. Oboznámenie sa s klientom a jeho dokumentáciou
Informovanie klienta o možnostiach ponúkanej starostlivosti, jej priebehu a pravidlách Ponuka spolupráce
↓
2. Budovanie vzťahu a dôvery s klientom
Identifikácia a prehodnocovanie problémov a ich príčin s klientom
Spoločné hľadanie možností riešenia s klientom
Motivovanie klienta
↓
3. Stanovovanie cieľov s klientom
Tvorba plánu práce a kontraktu s klientom
↓
4. Práca s klientom
Pravidelné vyhodnocovanie a prehodnocovanie cieľov s klientom
Uschopňovanie klienta
↓
5. Pozvoľné ukončovanie starostlivosti
Rozlúčenie

Spôsobov, akými poskytovatelia starostlivosti pristupujú k svojim klientom, je mnoho. To, aký prístup či stratégiu zvolí poskytovateľ pri práci s klientom, závisí okrem typu a závažnosti problémov dospievajúceho aj od kompetencií, vzdelania, metodického vedenia a osobnosti poskytovateľa. V nasledujúcej časti si popíšeme prístupy poskytovateľov starostlivosti ku klientom tak, ako sa objavovali v rozhovoroch. Sú opísané spôsobom, akým svoju prácu s klientmi popisovali samotní poskytovatelia a nejedná sa teda o žiadnu klasifikáciu. Používanie týchto najčastejšie zmieňovaných prístupov je v očiach poskytovateľov vhodné a efektívne. Každý z prístupov klade tak na poskytovateľa ako aj na klienta určité nároky a má nepochybne aj svoje obmedzenia alebo nevýhody.

Participatívny prístup poskytovateľa ku klientovi znamená, že klient je v centre pozornosti, má vytvorený priestor a je aktívne zapojený do všetkých krokov poskytovanej starostlivosti. Tak rodič ako aj dospievajúci dostávajú priestor na vyjadrenie svojich pohľadov, názorov, postojov ale aj potrieb a očakávaní.

„Niekedý je zaujímavé, že rodič sám nevie celkom sformulovať čo od nás chce. Väčšinou je odpoveď: ‘Aby bol dobrý’. A to je veľmi ťažko uchopiteľné. Toto už je taká samostatná komplexná práca. Rozprávať s tým rodičom o tom, aká je vlastne jeho predstava, čo by sa dalo robiť. Že to nie je o tom, že nám dá dieťa: ‘Zmeňte, zlepšite mi ho.’ Ale že jednoducho tam je aj jeho príspevok, to sa proste nedá oddeliť.“

„Najprv rozprávam s klientom, ako to vidí on a potom s rodičom. A spoločne sa bavíme o tom, že ako to vidia ONI, čo ONI potrebujú.“

Potom si spoločne s poskytovateľom klienti určia ciele, ktoré chcú v rámci poskytovanej starostlivosti dosiahnuť, spoločne si dohodnú ako sa k nim dopracujú a čo je pre to potrebné spraviť. Dohodnú si podmienky spolupráce, po celý čas sa spoločne rozhodujú o ďalších krokoch, ktoré aj spoločne vyhodnocujú.

„Potom sa dohodneme s klientom, čo je našim cieľom, čo chceme dosiahnuť. A potom sa snažíme rôznymi prostriedkami k tomu cieľu dospieť. Po určitých sedeniach, po určitých stretnutiach bilancujeme, či tam smerujeme, či napĺňame, alebo či sa niečo zlepšuje, zhoršuje.“

„Potom si ideme spoločne stanoviť ten cieľ, aby sme vedeli, čo chceme aby na konci bolo výsledkom. Čo im my môžeme priniesť, aby z toho čo najviac vyťažili.“

„Keďže súčasťou toho plánu je rodina, tak ona vlastne vie, čo sa s ňou bude diať. Oni si dajú ten cieľ. [...] Dôležité je, aby tá rodina ten cieľ mala za svoj.“

Tento prístup je limitovaný motiváciou a ochotou klienta aktívne spolupracovať, keďže je postavený na vtažení klienta do aktívnej spolupráce na riešení svojich problémov, kde sa klient stáva rovnocenným partnerom. Je úzko spojený s ďalším prístupom a tým je podporný prístup.

Podporný prístup je v prvom rade nedirektívny a nepaternalistický (poskytovateľ nehodnotí, nekritizuje a nerozkazuje ale nenásilne ponúka pomoc). Jeho nevyhnutným základom je rešpektovanie klienta a vnímanie jeho individuality. Poskytovateľ akceptuje klienta takého, aký je, aj s jeho chybami. Základom tohto prístupu je bezpodmienečné prijatie klienta a rešpektovanie jeho zlyhaní. Je to takmer ako v manželstve: „v dobrom aj v zlom“. Uplatňovanie takéhoto prístupu si vyžaduje od poskytovateľa empatiu aj schopnosť oceniť a sústrediť sa na pozitívne stránky a potenciál klienta, ktoré sa snaží podporiť.

„Pracujeme na báze toho bezpodmienečného prijatia. Že naozaj vnímame toho klienta s tým, aký je. Nesúdime a nikdy nikomu nepovieme, že toto a toto nie, toto nerobíť. Nepohoršujeme sa, nekritizujeme, nehodnotíme, ale naozaj prijímame toho klienta, že proste takto to má. My nevnucujeme, len ponúkame, ale nechávame to konečné rozhodnutie na toho klienta.“

Represívny prístup je opakom participatívneho či podporného prístupu a v spektre prístupov, ktoré využívajú poskytovatelia starostlivosti sa nachádza na opačnom konci. Je značne paternalistický a poskytovatelia ho využívajú najmä vo vzťahu k nedobrovoľným klientom alebo ako páku vo vzťahu k rodičom, ktorí by inak odporúčania poskytovateľov nedodržovali. Týka sa najmä starostlivosti, ku ktorej boli klienti dotlačení na základe rozhodnutia SPODaSK alebo súdu. Represívne opatrenia vytvárajú na klientov tlak, ktorý má za cieľ prinútiť ich k spolupráci. Tlak sa stupňuje pod hrozbou sankcií, ktoré môžu niektorí poskytovatelia voči klientom uplatniť (napr. predvolanie na SPODaSK, výchovný pohovor, výchovné

opatrenie, súdny dohľad nad starostlivosťou, obmedzenie výkonu rodičovských práv a povinností, rozhodnutie o umiestnení dospelávajúceho, výchovné opatrenie pobytovou formou, zastavenie výplaty prídavkov na dieťa a určenie osobitného príjemcu).

Okrem týchto troch základných prístupov, využívajú poskytovatelia mnoho ďalších, ktoré charakterizujú ich prácu s klientom. Poskytovateľmi najčastejšie zmieňovaný je **individuálny prístup**, ktorý zohľadňuje jedinečnosť každého klienta a jeho problémov. Tento prístup sa snažia uplatňovať všetci poskytovatelia vo vzťahu ku všetkým svojim klientom. Prispôsobujú svoju prácu s klientom jeho individuálnym možnostiam, schopnostiam a potrebám. To si vyžaduje od poskytovateľov značnú flexibilitu pri manažovaní starostlivosti o klienta, o ktorú sa v rámci možností a pravidiel snažia.

„Plán práce sa tvorí na individuálnej báze, lebo každé dieťa je iné a každé dieťa má iné domáce prostredie.“

„Je to veľmi individuálne a často také naozaj intuitívne, vycítiť z tej situácie, čo si naozaj aj ten klient vyžaduje, alebo čo potrebuje v ten daný moment. Takže nemáme nejaký presný mechanizmus, ako pracujeme.“

Niektorí poskytovatelia tiež zmieňovali, že pristupujú k svojim klientom intuitívne. Intuícia a cit vedú poskytovateľov v situáciách, kde neexistuje presný mechanizmus. Pomáhajú im rozhodovať sa o tom, čo ich klient v daný moment potrebuje. Svoje miesto tu má aj osobný prístup, ústretovosť a empatia.

„Veľa vecí robím intuitívne. Ale, čím som zručnejšia v teórii, tak tým už aj viac rozumiem, prečo isté veci robím, ako robím.“

Pre klientov je tiež dôležitým aspektom ponúkanej starostlivosti jej **diskrétnosť a ochrana ich súkromia**. Okrem uplatňovania diskrétného prístupu ku klientom sa poskytovatelia snažia aj o transparentnosť v procese starostlivosti. Informujú svojich klientov na začiatku aj priebežne o tom, čo a akým spôsobom sa bude diať. Poskytnú im všetky potrebné informácie o starostlivosti a o jej priebehu.

„Keď k nám /klienti/ prichádzajú, tak tá potreba istého súkromia, ochrany svojich teda problémov je pre nich veľmi dôležitá.“

„Vždy rodiča upozorním na to, že keďže je to terapia dieťaťa, tak tam veľmi musíme ošetriť to, aké informácie z nej pôjdu a aké nie. A na začiatku, aj dieťaťu, aj rodičovi poviem, že jediné, čo sa rodič z tej terapie dozvie je, keď mi tu dieťa povie niečo, čo je pre neho ohrozujúce.“

Prístup poskytovateľov ku klientom úzko súvisí s faktorom, ktorý má v procese starostlivosti elementárnu dôležitosť a týka sa tak dospelávajúcich ako rodičov. Je ním **vzťah medzi poskytovateľom a klientom**. V nasledujúcej časti si ho priblížime z pohľadu poskytovateľov na základe ich výpovedí.

S cieľom vybudovať si s klientom vzťah spomínali poskytovatelia používanie rôznych stratégií. Základom je však vypočuť si klienta, jeho pohľad, prejavíť pochopenie a empatiu, preukázať rešpekt, ľudskosť, niekedy odhaliť aj kúsok seba na oplátku. Dobrý **vzťah klienta ku poskytovateľovi funguje na báze dôvery**. Poskytovateľ môže dôverovať klientovi, že je úprimný, že sa snaží a že je odhodlaný a schopný problémy riešiť. Klient zas dôveruje poskytovateľovi, že je diskrétny, že ho neodsúdi, že ho podporí, pomôže mu sa s problémami popasovať a môže sa na neho kedykoľvek obrátiť.

„Ale zase to bolo o tom, že sme sedeli, sme sa rozprávali, aj sme posrandovali. Proste, nie je to len také, že ja teraz idem svoje a čisto len nejaký výchovný pohovor, ale proste znížim sa na tú úroveň s tým dieťaťom a rozprávame jeho slovníkom. A oni sa proste tak uvoľnia a povedia aj to, čo by sme nechceli vedieť. Ale dobre. To sa tvárime, že hops (smiech).“

„Používam raz za čas aj takéto seba-odhalenie. Ale s tým, že s tým tak trochu experimentujem. Robím s tým strašne opatrne. Ale, akoby spätná väzba klientov je, že to strašne ocenia.“

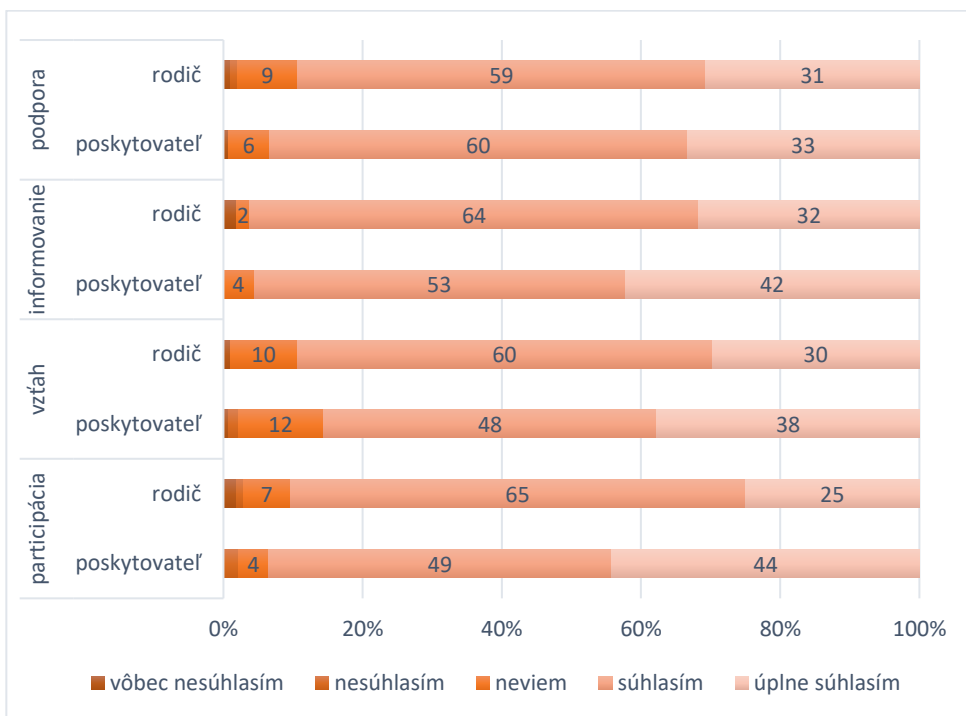
Poskytovatelia často využívajú rôzne postupy ako sa priblížiť nielen k dospievajúcejmu, ale aj k rodičovi, pričom ťažisko ich práce spočíva práve v **komunikácii poskytovateľa a rodiča**. V tejto kapitole sme sa teda pozreli aj na hodnotenie **základných charakteristík vzájomnej komunikácie poskytovateľov a rodičov** ako aj na prístup poskytovateľa v starostlivosti z pohľadu rodičov. Pri interpretácii nasledujúcich výsledkov je však potrebné brať do úvahy určité obmedzenia spôsobené dotazníkovým zberom dát za spolupráce samotných poskytovateľov starostlivosti, ktoré je podrobnejšie popísané v Kapitole 2. Znamená to, že odpovede rodičov mohli byť do určitej miery ovplyvnené prítomnosťou poskytovateľa pri vyplňaní dotazníkov a jeho úlohou pri sprostredkovaní našich dotazníkov.

Na základe **výpovedí rodičov a poskytovateľov v dotazníkoch** bola **celkovo vzájomná komunikácia hodnotená veľmi dobre** aj z pohľadu rodičov aj z pohľadu poskytovateľov starostlivosti. Ako už bolo spomenuté, komunikácia je ťažiskom práce v priebehu celého procesu poskytovania starostlivosti. **Poskytovatelia sa vo všetkých vetvách starostlivosti v rámci rozhovorov** zhodli, že v mnohých prípadoch všetko začína a padá práve na tom, do akej miery sú rodičia ochotní a schopní spolupracovať, byť otvorení a úprimní. Rodič je totiž ten, ktorý má všetky potrebné informácie o svojom dieťati, o možných príčinách problémov, o predchádzajúcej starostlivosti, ktorý dáva súhlas so všetkými krokmi nevyhnutnými pri riešení problémov dospievajúceho, je ten, ktorý realizuje zmeny v domácom prostredí. Preto **je už od začiatku budovania vzťahu kľúčové zvoliť si ten správny a adekvátny spôsob komunikácie, ktorý by rodiča motivoval k ďalšej spolupráci**.

Ak by sme sa bližšie pozreli **na dotazníkové hodnotenie jednotlivých stránok komunikácie** (Obrázok 16), rodičia i poskytovatelia hodnotili všetky štyri aspekty, participáciu na procese

starostlivosti, budovanie vzťahu v rámci starostlivosti, informovanie o procese starostlivosti a podporu pri riešení problémov prevažne pozitívne.

Obrázok 16. Hodnotenie vzájomnej komunikácie medzi rodičmi a poskytovateľmi z pohľadu rodičov a poskytovateľov (v %)



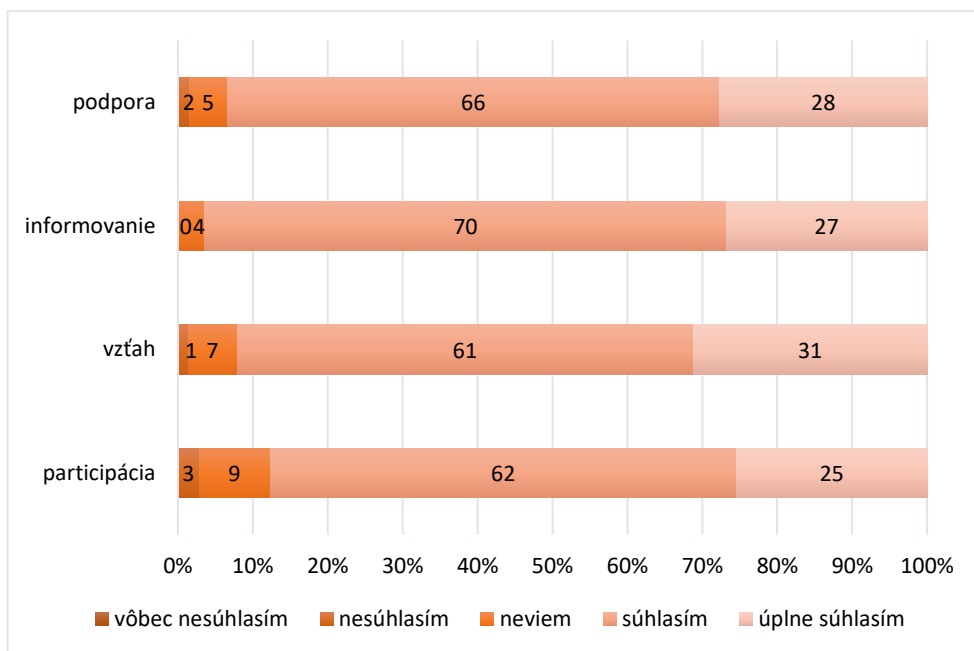
Vo všeobecnosti hodnotila väčšina **rodičov v dotazníkoch vzájomnú spoluprácu pozitívne**. K základným aspektom spolupráce, ktoré rodičia hodnotia ako pozitívne a dôležité je nielen možnosť podieľať sa na rozhodovaní o postupe v poskytovaní starostlivosti, spoločne vypracovávanie plánu jednotlivých krokov či spoločné stanovovanie si cieľov, ale aj rešpekt a akceptovanie ich názorov, čo následne môže viesť k vytvoreniu si určitej dôvery a ochoty pokračovať ďalej v starostlivosti. Aktívna práca s rodičom v zmysle poskytovania informácií rôzneho charakteru bola u väčšiny rodičov taktiež hodnotená pozitívne, či sa to už týka otvorenej diskusie o postupoch v aktuálnej starostlivosti alebo ďalších možnostiach a formách starostlivosti či liečebných metódach. Aj samotní **poskytovatelia v rozhovoroch** potvrdili, že ich hlavnou snahou je **aktívne zapojiť rodiča** do každého kroku starostlivosti, vytvárať mu dostatočný **priestor na vyjadrenie svojich myšlienok, pocitov a obáv**, vyjadriť mu **podporu a rešpekt** pri stanovovaní si cieľov či podmienok spolupráce, vysvetliť mu všetky možnosti

a postupy poskytovanie starostlivosti. Samozrejme výber najvhodnejšej stratégie je vždy individuálny a komplexný, a môže sa od rodiča k rodičovi meniť a prispôbovať podľa aktuálnej situácie, v ktorej sa rodič i jeho dieťa nachádzajú.

Podobne sme sa zamerali aj na **komunikáciu poskytovateľa s dospelým** ako s hlavným aktérom starostlivosti. Na základe výpovedí **poskytovateľov v dotazníkoch** bola **komunikácia medzi poskytovateľom a dospelým z celkového pohľadu** hodnotená o čosi horšie ako tomu bolo pri hodnotení komunikácie s rodičmi, a viac ako tretina z nich hodnotila z celkového pohľadu komunikáciu s dospelým dokonca skôr priemerne. Z tohto výskumu vieme, že iniciátormi vstupu do starostlivosti sú vo väčšine prípadov buď rodičia alebo škola, ktorí majú najlepšiu možnosť identifikovať, že sa s dospelým niečo deje. Dospelí sa tak dostávajú do situácie, ktorá je pre nich neznáma, môže vyvolávať určité obavy a neochotu spolupracovať, nedôveru. Ako uvádzajú **poskytovatelia v rozhovoroch, dospelí s EBP preto môžu najmä na začiatku starostlivosť odmietať**, nerozumejú prečo by sa mali na nej zúčastňovať a **nie sú motivovaní s poskytovateľom spolupracovať**, búria sa, čo následne komplikuje aj komunikáciu s nimi. Dokonca niekedy dochádza k situáciám, kedy sú dospelí vytrhnutí z ich domáceho prostredia, sú odlúčení od svojich blízkych a nástup do pobytovej formy starostlivosti je potom oveľa náročnejší a nadviazanie spolupráce zdĺhavesšie a problematickejšie.

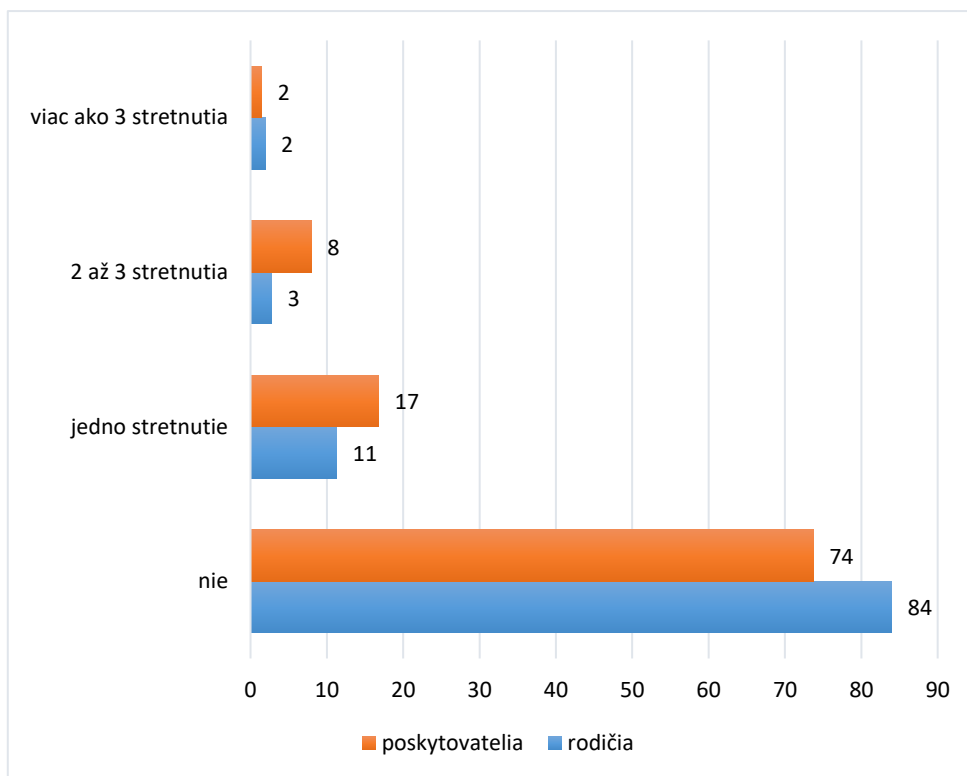
Ak by sme sa pozreli na **jednotlivé aspekty komunikácie, poskytovatelia v dotazníkoch** pozitívne hodnotili nadviazanie podporného vzťahu s dospelým, otvorenú a jasnú komunikáciu a informovanie o samotnej starostlivosti, jej priebehu, možnostiach či o správnom pochopení toho, čo sa s dospelým deje. Poskytovatelia hodnotili taktiež veľmi pozitívne vzťah s dospelým vybudovaný v rámci procesu starostlivosti a aktívnu účasť dospelého v procese starostlivosti, to znamená, podobne ako v prípade rodičov, jeho aktívne zapájanie do rozhodovania a stanovovania si cieľov (Obrázok 17). V rámci **kvalitatívnych rozhovorov** poskytovatelia uvádzali, že pre dosiahnutie úspechov v starostlivosti zohráva nadviazanie vzájomného vzťahu a spolupráce dôležitú úlohu. Využívajú pritom rôzne stratégie, založené najmä na **vytvorení dôvery a bezpečného prostredia**, ktoré dokážu motivovať dospelého do takej miery, že je ochotný aktívne sa podieľať na riešení svojich problémov.

Obrázok 17. Hodnotenie vzájomnej komunikácie poskytovateľov s dospelými (v %)



Ako uvádzali v priebehu kvalitatívnych rozhovorov, v niektorých prípadoch je podľa poskytovateľov starostlivosti nadviazanie spolupráce a vzťahu komplikovanejšie. To má za následok zložitejšiu úlohu poskytovateľ pri motivácii klienta, či už je to rodič alebo dospelý, spolupracovať na riešení problému. Jedným zo signálov nedostatočnej alebo zlyhávajúcej spolupráce je **vynechávanie stretnutí a ukončovanie spolupráce**. Ako je možné vidieť na Obrázku 18 **približne 70% rodičov a približne 80% poskytovateľov v dotazníkoch** uviedlo, že sa nestalo, aby rodičia alebo samotný dospelý vynechali stretnutie. V prípade tých, ktorí uvádzali vynechanie stretnutia, dochádza k určitým rozdielom v porovnaní výpovedí poskytovateľov a rodičov, ktoré môžu byť výsledkom sociálne žiadúcich odpovedí zo strany rodičov. Približne 17% poskytovateľov ale len 11% rodičov uviedlo zrušenie jedného stretnutia. Zrušenie 2 až 3 stretnutí uvádzalo 8% poskytovateľov, ale len 3% rodičov. Poskytovatelia v rozhovoroch uvádzali, že sa niekedy počas procesu poskytovania starostlivosti stretávajú s rôznymi obavami až strachom či už z odhaľovania osobných informácií, zo stanovenia diagnózy, s obavami či nedostatočnou motiváciou realizovať zmeny alebo aj s predsudkami voči nim ako odborníkom i celej starostlivosti, čo môže vzájomnú spoluprácu narúšať. Nedostatočná motivácia a nespupráca tak môže viesť k nedodržaniu odporúčaní, dohodnutého plánu starostlivosti, či následnému vynechaniu stretnutí, alebo aj k ukončeniu celkovej starostlivosti zo strany rodiča.

Obrázok 18. Vynechanie stretnutia z pohľadu rodičov a poskytovateľov (v %)



Paralelná starostlivosť a komunikácia medzi poskytovateľmi

Vzájomná spolupráca a komunikácia poskytovateľov starostlivosti rôznych inštitúcií je ďalším faktorom, ktorý môže ovplyvniť proces poskytovania starostlivosti či už v tom pozitívnom alebo aj negatívnom zmysle. Ako uvádzajú samotní poskytovatelia, v niektorých prípadoch, ktoré si vyžadujú riešenie problému z viacerých strán, je výmena informácií a jednotnosť postupov v jeho riešení nevyhnutnou súčasťou celkovej starostlivosti o dospievajúceho. Je to aj z toho dôvodu, že rodičia ako zákonní zástupcovia nie sú povinní poskytovať informácie o predchádzajúcej starostlivosti alebo paralelnej starostlivosti poskytovanej v inej inštitúcii. Keďže neexistuje jednotný systém, ktorý by poskytoval takýto typ informácií, vzájomná výmena informácií je nevyhnutná. V rámci svojich **výpovedí v dotazníkoch, približne štvrtina poskytovateľov** uviedla, že počas prvých troch mesiacov poskytovania starostlivosti **komunikovali aj s inými poskytovateľmi či organizáciami**, pričom väčšina z nich hodnotila túto komunikáciu veľmi pozitívne. Zo samotných **rozhovorov s poskytovateľmi** vyplýva, že dobrá **spolupráca medzi poskytovateľmi rôznych inštitúcií je založená najmä na**

existujúcich vzájomných osobných vzťahoch. Poskytovatelia sú si vedomí svojich možností aj limitov, poznajú svoje kompetencie, preto môže byť ich spolupráca aj napriek sťaženej komunikácii dobrá. Na druhej strane sú však aj poskytovatelia, ktorí majú skôr negatívne skúsenosti, ktoré vychádzajú práve z toho, že do kontaktu prichádzajú len skrze klientov, a sú aj viac kritickí voči práci svojich kolegov. Napriek tomu, že **poskytovatelia** sami uznávajú dôležitosť práce poskytovateľov z iných inštitúcií, **vnímajú potrebu zlepšiť medzirezortné sieťovanie, koordinovanie a výmenu informácií** na zabezpečenie čo najefektívnejšej spolupráce.

Čo s tým?

Včasná a správne zachytenie problému u dospelujúcich zohráva veľmi dôležitú úlohu pri jeho riešení a dosiahnutí úspechov v poskytovanej starostlivosti. Z našich výsledkov vyplýva, že rodičia a škola sú prvými iniciátormi vstupu do starostlivosti, keďže s dospelujúcimi sú v každodennom kontakte a majú tak možnosť zachytiť prípadné problémy, ktoré si vyžadujú pozornosť odborníkov. Ukazuje sa však, že **rodičia potrebujú byť lepšie informovaní** v oblasti starostlivosti a možnostiach, ktoré sú dostupné, vrátane kontaktov na konkrétne inštitúcie a poskytovateľov, aby im potrebná starostlivosť bola poskytnutá čo najskôr.

Zároveň sa ukázalo, že **škola je dôležitou súčasťou systému poskytujúceho starostlivosť o dospelujúcich s EBP**, keďže je prostredím, v ktorom dospelujúci trávajú po rodine najviac času, a teda učitelia majú možnosť odhaliť problém v prvej línii. Je tiež prostredím, v ktorom sa mnoho odporúčaní odborníkov aj následne realizuje. Na základe rozhovorov vieme povedať, že stále miesto odborných zamestnancov v škole, ako aj zvyšovanie kompetencií samotných učiteľov v problematike emocionálnych problémov a problémov v správaní je opodstatnené a veľmi potrebné na to, aby učitelia boli schopní adekvátne pomôcť dospelujúcim, ktorí to potrebujú.

Poskytovatelia tiež uvádzajú, že **rodinné prostredie zohráva pri riešení problémov dospelujúcich kľúčovú úlohu**, či už v tom pozitívnom alebo aj negatívnom smere. Pri dosahovaní cieľov starostlivosti o dospelujúcich je práve preto pozornosť častokrát zameriavaná aj na rodičov, pričom aktívna spolupráca všetkých strán je pre dosiahnutie zmeny nevyhnutná. Napriek tomu, len málo poskytovateľov využíva ako formu liečby rodinnú terapiu, a to z viacerých dôvodov. Tie sú buď na strane poskytovateľov, ktorí sú jednak nadlimitne zaťažovaní, no zároveň im chýba potrebné vzdelávanie v oblasti práce s celou rodinou (napr. rodinné poradenstvo a terapia), alebo na strane rodičov, v zmysle nedostatočnej motivácie, ochoty a záujmu podieľať sa na celom procese starostlivosti, či ďalších faktorov, ako socioekonomické zázemie.

Na to, aby bola práca s dospelujúcimi dostatočne efektívna, **je potrebné pracovať s celým sociálnym kontextom, v ktorom dospelujúci žijú vrátane rodiny, školy a širšej komunity.** Práca s celým kontextom by sa podľa výpovedí poskytovateľov starostlivosti mala vnímať nie len ako možnosť alebo ako **nevyhnutná a štandardná súčasť práce.** Ak komplexný prístup čiastočne alebo úplne absentuje je to okrem iných faktorov do veľkej miery ovplyvnené aj tým, ako sú EBP vnímané spoločnosťou. Ešte stále je možné stretnúť sa s presvedčením, že v prípade EBP ide vo výraznej miere o problém na strane dospelujúceho, ktoré treba zmeniť nerešpektujúc omnoho širší sociálny kontext problémov.

V rámci poskytovania starostlivosti využívajú poskytovatelia rôzne spôsoby a stratégie práce, pričom **ťažiskom je komunikácia,** ktorej kvalita závisí od širokého spektra faktorov na strane poskytovateľa aj rodiča či samotného dospelujúceho s EBP. Svoju úlohu pritom zohráva aj celkové nastavenie a organizácia systému starostlivosti ako takého. Celkovo bola vzájomná komunikácia a jej jednotlivé stránky hodnotené pozitívne, najmä v prípade rodičov vo vzťahu k poskytovateľom. Tu je však veľmi dôležité zohľadňovať limitácie dotazníkového zberu, kedy mohli byť ich odpovede do určitej miery ovplyvnené sociálnou žiadúcnosťou.

Zhrnutie

- Rodičia sa v prípade potreby pomoci obracali najčastejšie na školy
- Výrazne zaznievala potreba vzdelávania učiteľov v oblasti práce s dospelujúcimi s EBP ako aj zavedenia trvalej pozície odborného zamestnanca, najmä psychológa, či vytvorenie odborného inkluzívneho tímu (školský psychológ, školský špeciálny pedagóg, sociálny pedagóg, liečebný pedagóg či logopéd) priamo na škole
- Najčastejšie privádzali dieťa do inštitúcie rodiča z vlastnej iniciatívy
- Najčastejšími dôvodmi vstupu do starostlivosti boli ADD/ADHD, poruchy správania a poruchy učenia
- Rodinná terapia ako forma liečby je málo využívaná, aj keď spolupráca s rodinou je pre dosiahnutie úspechov v starostlivosti dôležitá
- Aktívne zapájanie rodiča do starostlivosti, vytváranie priestoru na vyjadrenie myšlienok, pocitov a obáv, vyjadrenie podpory a rešpektu, sú hlavnými stratégiami práce poskytovateľa s rodičom
- Komunikácia a spolupráca medzi poskytovateľmi rôznych inštitúcií je efektívnejšia, ak ide o odborníkov, ktorí sú medzi sebou už zosieťovaní



Kapitola 5 - Bariéry a nedostatky systému starostlivosti o dospelých s emocionálnymi problémami a problémami v správaní z pohľadu poskytovateľov starostlivosti

Čo v systéme starostlivosti funguje alebo nefunguje a prečo? Čo poskytovateľom starostlivosti pomáha a čo naopak bráni robiť svoju prácu tak, aby jej efekt bol čo najlepší.

Systém starostlivosti o dospelých s emocionálnymi problémami a problémami v správaní (ďalej len EBP) tvorí mnoho inštitúcií a pomáhajúcich profesionálov, od ktorých sa očakáva, že budú schopní pomôcť dospelým a ich rodinám vyriešiť problémy, ktoré nedokážu vyriešiť vlastnými silami. Očakávania, ktoré sú kladené na tých, ktorí s dospelými a ich rodinami pracujú v prvej línii sú teda nemalé. V predchádzajúcej kapitole sme popísali, aké sú problémy, s ktorými dospelí do starostlivosti najčastejšie vstupujú, aké je prostredie, z ktorého prichádzajú a v neposlednom rade, ako vyzerá starostlivosť, do ktorej vstupujú a ktorá by im mala pomáhať. To nás privádza k otázkam, ktoré by sme chceli zodpovedať v rámci tejto kapitoly. **Čo v systéme starostlivosti funguje alebo nefunguje a prečo? Čo poskytovateľom starostlivosti pomáha a čo naopak bráni robiť svoju prácu tak, aby jej efekt bol čo najlepší?** A na druhej strane, **čo bráni dospelým a ich rodinám, využívať ponúkanú starostlivosť** tak, aby z nej dokázali čo najviac vyťažiť vo svoj prospech? To všetko sú veľmi dôležité otázky, pretože na konci snaženia sa všetkých zúčastnených, by sme chceli vidieť šťastných a prosperujúcich dospelých, ktorí sú schopní naplňať svoj potenciál.

Čo sme robili a ako sme postupovali?

Jedným z cieľov, ktorý sme si v rámci štúdie Care4youth stanovili, bolo preskúmať **existujúce bariéry systému starostlivosti o dospelých s EBP z pohľadu rodičov i z pohľadu poskytovateľov**. Aby sme zodpovedali už spomínané otázky, **pýtali sme sa rodičov pomocou dotazníkov na bariéry** (tak na ich strane ako aj na strane poskytovateľov), ktoré by mohli z ich pohľadu negatívne ovplyvniť proces a výsledok poskytovanej starostlivosti. Získali a spracovali sme odpovede od rodičov, ktorí z dôvodu problémov svojich detí využívali služby niektorého z poskytovateľov starostlivosti. Nie všetko je však možné obsiahnuť v dotazníkoch, preto sme sa na bariéry pýtali aj poskytovateľov starostlivosti, ktorých každodennou prácou je pomáhať dospelým a ich rodinám.³ Potom, ako sme zmapovali systém starostlivosti

³ Kvalitatívne rozhovory s rodičmi o ich skúsenosti EBP a ich riešení v systéme starostlivosti sú plánované v priebehu roka 2021.

o dospievajúcich s EBP a identifikovali všetky inštitúcie a poskytovateľov starostlivosti (Kapitola 3), **požiadali sme zástupcov všetkých spolupracujúcich inštitúcií na úrovni riadenia, ako aj na úrovni pomáhajúcich profesionálov, ktorí priamo pracujú s cieľovou klientelou o rozhovor.** Viac informácií je možné nájsť v Kapitole 2.

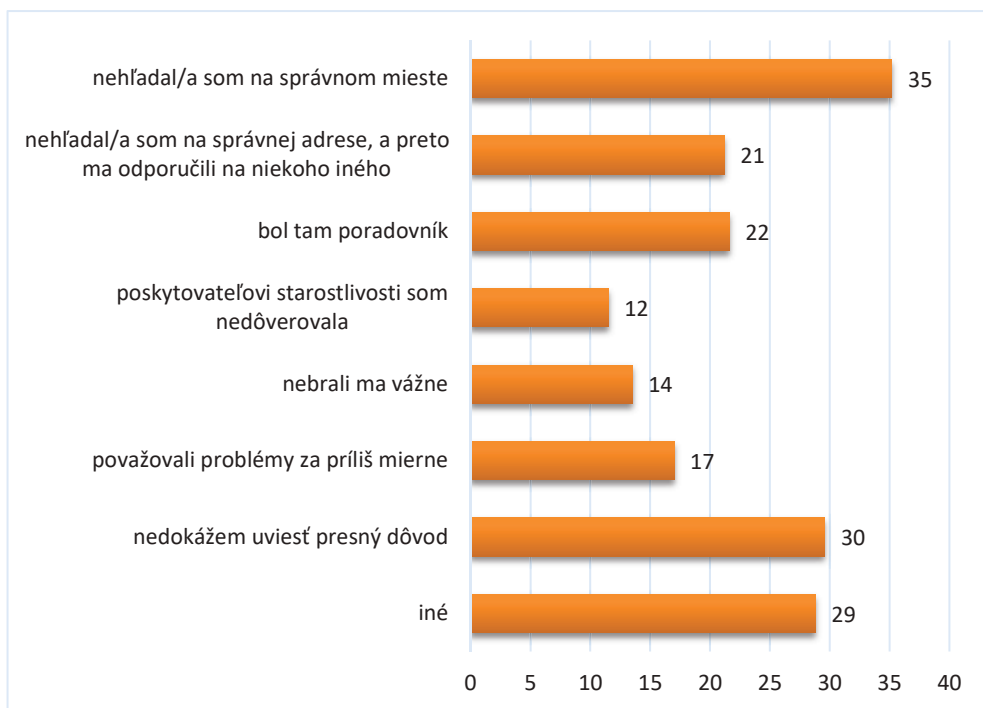
Čo sme zistili?

Bariéry súvisiace s poskytovanou starostlivosťou z pohľadu rodičov

Na **bariéry, ktoré by mohli rodičia vnímať v súvislosti s poskytovanou starostlivosťou**, sme sa rodičov pýtali pomocou dotazníkov. Sú rozdelené do piatich skupín: **1. Bariéry pri vstupe do starostlivosti; 2. Stresory a prekážky zasahujúce do účasti na starostlivosti; 3. Obavy a nespokojnosť vyplývajúce z nárokov poskytovanej starostlivosti; 4. Vnímaný význam a dôležitosť poskytovanej starostlivosti; 5. Vzťah s poskytovateľom.**

Prvá skupina bariér sa týka okolností, ktoré spôsobovali, že dostať sa k pomoci pre dospievajúcich trvalo rodičom viac ako mesiac. Takmer 60% rodičov našlo potrebnú pomoc do jedného mesiaca. Stále však **jednej pätine rodičov trvalo nájsť pomoc od jedného do troch mesiacov** a takmer **12% rodičov uvádzalo dokonca viac ako 12 mesiacov**. Dôvody, prečo rodičom trvalo nájsť pomoc dlhšie ako jeden mesiac, sú uvedené v Obrázku č. 19. Najčastejším dôvodom dlhšieho hľadania bolo, že **pomoc nehľadali v tej správnej inštitúcii (35%)**, ktorá by vedela poskytnúť starostlivosť zodpovedajúcu charakteru problémov. V takmer štvrtine prípadov bol vážnym problémom **dlhý poradovník a čakacie doby v jednotlivých inštitúciách**, no skoro tretina rodičov konkrétny dôvod nevedela uviesť. Tieto zistenia potvrdzujú skúsenosti poskytovateľov, s ktorými sme viedli kvalitatívne rozhovory. Poskytovatelia sa sťažovali na **nedostatočné inštitucionálne a personálne kapacity či nedostatočné technicko-priestorové zabezpečenie** niektorých inštitúcií poskytujúcich starostlivosť. **Nadlimitná záťaž** konkrétnych odborníkov, či už kvôli nárastu počtov klientov alebo byrokraticko-administratívnej záťaži, je taktiež dlhodobým problémom, ktorý môže podľa poskytovateľov starostlivosti viesť k dlhším čakacím dobám. Ak zároveň **rodičom chýbajú adekvátne a zrozumiteľné informácie o možnostiach starostlivosti a konkrétnych inštitúciách, kde pomoc hľadať**, môže to následne viesť k ďalšiemu oddiaľovaniu vstupu dospievajúcich do starostlivosti.

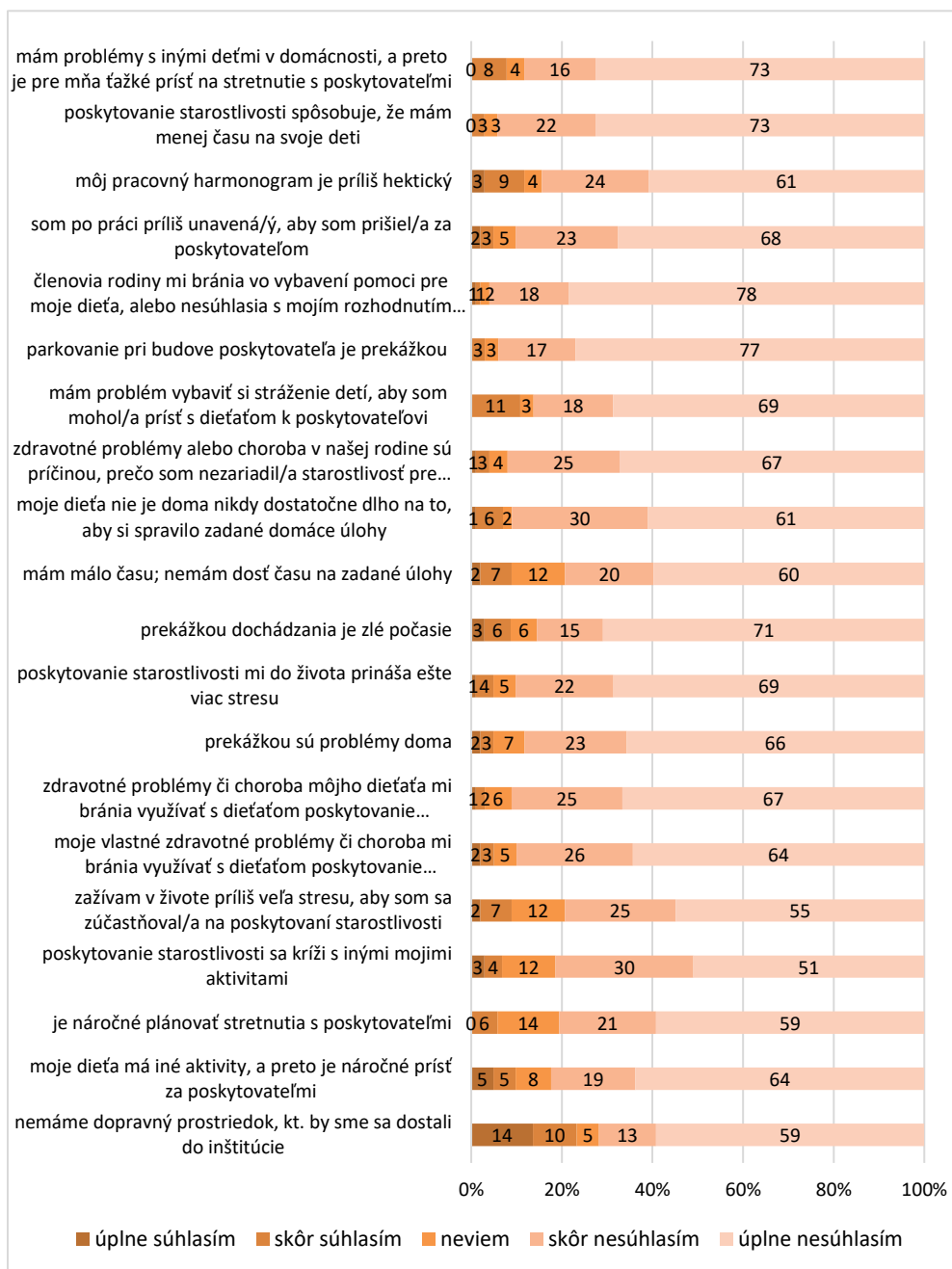
Obrázok 19. Dôvody hľadania pomoci dlhšie ako jeden mesiac (v %)



Pozn.: Rodičia mali možnosť označiť viacero odpovedí.

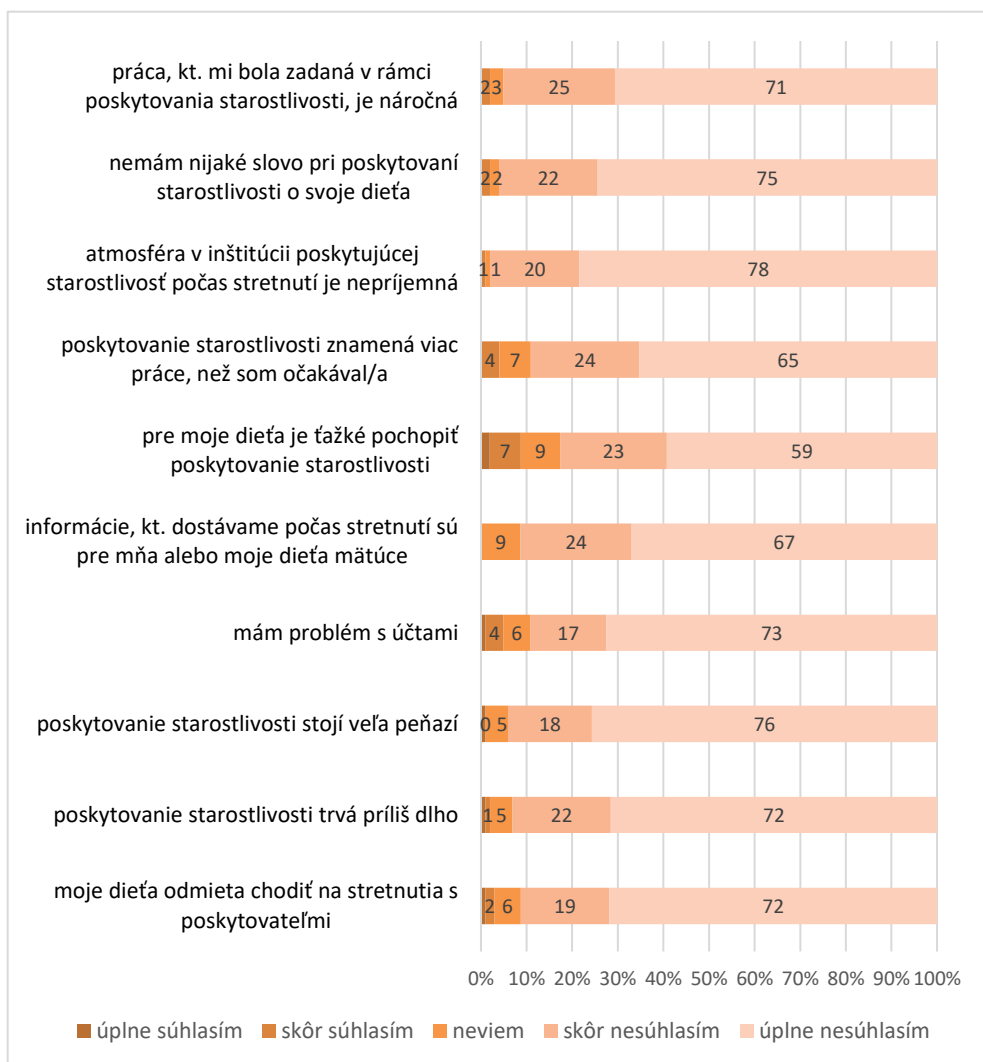
V druhej skupine bariér týkajúcej sa stresorov a prekážok zasahujúcich do účasti na starostlivosti (Obrázok 20) boli tri, ktoré viac ako 10% rodičov považovalo za problém. Takmer **štvrtine rodičov chýba dopravný prostriedok**, ktorým by sa dostali do inštitúcie, kde im je starostlivosť poskytovaná. To môže byť problémom najmä u tých, ktorí musia za poskytovateľmi dochádzať nemalé vzdialenosti. Viac ako 10% rodičov označilo za problém aj **starostlivosť o ďalšie deti a/alebo nabitý pracovný harmonogram**, ktoré im sťažujú účasť na poskytovanej starostlivosti. Okrem toho má takmer 10% dospelých aj iné aktivity, pre ktoré je z pohľadu rodičov náročné dochádzať pravidelne za poskytovateľom. Celkovo sa však zdá, že s výnimkou problematického dochádzania nie sú stresory alebo prekážky na strane rodičov, ktoré by mohli narušovať celistvosť a kontinuitu poskytovania starostlivosti, až také časté.

Obrazok 20. Stresory a prekážky, zasahujúce do účasti na starostlivosti z pohľadu rodičov (v %)



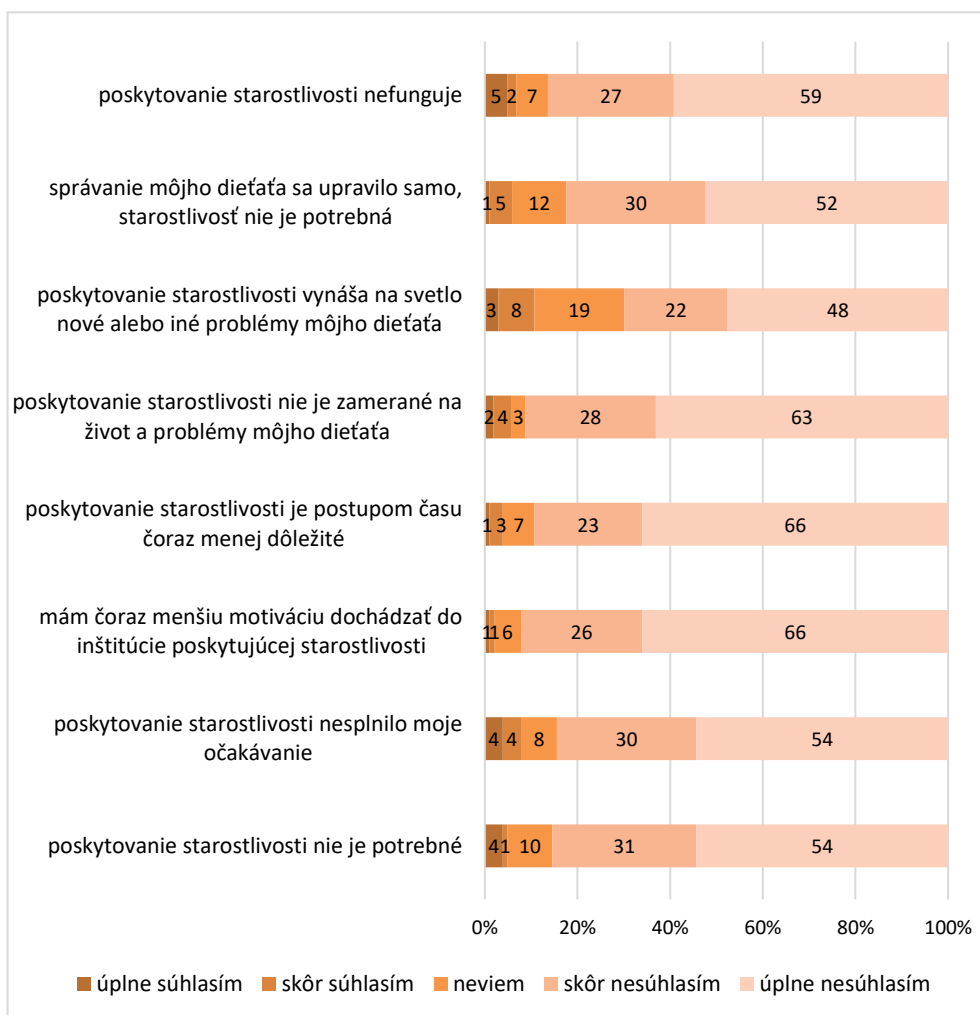
V tretej skupine bariér (Obrázok 21), ktorú tvoria obavy a nespokojnosť vyplývajúce z nárokov poskytovanej starostlivosti, bol z pohľadu rodičov najčastejší problém na strane dospievajúcich. **Takmer 10% rodičov vníma, že je pre ich dieťa ťažké poskytovanú starostlivosť pochopiť.** Samotný proces, vrátane jeho časovej či finančnej náročnosti, poskytovania informácií i aktívneho zapájania sa do riešenia problému dieťaťa, nebol z pohľadu rodičov tou prekážkou, ktorá by zásadným spôsobom negatívne ovplyvňovala motiváciu a snahu daný problém riešiť.

Obrázok 21. Obavy a nespokojnosť vyplývajúce z nárokov poskytovanej starostlivosti z pohľadu rodičov (v %)



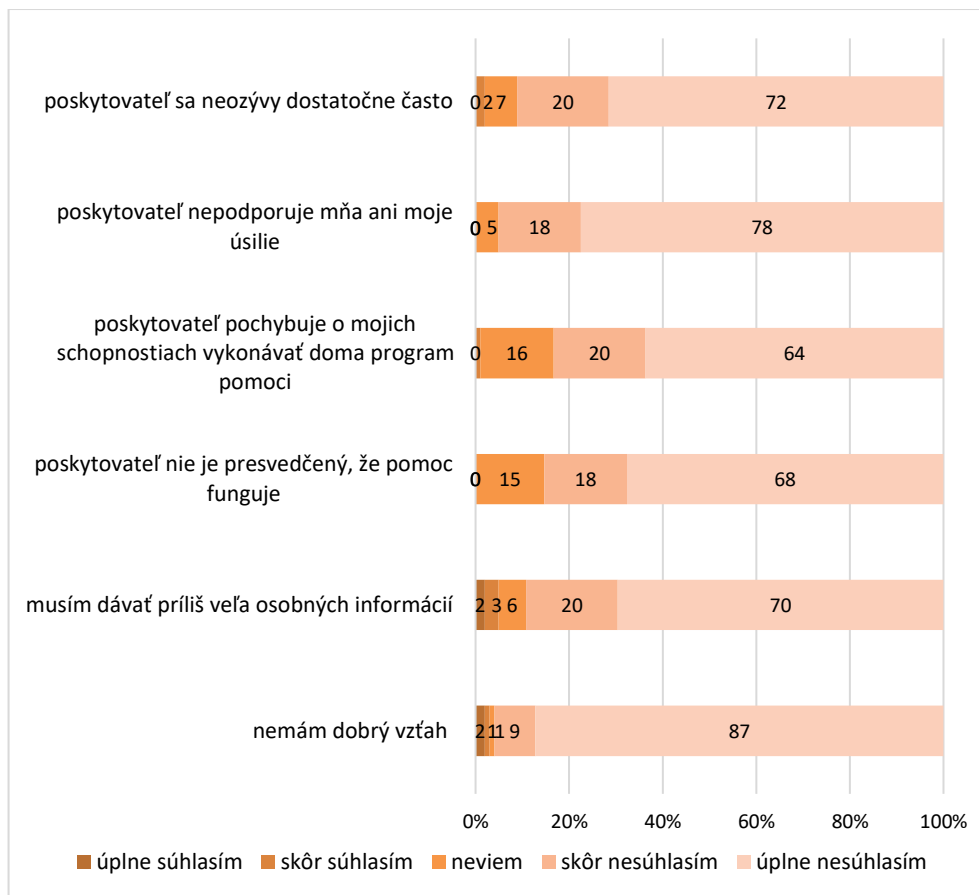
Mnohokrát je **práca poskytovateľov sťažená chýbajúcou vnútornou motiváciou rodiča daný problém riešiť**. Dôležitosť a význam starostlivosti sa môže stratiť, pretože rodičia môžu mať pocit, že konkrétna forma nespĺňa ich očakávania, vôbec nefunguje alebo nezodpovedá potrebám dieťaťa najmä v situáciách, kedy rodič očakáva rýchle výsledky a „nápravu“ dieťaťa. Zdá sa však, že faktory vo štvrtej skupine bariér, ktoré súvisia s vnímaným významom a dôležitosťou poskytovanej starostlivosti, nepatria medzi tie, ktoré by rodičia uvádzali ako vážne prekážky v poskytovaní starostlivosti (Obrázok 22). Najčastejšou obavou, ktorú označilo viac ako 10% rodičov je, že poskytovanie starostlivosti vynáša na svetlo nové alebo iné problémy dospievajúcich.

Obrázok 22. Vnímaný význam a dôležitosť poskytovanej starostlivosti z pohľadu rodičov (v %)



Mnohé z vyššie spomínaných bariér súvisia často s tým, ako úspešne sa podarí poskytovateľovi **nadviazať vzťah a spoluprácu s rodičom**, čo nie je vždy ľahké. Vyjadrenie podpory, rešpektu a dôvery v schopnosti dieťaťa aj rodiča sú dôležitou súčasťou nadväzovania vzťahu, ktoré môžu viesť k plneniu požiadaviek potrebných pre ďalšiu prácu. Z pohľadu rodičov sa všetky tieto stránky darí naplňovať, a teda piatu skupinu bariér, ktorá súvisí so **vzťahom s poskytovateľom, nevnímajú ako prekážku v poskytovaní starostlivosti** (Obrázok 23).

Obrázok 23. Vzťah s poskytovateľom z pohľadu rodičov (v %)



Pri týchto zisteniach je však potrebné upozorniť na jedno dôležité obmedzenie dotazníkového spôsobu zberu dát, v ktorom sme do spolupráce zapojili aj samotných poskytovateľov starostlivosti. Tí v niektorých prípadoch asistovali pri vypĺňaní dotazníkov, prípadne sprostredkovali naše dotazníky svojim klientom zúčastňujúcim sa tohto výskumu. Rodičia tak mohli mať tendenciu odpovedať sociálne žiaduco. To znamená, že možno odpovedali tak,

ako si mysleli, že očakávame či chceme my alebo ich poskytovatelia starostlivosti. Môže to tiež naznačovať obavy rodičov z negatívneho hodnotenia ich výpovedí a prípadných dôsledkov v poskytovaní starostlivosti. To by mohlo viesť k podhodnoteniu kritických alebo negatívne ladených odpovedí, ktorých by v skutočnosti mohlo byť o niečo viac. Na overenie a hlbšie pochopenie týchto odpovedí sme sa rozhodli pokračovať ďalej, a preto sme realizovali rozhovory s konkrétnymi poskytovateľmi, ktorí nám objasnili túto problematiku zo svojho pohľadu.

Bariéry v procese poskytovania starostlivosti z pohľadu poskytovateľov

V kvalitatívnych rozhovoroch sme sa s poskytovateľmi starostlivosti dotkli mnohých tém a výsledkom ich spracovania je viac ako 20 tematických okruhov. Každý z nich v sebe ukrýva množstvo existujúcich bariér, ktoré sa budeme snažiť v nasledujúcich častiach kapitoly priblížiť.

Mať problém je problém – spoločenský diskurz a stigmatizácia

EBP ovplyvňujú samotných dospievajúcich ale aj všetkých, ktorí s ním prichádzajú do styku. Týka sa to **rodičov, učiteľov, susedov ale aj pomáhajúcich profesionálov**, ktorých úlohou by malo byť pomôcť dospievajúcemu a jeho okoliu problémy zvládnuť do takej miery, aby mohol naplno rozvíjať svoj potenciál. To, či sa to podarí, je však vo veľkej miere ovplyvňované okrem iného aj spoločenským diskurzom⁴, ktorý sa vo výpovediach poskytovateľov starostlivosti objavoval často a spájali ho s mnohými ďalšími súvisiacimi témami.

Spoločenský diskurz ovplyvňuje poskytovanie a úspešnosť starostlivosti na všetkých úrovniach od toho, ako problémy dospievajúceho a ich riešenie vnímajú všetci aktéri, ktorých sa to bezprostredne týka (ale aj tí, ktorých sa to netýka), či a kedy sa dospievajúci dostane k potrebnej starostlivosti, až po to, ako je starostlivosť o dospievajúcich s EBP legislatívne zarámcovaná a organizovaná.

Už samotné slovo problém v sebe nesie negatívny význam. **Dospievajúci, ktorý takýto problém má, je** podľa poskytovateľov veľmi rýchlo svojím okolím takto označovaný a **nálepko-**
vaný. Spája sa s tým automaticky **množstvo predsudkov a stigmy**⁵, ktoré bránia

⁴ Spoločenský diskurz je spôsob, akým ľudia o veciach rozprávajú. Rozdielne oblasti spoločenského života sú vnímané rôzne, podľa toho, kto sa na ne díva. Diskurz pritom nemusí odrážať skutočnosť, ale len predstavy o tom, aká by mohla či mala byť. Zväčša sa viaže sa na konkrétnu tematickú oblasť, súvisiacu s konkrétnym spoločenským konaním (sociálnymi praktikami) a tvorí tak paradigmu (rámeč) vedenia, komunikovania a konania v/o tejto oblasti (FAIRCLOUGH, N. 2005. Critical Discourse Analysis. Marges linguistiques No. 9, France, May 2005).

⁵ Sociálna stigma je znamenie nemilosti, vylúčenia či morálneho poškvrnenia

dospievajúcemu a jeho okoliu pripustiť existenciu problému, pretože mať problém, je v našej spoločnosti vnímané a súdené negatívne.

„Väčšina takýchto detí k nám aj tak prichádza s tým, že majú pechatku, že majú poruchy správania. A pritom my vieme, že to má od porúch správania strašne ďaleko, že to s tým nemá vôbec nič spoločné. To je buď vzťahová väzba, trauma, ...“

A tak sa často stáva, že ochota začať problém riešiť prichádza až vo chvíli, keď už bolo napáchaných priveľa škôd. Vstup do starostlivosti u ktoréhokoľvek poskytovateľa totiž znamená aj nutnosť prijať nálepku, pripustiť, že niekde niečo zlyhalo a čeliť mnohým predsudkom spojeným so vstupom do starostlivosti.

„Keď prichádza nejaký sociálny pracovník, tá rodina je automaticky v očiach tej komunity neschopná, lebo: ‘Nevieš sa postarať o deti? To ti musí chodiť sociálny pracovník?’“

Predsudky spoločnosti voči dospievajúcim (a ich najbližším), ktorí majú EBP, **sú podľa poskytovateľov značne spôsobené nedostatkom informácií na strane verejnosti**. Nedostatok informácií sa týka vedomostí o samotných problémoch (vrátane mýtov a predsudkov týkajúcich sa niektorých diagnóz), ich príčinách a dôsledkoch, ale aj ponúkanej starostlivosti. Poskytovatelia starostlivosti často narážajú na to, že rodičia či najbližšie okolie dospievajúcich nemajú dostatočné informácie o nich, o ich práci a pomoci, ktorú ponúkajú.

„Na túto diagnózu sú najviac citliví rodičia. Lebo hyperaktívne dieťa je hyperaktívne, ale keď sa povie autista, to už je iná stigma. [...] Tým, že autistické spektrum je strašne široké a ľudia to nerozoznávajú. [...] No ale boja sa toho, lebo keď sa povie autista, no každý si predstaví asi to horšie. Teda každý okrem odborníkov.“

„Aj tam je problém, že tí rodičia sú málo informovaní o tom, čo je ten školský psychológ, čo môže robiť a čo nemôže robiť. Že on tam nie je vlastne preto, aby sme si my dali čiarku, že toto dieťa má nejaký problém, poruchu. Ale, že mu chce pomôcť. A toto je problém. Oni sa stále boja, že my ich budeme nejako vyšetrovať.“

Návšteva poskytovateľa starostlivosti ako je psychológ, psychiater, sociálny pracovník, špeciálny či liečebný pedagóg sa spája so stigmatizáciou. Poskytovatelia vnímajú **obavy rodičov z odhalenia informácií o ich problémoch pred okolím**, aj to, že bojujú s **pocitmi hanby z nezvládania situácie vlastnými silami**. Ešte väčšie obavy podľa nich vyvolávajú predsudky, strach a obavy z prípadnej diagnózy, ktorá by sa mala stať súčasťou zdravotnej alebo inej dokumentácie ich dieťaťa. To všetko medzi nich a ich klientov stavia bariéry, ktoré musia prekonávať.

„Tá primárna emócia /rodičov/ je stále ten strach, že to dieťa bude onálepované a že už nebude mať v živote šancu ako keby bolo zdravé.“

Poskytovatelia sa však stretávajú aj s **predsudkami rodičov a spoločnosti ako takej voči nim samotným, ich práci a pracovným postupom**. Táto téma výraznejšie vystupuje v profesiách

ako psychiater a sociálny pracovník. U sociálnych pracovníkov je tiež vnímané nepochopenie a nedocenenie ich práce.

„... to sa mi presne stalo v starej robote, ako som povedala, že pôjdem pracovať do sociálnej sféry. Tak mi povedali, že: 'Pre Boha živého, ty si sa zbláznila? Akože s takou spodinou chceš robiť?!' Nechápala som, že o čom rozprávajú, že ľudia nemajú ani poňatie, o čom tá robota je.“

V psychiatrii je **negatívne vnímaná najmä farmakoterapia**, teda užívanie psychiatrických liečiv. Poskytovatelia sa vo svojej praxi stretávajú s predsudkami voči farmakoterapii spôsobe- nými nedostatočným porozumením a pochopením procesu liečby, pripisovaním stavu liekom a nie diagnóze, či negatívnou skúsenosťou s farmakoterapiou niekoho z okolia ich klientov. To má za následok odmietanie farmakoterapie ako takej.

„Stáva sa často, že sa obávajú liečby. Môžem povedať, že možnože taká tretina rodičov. Takí, že úplne odmietnu, to neviem povedať presne. Ale sú rodičia, ktorí sú veľmi protipsy- chiatricky zameraní. Vzťahovacia na lieky, skúšajú rôzne alternatívne veci. Antiparazitiká a podobné veci.“

Nevidíme problém, nemáme problém, neriešime problém – včasná identifikácia a inter- vencia

Predpokladom vstupu dospievajúceho do akejkoľvek starostlivosti je identifikácia jeho prob- lému/ov jeho najbližším okolím. Tu platí pravidlo „čím skôr, tým lepšie“. Poskytovatelia sta- rostlivosti sa zhodujú, že **popieranie existencie problémov, ich neskorá a nesprávna identifikácia či odkladanie ich riešenia len prispieva k ich prehlbovaniu**. Riešenie takýchto problémov je potom o to náročnejšie.

„Čím skôr dieťa ktokoľvek podchytí, tým je jednoduchšia starostlivosť pre nás, ako keď sa fixuje problém.“

„A pozitívom je to, že v postate nás začínajú vyhľadávať aj rodičia mladších detí. To zna- mená, že neotálejú s riešením problému v predškolskom veku. [...] Pokiaľ sa dieťa včas podchytí, tak je ten problém skôr vyriešený a nenabafujú sa ďalšie problémy na vývin die- ťaťa.“

Či už sa jedná o problémy emocionálne alebo problémy v správaní, z pohľadu poskytovate- ľov je kľúčová ich včasná a správna identifikácia a následná včasná intervencia, ktorej pred- pokladom je vstup do niektorého typu starostlivosti (poradensko-preventívna, sociálna alebo zdravotnícka starostlivosť – viď Kapitola 3).

„Minule mi telefonovala, že vnuk už študuje právo, že je na práve už druhý ročník, že sa mu darí a že od vtedy sa už nič také neudialo. A to sú presne tie situácie, keď je to ešte včas, keďže to nie je také zabehané, to dieťa nie je onálepkované a naozaj našlo sa to jadro, ktoré bolo potrebné nejak ošetriť.“

Bariérou k úspechu je podľa poskytovateľov, ak **zlyhávajú tí, ktorí majú ako prvú možnosť problémy dospelujúcich včas rozpoznať a podchytiť. Rodičia** sú prvými a najprirodzenejšími sprostredkovateľmi starostlivosti⁶ (viď Kapitola 3), ktorí podľa poskytovateľov **zohrávajú v manažovaní starostlivosti kľúčovú rolu**. Poskytovatelia zdôrazňovali, že rodičia majú neraz ako jediní všetky úplné informácie o dospelujúcich, ich problémoch, ich príčinách a starostlivosti, ktorá im bola a je poskytovaná. Zároveň však z výpovedí poskytovateľov vyplýva, že **rodičia často nemajú potenciál** (dostatočné vedomosti, zručnosti, schopnosti alebo motiváciu) **aby boli schopní problémy dospelujúcich včas a správne identifikovať a manažovať.**

„Nie každý rodič chce vidieť, alebo si prizná, že áno, je tam nejaký problém. A v dnešnej dobe žijú rodičia tak, že nemajú na deti čas. Tie deti, nechcem povedať, že samorasty, ale v škole im aspoň pol dňa niekto venuje pozornosť, z učiteľov, dajme tomu. Prídu domov, sú sami, často krát do večera. A ten rodič si, naozaj, nemá ani šancu všimnúť, že sa niečo deje.“

Druhým prirodzeným prostredím dospelujúceho a zároveň dôležitým sprostredkovateľom starostlivosti je **škola**, ktorej **významnú úlohu a potenciál pri riešení problémov dospelujúcich** poskytovatelia prízvukovali. Učители, školskí psychológovia, výchovní poradcovia, špeciálni alebo sociálni pedagógovia často otvárajú vstupnú bránu systému starostlivosti. **Problém nastáva podľa poskytovateľov vtedy, keď nie sú títo odborníci dostatočne vnímaví voči problémom, ktoré sa u dospelujúcich môžu vyskytovať a nemajú správne a aktuálne informácie o dostupných formách starostlivosti.**

„Závisí podľa mňa od ľudí /učiteľov/, ako sú oni motivovaní, ako sú informovaní, aký majú záujem veci robiť inak. Keď proste, a to si nemyslím, že len staré učiteľky sú také, že si povedia, veď porucha pozornosti, ADHD, to ani nie je diagnóza. No a ja tam mám prednášku v škole, hovorím 30 učiteľom o ADHD, že čo to je za diagnóza a že to je reálna diagnóza, aký je to reálny problém, ako sa on zisťuje a tak. Pätnásť minút o tom hovorím a po pätnástich minútach zástupca riaditeľa školy povie: ‘Ale veď ADHD to ani nie je diagnóza. To sú nevychované deti.’ A pozriem, no dobre a 15 minút ja som hovorila o čom?“

Ak pri včasnej identifikácii problémov a sprostredkovaní starostlivosti zlyhá najbližšie okolie dospelujúcich, je to bariéra, ktorá podľa poskytovateľov stojí medzi dospelujúcimi a včasnou intervenciou. Vďaka nej by bolo možné predísť zhoršovaniu problémov, pretože nerozpoznané a zanedbané problémy si následne vyžadujú omnoho väčšiu pozornosť a perspektíva ich úspešného zvládnutia sa vzdáľuje.

⁶ Sprostredkovatelia starostlivosti sú osoby v najbližšom okolí dospelujúceho, ktoré sú s ním v pravidelnom kontakte a majú možnosť problém rozpoznať, upozorniť naň a odporučiť alebo sprostredkovať adekvátnu formu starostlivosti.

Nikto nechce problémy – presúvanie zodpovednosti za riešenie problému dospelých

V spoločnosti, kde teda „mať problém“ je problém, **dochádza často u všetkých zainteresovaných aktérov ku snahe presunúť zodpovednosť** za riešenie problémov dospelých na niekoho iného. Táto snaha sa premieta z pohľadu poskytovateľov starostlivosti do všetkých úrovní. V prvom rade vnímajú snahu o presúvanie zodpovednosti za problémy dospelého a ich riešenie zo strany rodičov. **Ak rodič problémy nezvláda riešiť sám, obracia sa na poskytovateľa.** To samo o sebe nie je poskytovateľmi vnímané negatívne. Problém podľa nich nastáva v momente, **ak rodič nie je ochotný spolupracovať podľa odporúčaní** poskytovateľa na riešení problému a má tendenciu celú zodpovednosť za riešenie a výsledok preniesť na poskytovateľa starostlivosti.

„Ten rodič podľa mňa, namiesto toho, aby hľadal nejaký dôvod, prečo to dieťa je také a snažil sa mu nejako pomôcť, tak si povie, že proste... Dobré,... doma ho štvie, ide mu na nervy, robí mu napriek. Väčšinou sú to rodičia, takí, keď sú ešte zodpovední za deti, keď sa boja, že budú trestne stíhaní. Čiže, oni sa snažia vyhnúť výkonu trestu, aby neboli trestne stíhaní. Tak radšej volia tú možnosť, že to dieťa niekde spracú.“

V krajných prípadoch nejde dokonca iba o presúvanie zodpovednosti za riešenie problému ale podľa slov poskytovateľov starostlivosti doslova o **zbavovanie sa dieťaťa** ako takého, snahou umiestniť dospelého mimo rodinné prostredie. To sa týka najmä dospelých s vážnejšími poruchami správania.

„Alebo sú rodičia, ktorí vyskúšajú všetky zariadenia na celom Slovensku. Čiže z Košíc ide do Ružomberka, z Ružomberka ide do Bratislavy, u tých menších detí Čakany, Ľubochňa, potom do Košíc, potom do Bratislavy a takto rotujú. Chvíľu, na psychiatrii v Michalovciach, chvíľu na psychiatrii v Martine, potom v Hrani a tak sa to točí medzi tými zariadeniami.“

Podobné snahy vnímajú poskytovatelia aj **v kontexte školského prostredia**, kde si najproblematickejší dospelí vyžadujú v rámci riešenia ich problémov značnú pozornosť, na ktorú **učitelia popri každodennom vyučovaní procese často nemajú kapacity a ani schopnosti.** A tak sa prirodzene snažia presunúť zodpovednosť za dospelého ďalej. Situácie, keď **rodičia aj škola presúvajú zodpovednosť za riešenie problémov na poskytovateľa starostlivosti** a najmä ak nejavia ochotu alebo nie sú schopní sa na ňom aktívne podieľať, je to výrazná bariéra.

Pre poskytovateľov je podľa ich vlastných slov ťažké dospieť pri riešení problémov dospelého v tejto situácii k zdarnému koncu, a tak **dochádza aj u samotných poskytovateľov starostlivosti buď k selekcii klientov na základe určitých kritérií, alebo k snahe posunúť zodpovednosť za problémového dospelého ďalej.** Poskytovatelia totiž hodnotia u seba aj u klientov, či majú dostatočné podmienky a potenciál, a či sú klienti (dospelí a/alebo rodičia) schopní a motivovaní spolupracovať do takej miery, aby sa dalo predpokladať, že starostlivosť bude úspešná.

„Ale hlavne, je tam pre mňa dôležité, aby som videla nejaké to svetlo na konci tunela. Že áno, dá sa s nimi pracovať, dá sa s nimi niečo poriešiť.“

Ak poskytovateľ zhodnotí, že klient u neho potenciál nemá, alebo sa ukáže, že klient ani po všetkých snahách poskytovateľa **nie je motivovaný a nespolupracuje**, môže to byť **dôvodom nenadviazania spolupráce alebo ukončenia poskytovania starostlivosti**. Takýmto spôsobom dochádza k selekcii alebo výberu perspektívnych (nádejných) klientov.

„V tom prípade sa snažíme tú spoluprácu ukončiť my, z toho pohľadu, že pokiaľ vy nechcete robiť žiaden krok pre zmenu, tak jednoducho nemá význam tá naša spolupráca. Nasilu sa pomáhať nedá a ani to nemá zmysel.“

Selekcia alebo presúvanie klientov má podľa poskytovateľov aj ďalšie dôvody, ktoré poskytovatelia zdôrazňovali. Týkajú sa najmä **dospievajúcich s vážnymi poruchami správania, ktoré môžu byť kombinované s ďalšími klinickými diagnózami**. Takéto problémy si vyžadujú intenzívnu prácu, často krátkodobou formou, prípadne za využitia terapie či farmakoterapie, no **mnoho poskytovateľov** uviedlo, že **nemá na prácu s takto náročným klientom vytvorené podmienky** (priestorové či odborné kapacity). Poskytovatelia sa sťažujú, že umiestnenie takýchto dospievajúcich v zariadeniach, ktoré nemajú potrebnú infraštruktúru a kapacity narúša ich chod a negatívne vplýva na ostatných klientov ako aj zamestnancov, ktorí v rámci svojich profesií nemajú zručnosti potrebné na zvládanie každodenných situácií, ktoré starostlivosť o tak náročných klientov prináša. Upozorňujú, že **v krajných prípadoch dochádza k vzniku situácií, ktoré môžu byť** pre okolie dospievajúceho rovnako **nebezpečné** ako pre neho samotného.

„Doktor na psychiatrii mi povie, [...] ‘Viete dobre, my jej nepomôžeme, ani vy jej nepomôžete. To sú len časy, keď vy oddychujete a my sa trápime. Keď ju prepustíme, potom vy sa trápíte a my oddychujeme.’“

„Skončilo to tak, že tuná rozbíjala okná. Dievčatá mi so strachom hovorili: ‘My sa bojíme. Ona i nás zabije.’“

Zároveň sa dospievajúci takto ocitá v prostredí, ktoré mu pomôcť nedokáže. Investícia času do práce a poskytovania starostlivosti takýmto klientom je z pohľadu poskytovateľov neperspektívna a to sa často stáva hnacou silou putovania dospievajúcich systémom starostlivosti. Nechcení dospievajúci sa dostávajú do začarovaného kruhu presúvania sa medzi inštitúciami a poskytovateľmi a perspektíva efektívnej pomoci sa stráca v opakovaných vstupoch rôznych poskytovateľov starostlivosti do rodinného prostredia.

V neposlednom rade vnímajú poskytovatelia **zbavovanie sa zodpovednosti** za riešenie EBP sa dospievajúcich aj **na úrovni ministerstiev** čo sa z ich pohľadu **premieta najmä do financovania tejto problematiky vo všetkých sektoroch**, kde je podľa nich zjavné **uprednostňovanie iných oblastí**.

„My sme také nechcené dieťa v systéme školstva. [...] Ale, sme súčasťou toho. Čiže, ja vnímam ako veľmi, veľmi veľké vákuum, odborné a aj organizačné. Akákoľvek je dnešná situácia, nikdy nebola dobrá, ale toto je už úplne. [...] No a, v podstate to ostalo rovnako. Finančne totálne podhodnotení. Metodicky, nič. Nič, pretože na Slovensku neexistuje vzia.“

Aká by starostlivosť mala byť a aká by byť nemala

Kontinuálna starostlivosť verus zneschopňovanie klienta

Často skloňovaným pojmom, ktorý sa objavoval vo výpovediach poskytovateľov je kontinuita starostlivosti. **Kontinuálna starostlivosť je nepretržitá systematická práca s klientom** od jeho vstupu do starostlivosti až po ukončenie starostlivosti z dôvodu vyriešenia alebo pomnutia problémov. Podľa poskytovateľov starostlivosti je viacero rovín, v súvislosti s ktorými je kontinuita starostlivosti pre klientov dôležitá. Jednak preto, **aby nedochádzalo k relapsom a k putovaniu klienta systémom starostlivosti**, ale aj preto, **aby sa klient neocitol vo vzduchoprázde, bez akejkoľvek pomoci skôr**, než je na to pripravený. Kontinuita spolupráce poskytovateľa a klienta je ohrozená napríklad **fixnou dĺžkou trvania konkrétnych foriem starostlivosti alebo viazanosťou starostlivosti na projekty**. Poskytovatelia, ktorých sa to týka, používajú rôzne kreatívne stratégie, aby spoluprácu s klientom nemuseli predčasne ukončiť, alebo sa snažia ho nasmerovať na iného poskytovateľa pri zachovaní aspoň čiastočnej kontinuity.

„Ani nie ročné projekty, to nie je ideálne v tej práci s klientom. Keď začnete niečo a končíte v decembri a nemáte istotu, že budete od marca zase s tým istým klientom pracovať. [...] A keď si vezmete, že to ste to robili pre deti s výchovnými problémami, tak kým do tej rodiny prídete, zoznámite sa, je koniec školského roka. Máte dva mesiace prázdniny. September, október, kým sa deti rozbehnú, tak už sa lúčime, lebo končíme.“

„Pretože kým sú vyhlásené verejné obstarávania, kým prebehnú a sú vyhlásené výsledky a naozaj sa začne, tak to je možno k dispozícii trištvrte roka. Tá kríza sa nevyrieši, a potom je ten klient zase od decembra na prázdko. A potom je nový subjekt a takto to koluje, čiže ten klient za tri roky prejde tromi subjektmi, ktoré kým ho spoznajú, začnú sa v tom orientovať, zistia čo už sa urobilo a nebolo úspešné a čo môžeme my, a či to vôbec má zmysel alebo nemá.“

To sa týka aj **prechodu klienta z jednej formy starostlivosti do druhej** (napr. z pobytovej do ambulantnej). Mnoho klientov nedokáže v spolupráci s poskytovateľom vyriešiť svoje problémy v priebehu napríklad 6 mesiacov, alebo to povaha problémov jednoducho nedovoľuje a klient potrebuje dlhodobjšie sprevádzanie.

„Nemocnica nezabezpečuje starostlivosť po hospitalizácii. [...] Pacienti sú odkázaní sami na seba, aby sa niekde uchytili. Kto im teraz pomôže, keď sú z najhoršieho vonku? Ale, tak ako hľadajú a väčšinou dostávajú aj také odporúčania: ‘Dobre, tak tu choďte. Tu vám pomôžu.’ No a keďže my pracujeme cez poisťovne, čo je veľmi dôležité pre mnohých klientov,

najmä, ak je to nejaká prolongovaná starostlivosť, tak o to skôr nemáme dlhé čakacie lehoty. Niektorí súkromne pracujúci kolegovia, psychológovia, majú dvoj-trojmesačné čakacie lehoty.“

Ale aj dlhodobé sprevádzanie by malo smerovať k uschopneniu klienta a jeho prepusteniu zo starostlivosti. Klient nemá byť pasívnym príjemcom kontinuálnej starostlivosti a nemá sa stať závislým na pomoci poskytovateľa.

/o stretávaní sa s klientom/ „Raz do týždňa, alebo raz za dva týždne už ku koncu, lebo my ich potrebujeme púšťať. My nemôžeme, aby sa stali závislými na nás. Čiže úvod je intenzívny a postupne uvoľňujeme tú spoluprácu a už ostávame len v takom striedmom kontakte. Že sme tu, riešte, keby čokoľvek a bolo by to veľmi strašné, voláte. Takže zvolňujeme. Už im hovoríme, že v podstate máme dva mesiace, zhrnieme si, čo všetko už dokázali, v čom už sú zdatní a zruční, ale ešte sme tu dva mesiace a ak to nepôjde, niečo sa stane, nič sa nedeje, sme tu, volajte.“

Hranica medzi sprevádzaním a zneschopňovaním môže byť veľmi tenká. Z rozhovorov vyplýva, že poskytovateľ by mal byť schopný klienta tak povediac chytiť a vziať do starostlivosti, uschopniť a potom ho pustiť.

Komplexná starostlivosť verzus viacnásobný vstup do rodiny

Problémy klientov majú zvyčajne rôzne príčiny a poskytovatelia starostlivosti uvádzali, že pri ich riešení je často potrebné zamerať sa na viacero oblastí života klientov súčasne. Starostlivosť, ktorá dokáže obsiahnuť **rozmanité druhy pomoci klientom a komplexne pokryť potreby klientov vo vzťahu k riešeniu ich problémov, môže byť podľa poskytovateľov účinnejšia**. Mnohé inštitúcie sa preto snažia pod jednou strechou ponúknuť svojim klientom, všetko, čo by mohli pre riešenie svojich problémov potrebovať. Prispôbené je tomu aj **personálne zloženie a zastúpenie rôznych odborníkov** so znalosťou širokého spektra nástrojov práce šitých na mieru klientom, ktorí majú rozličné potreby. Potreba sa odvíja od zložitosti a komplexnosti problému klienta. Od jedného problému sa často odvíjajú ďalšie a príčiny problémov môžu byť rovnako spleť.

„Pre klienta je to naozaj výhoda v tom, že ho nemusíme distribuovať niekde ďalej, kde by zase čakal na objednanie, kde by zase čakal na niečo iné, ale tu to má naozaj pod jednou strechou. [...] Keď je priestor na to, že sa môžu viacerí na tom zúčastniť a môžu pomôcť, tak vždy je to v prospech toho klienta a vždy je to v prospech vyliečenia, alebo vyriešenia tej situácie.“

„Zastrešujeme aj psychologické aj psychiatrické aj sociálne služby pod jednou strechou. [...] Psychológovia, klinickí psychológovia, sociálni pracovníci, detský psychiater, psychiater pre dospelých. Týchto odborníkov máme kvalifikovaných, tieto služby aj ponúkame tým pádom širokej verejnosti. Ktokoľvek príde, nie len na odporúčanie s výmenným lístkom, ale človek z ulice v úvodzovkách, proste môže prísť a obrátiť sa na nás s problémom a vieme ho poslať, nasmerovať, odporučiť, viesť so širokým spektrom problémov.“

„To sa nám častokrát stane, že nejaký prvý problém je nejako vypuklý a keď sa tej rodine začne venovať odborný tím, zrazu sa zistí, že tam nie je ten problém až taký veľký, ale je tam kopa spleť ďalších a ďalších problémov. Čiže možno aj keď sa ten prvý vyrieši, už nepúšťame tú rodinu. Ďalej sa s ňou pracuje, kým sa nezastabilizuje natoľko, aby vedela fungovať sama.“

A tak sa niekedy **pod jednou strechou** starajú o dospievajúcich a ich rodiny pedagógovia (vrátane špeciálnych a liečebných pedagógov), psychológovia, pedopsychiatri, sociálni pracovníci, vychovávatelia, logopédi a mnohí ďalší. **Úzka spolupráca rôznych odborníkov v rámci multidisciplinárnych tímov** má podľa poskytovateľov veľa výhod. Adekvátne **zdieľanie informácií**, ktoré sú v kontexte riešenia problémov klienta podstatné, **spoločné bilancovanie a rozhodovanie sa o postupoch práce s klientom napomáha efektívnosti a konzistentnosti** práce jednotlivých zúčastnených poskytovateľov. Pod dobrým vedením s jasne rozdelenými úlohami môže byť takýto tím odborníkov veľmi efektívny.

„Veľmi dôležitá je tá spolupráca jednotlivých odborníkov vzhľadom na to, že ide o rozvoj osobnosti dieťaťa, aby každý bol informovaný o tých dôležitých veciach, ktoré sa s dieťaťom udejú a vedel pomôcť alebo predísť tým niektorým problémom u konkrétneho dieťaťa.“

Zabezpečovanie komplexnej starostlivosti pod jednou strechou je však často nenaplnený ideál. **Starostlivosť je bežne uskutočňovaná viacerými poskytovateľmi**, ktorých strechy sú od seba poriadne vzdialené a vtedy môže podľa poskytovateľov dochádzať k rôznym problémom, ktoré si teraz popíšeme. Ak inštitúcia nie je schopná (nemá kapacity alebo kompetencie) zabezpečiť všetku potrebnú starostlivosť pod svojou strechou, **spolupracuje a odporúča svojim klientom ďalších odborníkov, ktorých zapojenie považuje za potrebné**. V takýchto prípadoch je dôležité zdieľanie informácií, čo podľa poskytovateľov nie je vždy možné a **sprostredkovanie informácií od jedného poskytovateľa druhému stojí (a niekedy aj zlyháva) na samotnom klientovi**. Na jednej strane býva zapojenie viacerých odborníkov (či už v rámci jednej inštitúcie alebo spoluprácou s inými inštitúciami) potrebné, na druhej strane sa s tým spája nutnosť odhalenia citlivej situácie klienta pred každým z nich, čo viacerí poskytovatelia vnímajú ako problematické.

„Ja môžem povedať, že pokiaľ som sa obrátila na nejakých kolegov, ktorých som osobne vôbec nepoznala, len odborne a podľa mena, tak môžem povedať, že mám veľmi dobré skúsenosti a nenarazila som na žiaden nejaký taký negatívny prístup alebo neochotu poskytnúť informácie na primeranej úrovni aká prináleží povedzme tomu danému odborníkovi tak, aby rešpektoval aj ochranu informácií, aj poskytol informácie, ktoré by mohli byť nápomocné pri riešení daného problému.“

Ak **do rodiny súčasne vstupuje viacero odborníkov**, ktorí sa potrebujú oboznámiť so situáciou klienta, klient je nútený niekedy znova a znova rozprávať svoj príbeh, čo môže byť pre neho **nepríjemné, mätúce, frustrujúce a dokonca stigmatizujúce**. To isté platí aj v prípa-

doch, keď začne klient v systéme starostlivosti putovať od jedného poskytovateľa k druhému, keď zlyhá ambulatná starostlivosť, keď sa problémy vracajú (často pre nespoluprácu dospievajúceho alebo jeho rodičov) a klient vstupuje do starostlivosti znova a znova, raz tu a raz tam, a všade znova a znova odkrýva citlivé vnútro.

„To zase kvantum ľudí, ktorí chodia do tej rodiny a pred nimi vkuse má to dieťa, alebo ten rodič niečo vysvetľovať. Už ich to nebaví. No, mňa by to tiež nebavilo. Toľko ľudí mať zaangažovaných a s toľkými rozprávať, pred toľkými ľuďmi o svojich veciach a problémoch.“

„A to je proste, že všetci s tým Jožkom Mrkvičkom budeme pracovať. Všetci sa s ním budeme stretávať. Všetci budeme neviem čo robiť, a mamka Jožka Mrkvičku sa zblázni, a Jožko Mrkvička bude robiť ešte väčšie prúsery, lebo nebude chápať, čo sa vlastne deje, a ani nevie koho má počúvať, ani nevie s kým má pracovať.“

Pri poskytovaní ambulantnej starostlivosti a pri terénnej práci s klientom popisovali poskytovatelia aj prípady, keď viacerí pracovali s klientom súčasne, no zároveň o sebe navzájom nevedeli. Takáto **paralelná starostlivosť** môže mať svoje úskalia a **nekoordinovaná starostlivosť** viacerých poskytovateľov môže byť v konečnom dôsledku pre riešenie problémov klienta **kontraproduktívna**.

„Ja som mal minulý rok klienta, o ktorého sa zaujímalo sedem rôznych ľudí. Dieťa, malo 14 rokov, 14-ročný chlapec. Sedem rôznych ľudí, pretože chodil k psychologičke, chodil k psychiatričke, ja som tam chodil, z úradu práce tam chodili, proste sedem rôznych ľudí. To bola rodina, ktorá bola v podstate aj v tej obci vnímaná ako problémová a oni tam chodili aj z iných dôvodov, ale stále sa zaujímali o to dieťa, pretože to dieťa tam bolo označené ako problémové.“

Viacerí poskytovatelia sa v takýchto situáciách stretli s tým, že **dochádzalo k nesúladu až protichodným odporúčaniam**. Zároveň tak pri opakovanom či paralelnom vstupe do starostlivosti **dochádza často k duplicité úkonov**. Poskytovatelia sa snažia takýmto situáciám vyhnúť a pýtajú sa klientov, kde všade im bola alebo je poskytovaná starostlivosť. Uvedomujú si tenkú čiaru medzi tým, čo pomáha a tým, čo škodí. Tenkú čiaru medzi výhodami komplexnej starostlivosti a nevýhodami viacnásobných vstupov do rodiny.

„Mnohí klienti, najmä recidivujúci psychiatrickí pacienti, prichádzajú už s jasne definovanými diagnózami. Boli štyrikrát hospitalizovaní na kdejakých klinikách a nepotrebujeme nič diagnostikovať, napriek tomu musíme. Je to strata času, vyčerpávanie klienta neefektívnym spôsobom a v podstate nenaplnenie toho časového plánu, ktorý tu máme, ktorý by sme mohli oveľa efektívnejšie využiť. Takže my tak potom balansujeme medzi tým, čo musíme a čo je potrebné. A je to zbytočné, lebo peniaze idú smerom k diagnostike, účtujeme čosi, čo nebolo potrebné.“

„A čo je frustrujúce? To dieťa stále prichádza k tým iným osobám s tou nálepkou. Ono je onálepované. Čiže príde a ide tu s pocitom, že 'hm, zase som niečo vyviedol, zase sa na mňa budú pozeráť ako na niekoho, kto má rožky'. A s týmto pocitom, keď on naozaj má prejsť za svoj život minimálne piatimi ľuďmi, tak to musí byť neskutočne frustrujúce pre to dieťa. Takže toto je potrebné odstrániť. Ok, dali sme mu nálepku, ale proste nech nechodí

s tou nálepkou všade k tým ľuďom a nech proste nikto sa nepitve a nezáväzuje tú nálepkou a neprelepuje ešte ďalšími. Nie. Keď máš nálepkou, pomôžem ti ju dať dole. Nebude nálepka. Nie nálepka, to si ty bez nálepky.“

Prekážky na ceste k úspešnému riešeniu problémov - bariéry na stranách jednotlivých aktérov

Pri riešení EBP dospelých v starostlivosti je **nevyhnutná angažovanosť a spolupráca viacerých aktérov**. Ako sme detailne písali už v Kapitole 3, základnou trojicou aktérov, ktorí sa na riešení problému dospelých v starostlivosti podieľajú, sú poskytovatelia starostlivosti (v prvej línii v priamom kontakte s klientami), dospelí a ich rodičia a/alebo rodiny. Štvrtým dôležitým aktérom, ktorý je často do spolupráce na riešení problémov dospelého zapojený a stáva sa súčasťou procesu starostlivosti je škola.

„Potrebujeme spoluprácu, ako fakt, že takú konštruktívnu spoluprácu, tak by som to asi povedala. Aby sme dostali všetky informácie, ktoré potrebujeme k tomu, aby sme vedeli sa ďalej posúvať s tým klientom a keď niečo odporúčame, aby ten klient to urobil, respektíve, aby tá škola to urobila. Pretože môžeme my mu napísať aj tri strany odporúčaní, keď to škola nerobí, tak tomu dieťaťu to nepomáha. Ale musí tam spolupracovať aj ten klient. Môže mať dieťa tri strany odporúčaní, keď nič neurobí, tak mu to nepomôže. Takže ako taká spolupráca, toto mne príde asi také najviac dôležité. Fakt taký rešpekt toho, že keď to jeden povie, tak ten druhý to rešpektuje a sa podľa toho zariadi. Obojstranne, myslím teraz.“

V nasledujúcej časti kapitoly sa pokúsime zhrnúť bariéry na strane jednotlivých aktérov v procese starostlivosti, ktoré môžu brániť dosahovaniu úspechu v poskytovanej starostlivosti.

Bariéry na strane systému a poskytovateľov starostlivosti

Aby sme pochopili proces starostlivosti a prácu poskytovateľov starostlivosti spolu s bariérami, ktorým vo svojej práci musia čeliť, je potrebné o pár krokov poodstúpiť a pozrieť sa na **prostredie, v ktorom sa starostlivosť o dospelých s emocionálnymi problémami a problémami v správaní uskutočňuje**.

Bariéry na úrovni systému starostlivosti

Legislatívny a finančný rámec

Prostredie existujúceho systému starostlivosti pre dospelých s EBP je dané **legislatívnym a finančným rámcom** systému starostlivosti. Legislatíva a financovanie predurčujú **štruktúru a kapacity ponúkaných služieb** ako aj **kompetencie** jednotlivých poskytovateľov

z čoho plynú aj niektoré **prednosti a nedostatky systému** starostlivosti. Na fungovanie jednotlivých inštitúcií poskytujúcich starostlivosť dospelým s EBP sa vzťahujú mnohé zákony z dielne štyroch rezortov. V Kapitole 2 sme si podrobne predstavili štruktúru systému starostlivosti a príslušnosť inštitúcií k rezortom. Inštitúcie poskytujúce starostlivosť dospelým s EBP teda spadajú pod štyri ministerstvá. **Jednotlivé rezorty nie sú podľa mnohých indícií vo výpovediach poskytovateľov zosúladené a dostatočne prepojené**, aspoň čo sa týka starostlivosti o dospelých s EBP.

Legislatívny rámec určuje poskytovateľom starostlivosti ich mantinely, v ktorých sa môžu pohybovať a určuje aj kritéria ich hodnotenia. Definuje, kto každý môže poskytovať aké služby, v akom rozsahu, ako dlho, za akých podmienok a akým klientom. Podľa poskytovateľov je niekedy problematické, že **zákon v prípade štátnych inštitúcií presne definuje, čo môže daný poskytovateľ alebo inštitúcia v rámci poskytovania starostlivosti robiť**. Akákoľvek iniciatíva v prospech klienta mimo legislatívou definované kompetencie nie je prípustná. V tom sú oproti štátnym inštitúciám vo výhode neziskové organizácie, ktoré majú v poskytovaní starostlivosti klientom väčšiu slobodu.

Zmeny v systéme a legislatíve vnímajú poskytovatelia ako potrebné, zároveň ale spôsob, akým sa zvyčajne dejú, v nich vyvoláva pocity neistoty. **Pričasté a početné zmeny, nedostatočne premyslené, či bez jasných inštrukcií** vytvárajú na poskytovateľov starostlivosti tlak, odrážajú sa v ich frustrácii a vyvolávajú nedôveru v proces transformácie.

„Keď vyjde nejaký zákon, novelizácia, nejaké vykonávacie vyhlášky. Nedostatočné informácie. Alebo stroho. Zákon stroho píše. [...] Budeme mať poradu, že tam to vysvetlia. Ale, zase sme pri tom, že to číta niekto. To isté, čo je na papieri, to isté nám povie. Ale to ja nechcem vedieť. Ja si to viem prečítať. Ja potrebujem prenesenie do praxe. Povedzte mi, ako to bude fungovať v praxi. Čo môžem robiť? Aké mám kompetencie? Ako to mám urobiť? Lebo ja si to prečítať viem. Lenže, keď sa človek ozve, tak povedia, že oni to ešte sami nevedia, že sa to má určiť za pochodu.“

To všetko neprospieva ani samotnému systému, ani kvalite ich práce. Zároveň majú pocit, že dochádza k situáciám, keď rozhodnutia, ktoré sa dejú primárne v Bratislave, nezohľadňujú potreby regiónov a že je náročné ovplyvňovať dianie z druhého konca republiky.

„Aj tá práca s rodinou je naozaj úplne iná tu, ako je na západe. A potom, skutočne, hľadať nejaké celoplošné riešenie je problematické, pretože iné potreby má tá rodina tam, ako rodina tu. Čiže naozaj v tomto mať tú možnosť prispôbiť to, či v kraji, alebo v meste, lokálnejšie, podľa potrieb daných ľudí, ktorí to potrebujú riešiť.“

Od príslušnosti inštitúcií k jednotlivým rezortom závisia aj zdroje financovania inštitúcií. Ako uvádzali poskytovatelia starostlivosti, **financovanie je spravidla viaczdrojové a inštitúcie, pokiaľ im to legislatíva dovoľuje, hľadajú zdroje na dofinancovanie svojich aktivít cez zriaďovateľa, rôzne projekty a sponzorov**.

„Tak si predstavte, my máme cez 100-tisíc výkonov, odborní zamestnanci a ja nemám na pokrytie plátov. Nemám. Všetko mi dofinancuje zriaďovateľ. Všetko, aby sme to vôbec mohli mať.“

Niektoré problémy týkajúce sa financovania, ktoré vnímajú poskytovatelia ako bariéry k efektívnosti ich fungovania, sú spoločné a niektoré sú špecifické pre jednotlivé typy inštitúcií. Mnoho poskytovateľov je presvedčených o **nedostatočnom a neefektívnom prerozdelení finančných prostriedkov ministerstvami a s tým sa spája neustála finančná neistota**. Nutnosť hľadania ďalších možností dofinancovania svojich činností zároveň ubera poskytovateľom čas a kapacity.

„V januári vypíšu rozpočet. Ja už vidím, že december vôbec nie je krytý. V októbri už máme len na polovicu mzdy, dajme tomu. O prevádzkových nákladoch sa ani ne bavíme. [...] Takže, my rozpočet máme taký. No a potom robia kvázi dohodovacie konanie. Teraz sme minulý týždeň boli. Tak, keď zbadala, tak zbledla. 60 000 Eur nám chýba. Na úplne bežné, na úplne bežné prevádzkové veci.“

Na druhú stranu **môže viac zdroje financovanie prinášať určitú flexibilitu a slobodu vo využívaní finančných prostriedkov** (napr. v prípade neziskových organizácií). Pre zdravotnícku vetvu starostlivosti je typický **problém limitov zo strany zdravotných poisťovní a prepĺňanie úkonov**. Z pohľadu poskytovateľov sú tieto limity nepostačujúce najmä pri akútnych stavoch a celkovo nezodpovedajú potrebám klientov. To zásadným spôsobom ovplyvňuje čakacie doby, dĺžku liečby a hospitalizácie, frekvenciu práce a stretávania sa s klientom a efektívnosť vynaloženého úsilia poskytovateľov pomôcť svojim klientom.

„Depresívneho človeka v akútnej kríze nemôžete pozvať o dva týždne. Už ani nebude o čom, alebo s kým rozprávať možno. [...] Lebo vlastne nás by nemali čo zaujímať kvóty. Nás by mali zaujímať klienti. Či mi príde dvadsiaty piaty z tej a tej zdravotnej poisťovne, alebo ktorý. To by mňa nemalo vôbec zaujímať, hej? Lebo klient je pre mňa bez toho, do ktorej poisťovne patrí. [...] Že potom zisťujeme, že sme tretinu práce urobili zadarmo, pokrčíme plecami, ale spätne, keď sa obzrieme, tak to bolo nevyhnutné. Proste sme tým ľuďom museli pomôcť. Nie, že by sme chceli spasiť svet, alebo zachrániť všetkých. Nie, to sa nedá. Ale to už jednoducho, keď toho človeka tuná máte a rozumiete mu a viete mu pomôcť, tak mu nepoviete, ako v reštaurácii: 'Padla. Zamykáme a zhasínáme,' to nejde. To nejde. To vás nepustí.“

Ďalšou problematickou oblasťou je **neistota pracovných úväzkov financovaných cez projekty**. To sa týka neziskových organizácií aj národných projektov. Okrem toho, že takáto neistota znižuje atraktivnosť pracovných pozícií v takto nastavených inštitúciách, má vplyv aj na kontinuitu práce poskytovateľov s klientmi.

„Problém je len v tom, že vlastne tie projekty sú vždycky viazané na štátny rozpočet. Od 31. 12. končia a kým zase v marci - v apríli začnú, tak my vlastne nemáme financie na to, aby to mohli byť naši celoroční zamestnanci. [...] Takže vlastne budujeme si ten tím, len nevieme ich tu začleniť ako zamestnancov /trvalého/ pracovného pomeru, lebo stále nám tých pár mesiacov v tom roku vypadne.“

Infraštruktúra, personálne a materiálne kapacity

Poskytovatelia starostlivosti vnímajú mnohé rezervy na strane systému starostlivosti, ktoré im bránia poskytovať starostlivosť svojim klientom ideálnym spôsobom najmä so zreteľom na jej efektívnosť a úspešnosť. V rôznych obmenách v súvislosti s mnohými faktormi sa v ich výpovediach objavovalo slovo „nedostatok“. Stalo sa charakteristickým pre opis prostredia, v ktorom sa práca poskytovateľov uskutočňuje. **Nedostatok financií, nedostatok špecializovaných zariadení, nedostatok personálnych kapacít, nedostatok špecialistov, nedostatok odborníkov, nedostatok lôžok.** To všetko v konečnom dôsledku podľa nich vplýva na **nedostatok času pre prácu s klientom**. Práve „čas“ bolo ďalšie z veľmi často skloňovaných slov.

Najpálčivejším problémom, ktorý identifikovali poskytovatelia starostlivosti vo všetkých rezortoch sú **nedostatočná infraštruktúra a kapacita poskytovaných služieb**. Nedostatočná infraštruktúra zahŕňa najmä nedostatok špecifických služieb ponúkaných v mieste bydliska klienta, čo vytvára bariéru v prístupe klientov k rôznym typom služieb. Jedná sa najmä o **špecializované pracoviská, kde sa starostlivosť o klientov realizuje pobytovou formou** (psychiatrické kliniky, oddelenia a liečebne, reedukačné centrá, resocializačné zariadenia) ale aj o pracoviská, ktoré ponúkajú **ambulantnú formu starostlivosti** (centrá včasnej intervencie, psychiatrické stacionáre).

„Často krát sa nám stáva, že je tam veľmi veľký nátlak. Sú v podstate jediní, čiže je problém niekedy naozaj s tým akútnym stavom. Ale tiež zoberú, len plačú, že to už je posledné lôžko dnes.“

Návšteva dospelávajúceho umiestneného v zariadení môže pre jeho rodinu znamenať nutnosť precestovať desiatky ak nie stovky kilometrov. Pre mnoho rodín to môže predstavovať priveľké odlúčenie, priveľa času, alebo priveľa peňazí. **Vzdialenosť poskytovateľa** je však častým problémom aj pri ambulantne poskytovanej starostlivosti.

Aj v rámci už existujúcich pracovísk upozorňujú poskytovatelia na **nepostačujúce kapacity, tak personálne ako aj materiálne**. Poďme sa venovať najprv tým personálnym. Na jedného poskytovateľa starostlivosti pripadá **neprimerané množstvo klientov**. V snahe uspokojiť dopyt po poskytovaných službách môže potom dochádzať k poklesu kvality práce a skráteniu času, ktorý má poskytovateľ možnosť venovať jednému klientovi. Alebo **dochádza naopak ku selekcii klientov** a nie každý sa dostane k službám, ktoré by z hľadiska riešenia problémov dospelávajúceho boli optimálne.

„Keby sa posilnilo to personálne obsadenie, tak by som mala viac času pre nich. Určite viac času na to jedno dieťa. A nemusela by som tak akože z rýchlika – a teraz diagnostika, teraz to, teraz toto. Viac času a tým pádom aj viac možností sa venovať tomu dieťaťu.“

Poskytovatelia sa zhodujú, že na riešenie problémov dospievajúcich je **potrebná intenzívna, kontinuálna a často aj dlhodobá práca tak s celou rodinou ako aj v spolupráci viacerých aktérov**. To si vyžaduje zo strany poskytovateľov časovú investíciu, ktorú si vzhľadom na počty klientov častokrát nemôžu dovoliť. Nedostatok personálnych kapacít, ktoré by umožňovali poskytovať služby všetkým klientom, ktorí to potrebujú a venovať sa im dostatočne dlho aj dostatočne často na to, aby sa situácia klientov stabilizovala, je podľa poskytovateľov problémom vo všetkých vetvách starostlivosti.

„Možno keby sme mali menej tých prípadov, že viac ľudí by bolo a ten človek by mal viac času na tú rodinu. Vie sa jej viac venovať, aj s tými rodičmi rozprávať, aj s tým dieťaťom. My si napríklad nemôžeme dovoliť tu mať hodinu a pol, alebo dve hodiny nejakých klientov, lebo za dverami sa proste rozčuľujú, že čo sú to za spôsoby. Alebo, že si ich zavolám. Napríklad ak je dieťa, ktoré vystrája, tak mu poviem, dobre, tak budeš chodiť každé dva dni. Ale nemôžem si to dovoliť. Lebo medzitým máme výsluchy, medzitým máme pojednávania, iné veci. Čiže, fakt tá hlavná sociálna práca úplne uniká.“

Je mnoho špecializácií, ktorých zastúpenie v systéme starostlivosti hodnotili poskytovatelia ako nedostatočné. **Chýbajú pedopsychiatri, v sociálnej práci aj na školách chýbajú psychológovia, chýbajú psychológovia špecializujúci sa na konkrétne oblasti (rodinná terapia, autizmus a pod.), logopédi, asistenti učiteľa, špeciálni pedagógovia, v sociálnej práci chýbajú právnicki, či terénni pracovníci rôznych odborností.**

„Takže psychológa by som privítala navyše, pretože si myslím, že je dosť veľká záťaž na jedného psychológa 30 pacientov. Aj vyšetrenia, aj diagnostika, aj skupinová terapia, aj individuálna psychoterapia, tak je dosť veľká záťaž. A taktiež aj edukácie máme. Tak veľa vecí spadá na psychológa.“

„Už jeden psychológ navyše strašne veľa urobí. Ale zas je to iba cez projekt, ktorý končí vo februári, takže je to otázne, že čo ďalej. [...] Keď máš trvalý pracovný pomer, nie je to neistota. Ale, keď je to takto, že tu je to projekt, je to dobrovoľnícka, absolventská prax...“

Najmä **v oblasti psychiatrie** je problémom aj **zastupiteľnosť a nedostatok garantov** pre psychiatrické oddelenia. Chýbajúca dlhodobá stratégia pre udržateľnosť dostatočného počtu pedopsychiatrov na Slovensku je hrozbou zlyhania celého systému psychiatrickej starostlivosti. **Vzhľadom na pracovné podmienky, finančné ohodnotenie a náročnosť klientely je táto oblasť z pohľadu poskytovateľov pre týchto odborníkov neatraktívna** a nemajú záujem sa na takýchto pozíciách zamestnať. Z rovnakých dôvodov dochádza miestami k veľkej fluktuácii odborných zamestnancov. K tejto situácii neprispieva v prípade neziskových organizácií a pozícií financovaných cez projekty ani neistota a nestabilita pracovných úväzkov.

„/Pedopsychiatrov/ je málo, nikto neprichádza. [...] A keby sa aj našli priestory, dajme tomu aj v rámci nemocnice, ako kto by tam pracoval? Garanta by sme dajme tomu mali. Musela by ukončiť prácu na svojej ambulancii a mohla by robiť primárku. Dajme tomu, príklad, hej... A teraz ďalej – potrebujete obsadiť služby. [...] Ten odbor ako keby nevedel pritiahnúť mladých.“

„Máme tu psychológov, aj títo odchádzajú. Čiže, je to aj možno vina toho, aký je to typ klienta, s ktorým sú ochotní robiť. Možno, aj ten výsledok, čo dokážu s týmto klientom robiť, možno nejaké tie ich predpoklady, nejaké výzvy. A keď už tu dlhšie pracuje a vidí, že tá rodina má toľko týchto problémov, ktoré tam sú a možno aj vidina nejakého toho vyššieho zárobku.“

Čo sa týka **materiálnych kapacít a materiálno-technického zabezpečenia** potrebného k práci poskytovateľov, aj v tejto oblasti vnímajú poskytovatelia značné rezervy, ktoré vytvárajú bariéry pri poskytovaní starostlivosti. V mnohých inštitúciách a na mnohých pozíciách sa poskytovatelia sťažujú na **chýbajúce vhodné priestorové zabezpečenie**, ktoré by umožňovalo podľa potreby prácu s klientom v súkromí alebo za prítomnosti kolegu, či prácu s väčšími skupinami. Mnohé špecializované zariadenia poskytujúce starostlivosť pobytovou formou nemajú **vhodne štruktúrované a zabezpečené priestory**. Nielen tých sa však týka nedostatok funkčných miestností určených na rôzne typy aktivít. **Technický stav priestorov**, v ktorých je starostlivosť klientom poskytovaná, bol zo strany poskytovateľov taktiež uvádzaný ako existujúce negatívum.

„No a naozaj, ako mať dostatok zamestnancov, dostatok priestorov, dostatok materiálno-technického zabezpečenia, bezbariérové schody, bezbariérovú vyšetovňu, herňu, ktorá sa dá využívať na terapiu, zariadenú plne, kde môžeme pracovať. Lebo ako my máme veci, ale nie je to ideálne. Čo sa týka priestoru, to nie je ideálne. Kolegyňa sedí tu. Tu sa robia skupiny, v tejto miestnosti. Iná tu nie je. [...] Musia byť testy. Musia byť hračky, keď chceme tú terapiu robiť. Väčšinou sú. My ich nejako získame, hej? Aj čo sa týka tých zdrojov financií, [...]. Proste píšeme projekty. Hľadáme zdroje. Tamtie testy, čo tu sú, sú z projektov. Celá skriňa je z projektu. Funkčné počítače napríklad, musia byť.“

„Teraz napríklad máme haváriu prízemia. [...] Rok sa hrajú s našou žiadosťou, rok nevieme získať peniaze na haváriu prízemia. Je v dezolátnom stave. Keď ste vošli, tak cítite tú arómu z tých nefunkčných záchodov.“

Nedostatky boli vnímané tiež pri hodnotení **vybavenosti pracovísk pomôckami** potrebnými pri výučbe, terapiách a podobne. V snahe zlepšiť tieto pracovné podmienky vynakladá podľa vlastných slov mnoho poskytovateľov starostlivosti ohromné úsilie na **zháňanie financií potrebných na dofinancovanie všetkých zmienovaných materiálnych nedostatkov**. Toto úsilie stojí poskytovateľov čas, o ktorý pravdepodobne prichádzajú najmä ich klienti.

Všetky vyššie menované nedostatky sa týkajú starostlivosti poskytovanej ambulantne alebo pobytovou formou, čo predpokladá dochádzanie klienta za poskytovateľom. Niektoré typy služieb sú však realizované formou terénnej práce a predpokladajú dochádzanie poskytovateľa za klientom. Avšak niektorí poskytovatelia podľa vlastných slov **nemajú možnosť pravidelne využívať na dochádzanie za klientom služobné vozidlá** (ktoré buď nie sú k dispozícii alebo je ich počet veľmi obmedzený a ich vyťaženosť neumožňuje ich pravidelné využívanie). Zároveň im **nie je umožnené využívať na prepravu za klientom vlastné vozidlá** a nárokovat

si preplatenie nákladov. A tak mnohí strávia prepravou za klientom množstvo času, o ktorý sú potom samotní klienti ukrátení.

„U nás je aj problém v tom, že vlastne máme vzdialené rodiny. Tým pádom ideme do terénu raz do týždňa, raz za dva týždne. Musíme obehať celé okolie, rýchlo, pif paf. [...] Sú tu štyria šoféri, štyri autá na celý úrad.“

„Napríklad aj to služobné auto, hej? Dneska sme boli vlastne v jednej dedine a tam sú obmedzené autobusy. Niekedy, keď ideme do inej dediny do školy, kde máme spoluprácu, tak znovu. Ideme tam a už pani riaditeľka mala takú pripomienku, že chodíme tam taký čas, jak jej nevyhovuje. Ale jednoducho, keď máte tak autobus... Aj dostať sa späť je problém, lebo musíte prestupovať. Takže trochu aj to auto chýba, že nie je k dispozícii.“

Záťaž poskytovateľov starostlivosti

Všetky zmieňované nedostatočné kapacity majú podľa vyjadrení poskytovateľov starostlivosti mnoho negatívnych dôsledkov. V prvom rade je to už spomínaný nedostatok času pre prácu s klientom, ale aj dlhé čakacie doby či skrátenie času určeného na pobyt v zariadení.

Vyťaženi poskytovateľa sa tak navyše ocitajú v časovej tiesni a pociťujú tlak na výkon.

„Keď máte tri rodiny, tak proste žijete tým, čo sa tam deje. Keď ich tam máte, ja neviem, 20 za mesiac, to je počet, keď už vás to proste začína pohlcovať.“

Záťaž, ktorú vnímajú poskytovatelia starostlivosti často ako neúnosnú, sa týka všetkých vetiev starostlivosti. Podľa poskytovateľov k nej prispieva aj **nárast počtov klientov, kumulácia rôznych druhov povinností a administratívna až byrokratická záťaž.**

„Znova sa len bavíme o tom, že tých detí pribúda. Šialeným geometrickým radom pribúda. Problémové deti.“

Administratívna záťaž sa však netýka len rôznych druhov záznamov o klientoch a spisovania odporúčaní. Mnohí poskytovatelia popisovali v rozhovoroch aj zhotovovanie množstva papierov súvisiacich s prevádzkou, papierov potrebných na získanie financovania, v prípade akreditovaných subjektov aj na získanie akreditácie a ďalších papierov na vykazovanie hospodárenia s finančnými prostriedkami.

„Všetko treba mať papierovo v poriadku – tých papierov, tie učebné plány, ale ten dopad na prax je úplne minimálny.“

„Keď si mám dávať preplatiť cestovný lístok napríklad na MHD, potrebujem vypísať 4 papiere, aby som ho dostal vôbec preplatený. Tu mi v stole stoja lístky, možno aj 20.“

Neúmerná záťaž vyplývajúca z množstva klientov a množstva úkonov spojených s poskytovaním starostlivosti môže podľa poskytovateľov viesť aj k poklesu kvality poskytovanej starostlivosti či vyhoreniu poskytovateľa. Aj keď množstvo administratívnych úkonov a byrokracie považujú poskytovatelia za zbytočné a zaťažujúce, na druhú stranu si uvedo-

mujú nevyhnutnosť a dôležitosť niektorých úkonov, evidencie a záznamov, ktoré im pomáhajú orientovať sa v klientele, komunikovať s ďalšími poskytovateľmi a inštitúciami a zároveň ich chrániť.

„My evidujeme naozaj strašne veľa vecí. Všetko. Vidíme, kto dieťaťu telefonoval, kedy mu telefonoval, čo dostalo v balíku, či má vreckové, kto sa o neho zaujíma, či dostalo list.“

„My sme už mali toľko kontrol, že ja tie papiere neberiem ako zbytočnú byrokraciu. Ja ich beriem ako úžasný nástroj, ktorý ma chráni. Keď človek zažije kontroly, tak zmení postoj k papierom.“

V súvislosti so spomínanou záťažou podľa niektorých poskytovateľov chýbajú v systéme starostlivosti asistenti (napr. zdravotnícki, administratívni), ktorí by zvládali pomocné práce pre klientov (objednávanie, písanie správ, potvrdení, komunikáciu s ďalšími inštitúciami, s rodičmi, so školou), administráciu či vyhodnocovanie projektov.

Osobitnú a dôležitú tému **tvorí psychická záťaž vyplývajúca z práce v pomáhajúcich profesiách**. Na jednej strane záťaž spôsobuje nutnosť zvládania množstva povinností a zodpovedností, ktoré sú kladené na plecia poskytovateľov. Na druhej strane môže byť podľa poskytovateľov aj pomáhanie klientom v zložitých situáciách z mnohých dôvodov veľmi náročné. Práca s nedobrovoľnými alebo nespolupracujúcim klientom ich stojí nemalé úsilie, ktorého výsledky často nezodpovedajú investovanej energii.

„Kto pôjde robiť za takýto peniaz? Kto to bude vykonávať? Mať na sebe kopy zodpovedností, jednou nohou v base s tým, že byrokracia je aká je, viacej za počítačom ako v teréne.“

„Nie len tešíme sa s nimi, keď sa im situácia zlepšuje, ale aj plačeme s nimi, keď sú v ťažkostiach.“

„Veľa ľudí nám bolo frustrovaných z toho titulu, že ak dostali rodinu a ak sa po istom čase to dieťa muselo umiestniť, tak oni to považovali ako ich zlyhanie.“

Z výpovedí poskytovateľov vyplýva, že táto nerovnováha môže viesť k frustrácii. O to viac, ak sa od poskytovateľa očakáva, že napriek problematickej spolupráci klientov, dosiahne v poskytovaní starostlivosti želaný výsledok. **Poskytovatelia vo vzťahu ku klientom robia každý deň rozhodnutia, ktoré môžu ovplyvniť ich život**. Niektorí podľa vlastných slov balansujú často na hrane a **čelia tlaku a prejavom nespokojnosti zo strany klientov aj zo strany nadriadených**. Poskytovatelia, ktorí majú rozhodovacie kompetencie a môžu vo vzťahu ku klientom uplatňovať niektoré druhy právomocí popisovali, ako sa dostávajú neraz do situácií, keď sa obávajú konfliktu s klientom či postihnutia zo strany zamestnávateľa.

„A keď sa dačo stane, kto bude 'pokefovaný'? [...] Potom odchádzajú ľudia, ktorí tú robotu chcú robiť. A prídu tu ľudia takí, ktorým ide čisto len o nejaký trvalý pracovný pomer.“

„Takže ja nepôjdem do konfliktu s rodičom. Ja ho nebudem naťahovať, že sa o to dieťa nestará, pretože tento rodič sa na mňa bude sťažovať. Potom niekto príde, začne ma za to

sekírovať, že ja tu naháňam rodiča, keď tu je problémové dieťa a mám sa držať toho, čo mi ukladá zákon a robiť len to, čo mám v zákone.“

Osudy detí a ich rodín, ktoré privedú klientov k poskytovateľom sú podľa nich často spletité a ťažké a ich rozpletanie môže byť náročné. Aj s tým sa poskytovatelia potrebujú vyrovnávať aby nevyhoreli a boli schopní zotrvať v úsilí pomáhať tým, ktorí si vlastnými silami už pomôcť nedokážu.

Vzdelávanie, odborný rast, metodické vedenie a supervízia poskytovateľov starostlivosti

Medzi základné predpoklady poskytovania kvalitnej starostlivosti patrí podľa samotných poskytovateľov starostlivosť o ich vzdelávanie, odborný rast, metodické vedenie a supervíziu. Aby mohli poskytovatelia svojim klientom čo najviac ponúknuť, potrebujú toho najprv veľa získať. **Základom pre ich ďalší rozvoj je získané vysokoškolské vzdelanie.** To je však len začiatok dlhej cesty naberania profesionálnych skúseností, ktoré sa odrážajú v kvalite práce poskytovateľov. Prvé skúsenosti poskytovateľov s poskytovaním starostlivosti sú preto často plné pocitov neistoty. Viacerí poskytovatelia sa vyjadrili, že **v období svojich začiatkov bola supervízia, podpora a spätná väzba od skúsenejších kolegov na pracovisku pre nich veľmi dôležitá.** Pomohla im zotrvať, nabrať istotu a zručnosti potrebné na samostatnú prácu.

„Zo začiatku, keď som nastúpil, som nemal žiadne informácie. Som bol vystrašený. Tri mesiace boli pre mňa nenormálne ťažké.“

„Predtým, ako som tu prišla, tak nejaký pol rok vraj nemali psychológa. A potom mi učitelia začali dávať takú spätnú väzbu, že super, že konečne sa niekto fakt aj tým deťom venuje, že vidno tie zmeny. Tak to ma potom tak potešilo, lebo zo začiatku som fakt žiadnu spätnú väzbu nedostávala a ja, absolventka, som nevedela, či robím veci dobre.“

V rozhovoroch však zaznievali aj zmienky o začínajúcich kolegoch, ktorí vzhľadom na náročnosť práce svoje pôsobenie na pracovnej pozícii v pomerne krátkom čase ukončili. Najčastejšie sa to týkalo psychológov pracujúcich v sociálnej oblasti, ktorí podľa slov poskytovateľov ako absolventi nie sú motivovaní ani pripravení na prácu s typicky náročným klientom v sociálnej oblasti a prácu v teréne.

„Ja si myslím, že je to aj v tom výsledku tej práce. Nie je to tak, ako keď robíte detského psychológa niekde v škole, kde máte to uspokojenie, že pomáhate. Dokážete pomôcť tým deťom. Tu väčšinou sú klienti, takí, akí sú, no. A keďže ten psychológ u nás je tak vedený, aby zo začiatku išiel priamo do tej biologickej rodiny, do toho prirodzeného prostredia. [...] Aj to je možno dôvodom preto, že odchádzajú.“

Na vysokoškolské vzdelávanie nadväzuje **kontinuálne alebo postgraduálne vzdelávanie.** Poskytovatelia starostlivosti ho **považujú za kľúčové pre svoj ďalší profesionálny rozvoj a rozvoj svojich schopností a zručností.** Identifikovali v tejto oblasti niekoľko problémov. Patrí

medzi nich **priestor a čas na vzdelávanie popri práci, množstvo, obsah a kvalita ponúkaných vzdelávacích aktivít, kurzov či výcvikov a v neposlednom rade aj ich finančná náročnosť.**

„Oni nám pošlú taký pekný zoznam vzdelávačiek. Ale máme si ich zaplatiť sami a vzdelávačka stojí 500 Eur. Tak, z toho platu, ďakujem. Nezaplatím si to.“

„Len je to aj časovo nákladné, finančne nákladné, to ani nehovorím. [...] A tie školenia, ktoré si človek absolvuje v rámci samovzdelávania, proste z vlastnej iniciatívy, tak sú rádo vo stovkách Eur.“

„My máme na to vyčlenený pre každého zamestnanca nejaký obnos peňazí, ktorý môže využiť na vzdelávanie a tých 5 dní študijného voľna. Ak je to niečo už navyše, tak si to človek hradí sám. Berie si dovolenku. Robí to akoby vo svojom voľnom čase, ale máme to umožnené.“

Ako bariéra pri ďalšom vzdelávaní bola spomenutá aj nemožnosť uznania vzdelávacích aktivít medzi rezortmi. Poskytovatelia uprednostňujú praktické a zážitkové formy vzdelávacích aktivít pred prednáškovou formou s teoretickým obsahom. Oceňujú výcviky zamerané na sebapoznanie.

„Kto to uzná ako vzdelávaciu akciu? Učitelia potrebujú svoje kredity, tak určite nepôjdu na psychologickú akciu. Psychológovia tiež. Im uznajú niečo cez komoru psychologov a nepôjdu na Ministerstvom školstva uznané veci. A potom možno robíme veľmi podobné, ale mýňame sa.“

„Mali sme tu lektorku, ktorá nám začala nejakými základnými definíciami. To sme si povedali, tak chvíľku počkáme, kam sa to posunie. Keď sme po hodine ešte stále riešili len nejaké základné veci, tak to sme sa ozvali, že my všetci už vysokú školu máme. Takže definície sme už prešli. My by sme potrebovali niečo, čo sa týka našej konkrétnej práce, tak potom začali chodiť vo dvojiciach s tým, že takéto niečo ešte nezažili.“

Či už psychologovia alebo sociálni pracovníci považujú vlastnú skúsenosť s terapiou v rámci kontinuálneho vzdelávania (cvičná terapia) za nesmierne užitočnú. Je to podľa nich skúsenosť, ktorá im pomáha to, čo zažijú na vlastnej koži, aplikovať vo svojej praxi s klientmi.

Súčasťou pracovného života mnohých poskytovateľov starostlivosti je supervízia. V prvom rade je potrebné priznať, že supervízia nebola v rozhovoroch s poskytovateľmi silnou témou, ktorú by spontánne spomínali. **Niektorí majú supervíziu povinnú, niektorí umožnenú a niektorí sa s ňou vo svojej praxi nestretávajú,** no keď boli opytovaní na názor, priznali, že by ju uvítali. Z pohľadu niektorých poskytovateľov môže byť nesmierne užitočná. **Pomáha im pri práci s klientmi ale aj vo vyrovnávaní sa s psychickou záťažou, ktorú pomáhanie druhým prináša.** Vnímajú pozitíva i negatíva individuálnej či skupinovej supervízie a jej kvalitu hodnotia kriticky.

„Máme možnosť ísť na supervíziu. Nie je to organizované pracovne, ale ak si nájdeme svojho supervízora, za ktorým chceme ísť, tak sme uvoľnení z práce. Na to si nemusíme brať dovolenku.“

„Supervíziu žiadam vtedy, keď cítim, že sa začínam v prípade motať. A uvedomujem si, že to nejako súvisí so mnou. Čiže, to je nástroj, ktorý používam pre seba, aby to neublížovalo tým ľuďom.“

„V tej individuálnej si viac môžeš dovoliť byť slabá. Lebo tam si s tým jedným človekom, ktorý to na teba nebonzne. Nebude ťa porovnávať. Kdežto, keď si s kolegami, ono to je veľmi príjemné, ale je tam rivalita.“

Kvalitná supervízia im spolu s kontinuálnym vzdelávaním dáva to, čo nemali možnosť naučiť sa na škole a prispieva ku kvalite ich práce. Medzi poskytovateľmi sú však aj takí, ktorí supervíziu považujú za zbytočnú a vnímajú ju ako stratu času.

„Moji kolegovia, mnohí proste nemajú supervízie. Ja som v šoku, že to nepotrebujú. [...] A sú takí, ktorí to majú len nariadené, prídu a povedia, že oni nič nepotrebujú. Tomuto nerozumiem. Respektíve, rozumiem, že sa boja, čo by tu odhalili. A to je pre mňa nepochopiteľné, lebo ja mám strašný drav v sebe robiť tú prácu dobre.“

Metodické vedenie je usmernením, ktoré pomáha poskytovateľom starostlivosti pri rozhodovaní o voľbe prístupov a postupov práce s rôznymi typmi klientov, pri pochopení a uplatňovaní platnej a meniacej sa legislatívy, či interných noriem v praxi, pri vytváraní dokumentácie klientov a komunikácii medzi inštitúciami. Prispieva k zrozumiteľnosti, prehľadnosti a systematickosti poskytovanej starostlivosti. Problémom podľa slov poskytovateľov starostlivosti býva **nedostatočné alebo neadekvátne metodické vedenie**.

„Metodické usmernenie a odporúčania a iné veci, ktoré sú od zeleného stola urobené, nie v kontakte s realitou, nie v prostredí škôl, kde tie deti reálne chodia, nie v prostredí komunity, kde oni žijú. To je celé zle. Takže toto jednoznačne. Toto sa musí zmeniť.“

Bariéry na úrovni poskytovateľov starostlivosti

V predchádzajúcej časti sme si popísali prostredie a podmienky, v ktorých poskytovatelia pracujú. Práve z nich vyplýva mnoho ďalších bariér na úrovni poskytovateľov starostlivosti, ktoré majú vplyv na proces starostlivosti a ktoré si popíšeme v nasledujúcej časti.

Spolupráca medzi poskytovateľmi starostlivosti

Spolupráce medzi poskytovateľmi v rámci jednej inštitúcie sme stručne dotkli v jednej z predchádzajúcich častí o komplexnej starostlivosti. V rámci tejto témy sa bariéry v poskytovaní starostlivosti v rozhovoroch s poskytovateľmi neobjavovali. **V prípade potreby spolupráce poskytovateľov z rôznych inštitúcií** alebo v prípade putovania klienta medzi poskytovateľmi z rôznych inštitúcií, z rozličných vetiev starostlivosti spadajúcich pod odlišné rezorty je situácia odlišná. **Môže dochádzať k problémom v komunikácii a medzirezortnej spolupráci**. Poskytovatelia starostlivosti vnímajú ako jeden z najväčších problémov pri takýchto spoluprákach výmenu informácií o klientoch.

„My, keď spolupracujeme s inými inštitúciami, tak aj keď niečo urobíme, tak čakáme vlastne na spätnú väzbu od iných inštitúcií. Ale tie inštitúcie možno taktiež čakajú na nejakú spätnú väzbu. Také dlhšie časové obdobie je možno potrebné na riešenie.“

Spravidla získanie informácií od iného poskytovateľa závisí od súhlasu rodiča, čo niektorí poskytovatelia vnímajú ako bariéru. Mnohí tiež označili **komunikáciu a výmenu informácií medzi inštitúciami za nedostatočnú a ťažkopádnu**. Pritom poskytovateľ, ktorý už s klientom spolupracoval, by mohol byť naj dôveryhodnejším zdrojom potrebných informácií.

„Ja neposielam poštou nálezy. Nález dávam rodičovi do ruky a ten to nesie špeciálnemu pedagógovi. Všetko sa deje s ich /rodičia/ súhlasom.“

„Závisí to od toho, že s kým komunikujete. S niektorými lekármi sa výborne komunikuje, veľmi promptne riešia. Oni posielajú k nám, my posielame k nim. Je to bezproblémové. Záver dostaneme, nie je problém. S niektorými je ťažká komunikácia. Druhá vec je aj to, že je tam tá ochrana osobných údajov a niektorý lekár telefonicky, keď napríklad zavolám, tak sa mi nevyjadrí bez písomného súhlasu rodiča.“

Ak spolupráca medzi poskytovateľmi z rozličných inštitúcií funguje, je to zvyčajne na základe ich vzájomných osobných vzťahov. Ak sú tieto vzťahy priateľské, ak sú si poskytovatelia navzájom vedomí svojich možností aj limitov a poznajú navzájom svoje kompetencie, môže byť ich spolupráca napriek sťaženej komunikácii dobrá. Vo výpovediach viacerých poskytovateľov sa však objavil názor, že **s kolegami s ktorými sa navzájom nepoznajú a neprichádzajú do osobného kontaktu, sa im spolupracuje omnoho ťažšie**.

/o spolupráci/ „Je to väčšinou na komunikácii, na tom, že sa jednak osobne poznáme aj v rámci vzdelávaní či konferencií, alebo iných vecí, ktoré organizujeme práve pre to, aby sme sa aj fyzicky vlastne poznali s tými ľuďmi. Aby oni vedeli, kto sú naši ľudia, aby my sme vedeli, s kým komunikujeme. Ale už potom, v tom bežnom fungovaní, je to naozaj na mailovej a telefonicknej komunikácii. Keď posielame my nejakého klienta niekam, tak si oni overia, aké máme info o tom klientovi, alebo opačne, ak oni majú k dispozícii nejaké informácie. A potom my zase vieme overiť, že či to teda zafungovalo, či sa to podarilo, alebo podobne.“

Poskytovatelia sú zároveň voči sebe navzájom pomerne kritickí. Viacerí v rozhovoroch hodnotili prácu, prístupy aj odporúčania iných poskytovateľov. Hodnotenia boli kladné aj záporné. Niektorí popisovali **negatívne skúsenosti a zlyhávanie spolupráce**, čo u nich viedlo v kontakte s inými inštitúciami k opatrnosti až nedôvere. Mnohí na druhej strane vyjadrili **uznanie voči opodstatnenosti a dôležitosti práce iných poskytovateľov z iných inštitúcií** vrátane tých, ktorí pracujú priamo na školách. To, čo poskytovateľom v systéme starostlivosti chýba a čo mnohí prizvukovali a považovali za veľmi dôležité je medzirezortné stretávanie sa (napr. formou medzirezortných konferencií, seminárov), výmena informácií, sieťovanie, koordinovanie a zosúladenie za účelom efektívnej a dobrej spolupráce.

Osobnosť poskytovateľov starostlivosti

Osobnosť poskytovateľa môže byť jedným z faktorov, ktorý ovplyvňuje kvalitu a efektívnosť starostlivosti o dospelých s EBP. Zdá sa, že poskytovatelia sú si vedomí dôležitosti vlastnej osobnosti a snažia sa priblížiť akémusi ideálu poskytovateľa, ktorý disponuje vlastnosťami určitej kvality, umožňujúcimi efektívnu prácu s klientom. V tejto súvislosti v rozhovoroch vyzdvihovali napríklad individuálnu snahu a motiváciu pracovať na sebe a rozvíjať svoje zručnosti ako dôležitú súčasť osobnosti poskytovateľa. Podľa mnohých **je bariérou ku kvalitnej a efektívnej starostlivosti, ak je poskytovateľ dlhodobo spokojný s tým, ako vykonáva svoju prácu a nemá potrebu sa rozvíjať.**

„My sa chodíme učiť, lebo nás to baví, lebo my učíme, lebo chceme vedieť ako sa to robí. A niekto je spokojný 40 rokov s tým, čo si myslí, že je dobré.“

Z rozhovorov vyplýva, že sa poskytovatelia potrebujú vyrovnáť s mnohými negatívami, ktoré práca v pomáhajúcich profesiách prináša. **Schopnosť vyrovnáť sa s frustráciou, bezmocnosťou, záťažou či tlakom**, ktoré sa v rozhovoroch objavovali pomerne často, tiež súvisí s ich osobnosťou.

„A niektoré veci fakt nevieme ani my ovplyvniť. Rodinnú situáciu, pomery, rodinný životný štýl a podobne. Tak môžeme skúšať, hej. Ale niektoré proste nezmeníme, no. Takže je to niekedy ťažké.“

Poskytovatelia **pripisovali individualite osobnosti aj to, ako sa im navzájom spolupracuje, aký má ten ktorý poskytovateľ prístup ku klientom či preferovaný spôsob práce, alebo nakoľko je angažovaný a motivovaný pre prácu.** Tieto individuálne črty vnímali ako pomerne dôležité. Dokážu totiž vyvážiť niektoré nedostatky systému starostlivosti. Napríklad miera ich vlastnej angažovanosti sa prejavuje tak, že si často v rámci toho, čo je zákonom a rôznymi nariadeniami či obmedzeniami dané, hľadajú cesty pomoci klientom, niekedy aj nad rámec definovaných povinností. Viacerí poskytovatelia sa v rozhovoroch vyjadrili, že sa pri svojej práci snažia riadiť zásadou: „Urobím pre klienta všetko, čo mi zákon nezakazuje“.

„A ja si zase stále myslím, že je to o ľuďoch. Lebo, majú síce väčšina z nich vyštudovanú sociálnu prácu. Len, je rozdiel to mať vyštudované preto, aby som nejakú školu mal a vôbec ma to nezaujima a nemám to sociálne cítenie. Alebo, proste, áno, vyštudujem a chcem sa tomu venovať a fakt chcem tým ľuďom nejakú pomôcť. Aby za mnou bolo niečo vidno.“

Vzťahy medzi poskytovateľmi a klientmi

Základom úspechu práce poskytovateľa s klientom je ich vzájomný vzťah. **Ak sa poskytovateľovi nepodarí vybudovať si s klientom dôveru a dobrý vzťah, je potom pre neho ťažké klienta ďalej motivovať a akokoľvek s ním pracovať.** Poskytovateľ a klient totiž vytvárajú s cieľom vyriešiť problémy klienta partnerstvo.

„Je tam vybudovaná nejaká tá dôvera za tie dva mesiace a rodina už vie pomenovať všetky tie ohrozujúce veci, alebo problémy, ktoré jej vlastne zneprijemňujú život, no a snažíme sa ich riešiť spoločne.“

„Ono je to, podľa mňa, aj o tom vzťahu niekedy. To je všetko o ľuďoch, podľa mňa, aj tá práca. [...] A väčšinou to ani tak dlho netrvá, tá spolupráca, keď si jednoducho ako ľudia nesadnete, lebo si musíte sadnúť. [...] Samozrejme pomôžete každému, ale s niektorým klientom je proste ten vzťah intenzívnejší.“

Poskytovatelia sa o svojich vzťahoch s klientmi zmieňovali v rôznych súvislostiach a identifikovali množstvo okolností, ktoré na tieto vzťahy vplyvajú. Sú to napríklad osobnosť poskytovateľa ako aj osobnosť klienta a ich súlad, ktoré vplyvajú na kvalitu ich vzťahu. **Vytvorenie dôverného vzťahu je nanajvýš problematické pri použití represívneho prístupu** poskytovateľa ku klientovi. Aj keď niektorí poskytovatelia vnímajú jeho použitie ako potrebné či nevyhnutné a v tejto súvislosti prejavili v rozhovoroch aj záujem o väčšie kompetencie vo vzťahu ku klientom, mnohí ho vnímajú skôr negatívne.

„Rodič vie, aké kompetencie Úrad má, vie, že od nich závisí to, či mu napríklad deti nechajú, alebo nenechajú. Či bude dieťa pre výchovné problémy umiestnené do nejakého zariadenia, alebo to bude riešené v rámci rodiny. Čiže toto sú veci, ktoré, naozaj, oni vedia, že ten úrad má tú možnosť to spraviť. Preto je aj ten rešpekt. A ten vzťah je taký naozaj sterilnejší v tom, že nepôjde do otvoreného vzťahu, lebo vedia, že všetko môže byť použité proti mne.“

Viacerí poskytovatelia sa v rozhovoroch zmieňovali o nepriaznivých vplyvoch používania represívneho prístupu, ktorý podľa nich **vyvoláva u klientov strach a niekedy aj hnev**, čo v konečnom dôsledku môže viesť k tomu, že sa klient postaví do odporu. **Práca s takýmto nedobrovoľným klientom v odpore a získavanie jeho dôvery sú potom značne problematické.**

„V zásade, nie sú to plne dobrovoľní klienti. Mám sa samozrejme pracuje lepšie s dobrovoľnou klientelou. [...] ÚPSVaR/Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny/ má na klientov páky. ÚPSVaR im môže siahnuť na financie, ÚPSVaR im môže siahnuť na vôbec výkon rodičovských práv, ÚPSVaR im môže siahnuť na realizáciu náhradnej rodinnej starostlivosti, ÚPSVaR má kopec vlastne kontrolných mechanizmov voči rodine. Tak rodina častokrát proste vyhodnotí, že áno, že ide do spolupráce. Ale vlastne v tej konečnej spolupráci sa potom odrazí, že tá motivácia nie je čistá, že ja chcem byť váš klient a ja chcem na sebe pracovať, ale že musím, lebo ma tu proste ako keby zaradili.“

Taktiež **striedanie poskytovateľov starostlivosti pri viacnásobných vstupoch rôznych odborníkov do rodiny tvorbe vzťahu neprospieva**. Naopak stabilný vzťah s jedným poskytovateľom môže byť pre klienta dôležitým a niekedy aj jediným zdrojom sociálnej opory, ktorú klient, ak má byť schopný čeliť problémom, tak veľmi potrebuje.

„Často aj deti, ktoré sú tu v ústavnej starostlivosti, oni zažívajú možno aj 4 psychologov. Že aj ak by chceli, tak nemôžu si ten dôverný vzťah ako keby vytvoriť. A ak ho aj nadviažu, tak znova oň prídu.“

„Ona si aj poplače, keď potrebuje. Držím ju za ruku, ona plače. Tu plače na pleci, všetko zmočené, ale naozaj, je to dobré. Lebo oni nikdy nezažili ten pocit lásky. Ten pocit objatia, pohladkania alebo pocit toho, že mám sa komu zdôveriť. A my sa naozaj snažíme práve o to, aby to zažili. Lebo keď to zažijú, budú to môcť potom použiť ďalej v živote.“

Na vzťah medzi poskytovateľom a klientom vplýva aj to, či je poskytovateľom muž, alebo žena. Poskytovatelia sa zmieňovali o skúsenostiach z ktorých vyplýva, že klienti môžu vzhľadom na to reagovať na poskytovateľa odlišne. Môže byť pre nich ľahšie sa o niektorých problémoch rozprávať so ženou a o niektorých naopak s mužom. Pre poskytovateľov - mužov môže byť v niektorých prípadoch ľahšie vybudovať si rešpekt.

„Obracia sa viac na kolegyňu, lebo je žena. Mňa berie ako s rešpektom, aj ma vníma, ale pri dohadovaní si tých stretnutí sa obracia na kolegyňu. Kolegyňa s ním komunikuje. Takže sú to rôzne cesty a podľa toho, ako si vyberie klient.“

Ďalším faktorom, ktorý môže ovplyvňovať vzťah medzi poskytovateľom a jeho klientom je jazyková bariéra. Poskytovatelia sa totiž stretávajú aj s klientami, ktorých materinský jazyk je iný ako slovenský a nadväzovanie vzťahu a komunikácia s takým klientom môžu byť podľa nich ťažšie.

Bariéry na strane klientov v starostlivosti

V predchádzajúcej časti sme sa podrobne venovali poskytovateľom starostlivosti, prostrediu, v ktorom pracujú, čo je ich úlohou, ako naplňajú svoje poslanie ale aj s akými problémami sa pri tom stretávajú. Popísali sme si aké bariéry vnímajú poskytovatelia na svojej strane a na strane systému starostlivosti. **Úloha poskytovateľov v procese starostlivosti je nesmierne dôležitá, no riešenie problémov nestojí len na nich, ale aj na klientoch samotných.** V nasledujúcej časti kapitoly sa teda budeme venovať klientom starostlivosti – dospelým a ich rodičom, ktorí majú v procese starostlivosti svoju vlastnú aktívnu rolu. Priblížime si **bariéry, ktoré vnímajú poskytovatelia na strane svojich klientov.**

Každý klient, či už dospelý alebo rodič, je osobnosť. Potrebuje svoj čas a priestor aby si s poskytovateľom vedel vytvoriť vyhovujúcu formu spolupráce a videl v tom zmysel. Závisí najmä na klientovi, nakoľko bude schopný sa otvoriť, ktoré informácie o sebe poskytne a ktoré nie. Z pohľadu poskytovateľov je ďalej dôležité aj to, aby boli klienti ochotní aktívne spolupracovať, chodiť na stretnutia, dodržiavať odporúčania a podieľať sa na stanovovaní a plnení cieľov. V opačnom prípade je podľa poskytovateľov spolupráca s takýmito klientmi problematická. Je samozrejme aj na šikovnosti poskytovateľov, nakoľko dokážu klientov naviesť na cestu spolupráce, ale kráčať po nej musia oni sami.

„Keď ten človek skutočne chce pracovať, on potom príde na to, kde je vlastne skutočný problém. [...] Ono, ako sa hovorí, že ten čas je veľmi dôležitý na to, aby klient dospel k

nejakému záveru, alebo k nejakému rozhodnutiu. A aj v tomto prípade, to je veľmi dôležité, nechať ten čas jednoducho plynúť a pracovať s tým klientom. Neprehovárať ho samozrejme, ale pracovať na tom.“

„Záleží aj od toho, akí sú ľudia. Keď sú takí, možno to nazvať tvrdohlavejší, alebo takí, ktorí nechcú vypustiť informácie zvnútra rodiny, tak týmto, aj keď sa snažíme pomôcť, oni si nepripúšťajú žiadne problémy, nechcú pomôcť. Nechcú vlastne aby sa im niekto miešal do ich vzťahov.“

„Ja odporúčam, navrhujem, ponúkam možnosti. Čo rodič využije a čo dieťa využije, tak je na nich.“

V očiach poskytovateľov je úspechom, ak klienti s ich pomocou dokážu pomenovať svoje potreby, stanoviť si ciele a ísť za nimi, pretože práve oni sú nositeľmi zmeny. **Ak klienti starostlivosť odmietajú, nespolupracujú alebo klamú, je to ťažko prekonateľná bariéra na ceste k úspechu.**

„Každá rodina je iná a sú rodiny, ktoré prídu a áno, uznajú nejaké veci, chcú pracovať, chcú niečo zmeniť a veľmi ochotne pristupujú na odporúčania niečo zmeniť v tom domácom režime. A sú rodiny, ktoré si vypočujú, ale nepokračujú v tom. No a sú rodiny absolútne neprístupné kontaktom. [...] Pretože v podstate tá nespolupracujúca rodina potom ako nehovorí celú pravdu, čo tam za tým je. Ťažko potom povedať. Oni vnímajú svet trochu po svojom – ináč. A naša snaha, pre nich je to skôr nejaký útok.“

Úspech sa dosahuje o to ťažšie, čím viac problémov klienti na svojich bedrách nesú. **Klienti so sociálne znevýhodneného prostredia s množstvom existenčných problémov**, popri ktorých sú emocionálne problémy a problémy v správaní sa dospievajúceho iba špičkou ľadovca, **potrebujú omnoho viac podpory a pomoci**. Všetky bariéry na strane klientov sa prekonávajú ľahšie, ak majú klienti **primerané kognitívne a verbálne schopnosti** (schopnosť uvažovať o sebe a o svete v súvislostiach, schopnosť sa o svojich úvahách s poskytovateľmi rozprávať a porozumieť ich odporúčaniam).

Bariéry na strane dospievajúcich

Niektoré bariéry na strane klientov, ktoré sme si popísali vyššie, sa týkajú tak dospievajúcich ako aj ich rodičov. V tejto časti sa budeme sústrediť na bariéry, ktoré sa týkajú samotných dospievajúcich a pokúsime sa priblížiť, ako ich vnímajú poskytovatelia. To, aká náročná bude práca poskytovateľa, závisí aj od toho, s akými problémami a z akého zázemia dospievajúci do starostlivosti vstupujú.

„A potom sú deti, s ktorými je ťažšia spolupráca. Ale nezávisí to od toho, či sa teda chcú alebo nechcú liečiť. Závisí to od toho, aký vážny je ich zdravotný stav. Keď sú tie ťažkosti menšie, tak samozrejme sa to aj lepšie upravuje.“

„To sociálne prostredie, v ktorom vyrastáme má veľký vplyv na nás. No a preto je to aj také veľmi náročné, táto práca v tom, že sa tie výsledky častokrát aj nedostavia. Keď to dieťa príde dajme tomu na pol roka a ono 14 rokov žilo v prostredí patologickom, tak to je veľmi

ťažko nejak to zmeniť.“

Dospievajúci môžu zo začiatku starostlivosť odmietajú, nerozumejú prečo by sa mali na nej zúčastňovať a nie sú motivovaní s poskytovateľom spolupracovať, búria sa. Poskytovatelia dokonca popísali aj prípady, keď sa dospievajúcim podarilo svojich rodičov od spolupráce odhovoriť. Pri starostlivosti pobytovou formou môže byť vytrhnutie dospievajúcich z ich prostredia, odlúčenie od rodiny či kamarátov bolestné. Viacerí poskytovatelia popisovali aj prípady, keď dospievajúci pri nástupe do zariadenia vlastne netušili, že tam ostávajú. Taká situácia je následne veľmi náročná tak pre dospievajúcich ako pre poskytovateľov.

„No a potom keď sa tu dostanú, tak častokrát majú ťažkosti adaptačné. Nestotožňujú sa s tým, že by tu mali byť a dlhšie trvá tá adaptácia. Ale potom sú tu deti, ktoré mali doma tak zlé a rozvrátené prostredie, že vyslovene boli radi keď tu prišli a užívali si akože, že tento pobyt. Že tu mali zabezpečenú stravu, spanie, hygienické potreby. Alebo aj deti, ktoré vlastne doma nemali rodičov, ktorí sa im venovali, tak potom tu sa im vždy niekto venuje.“

„Sú deti, ktoré dajme tomu, to vnímajú tak, že 'áno, bude to dobré, pomôže, budem fungovať, vyskúšam'. Sú deti, ktoré sú odmietavé 'Nechcem sem prísť. Zbytočne. Aj tak mi nepomôžete.' Sú deti, ktoré sú o tom, že budú hospitalizované, informované až vo vestibule. To mám najneradšej, keď vlastne rodič mi tak príde pošuškať 'Viete on nevie, nevie, že tu ostane, len mu povedzte vy, že tu ostane.' Tak to je skutočne výborné, lebo veľmi ťažko sa potom s takýmto dieťaťom spolupracuje.“

Z týchto a rôznych iných dôvodov, **dospievajúci často nespupracujú, starostlivosť odmietajú, či dokonca utekajú.** Potrebujú čas na to aby sa adaptovali na novú situáciu, zmierili sa s pobytom v zariadení, zvykli si na režim a vybudovali si k novému prostrediu a novým ľuďom vzťah. Odhliadnuc od formy starostlivosti, **motivácia dospievajúcich aktívne spolupracovať a podieľať sa na riešení svojich problémov je podľa poskytovateľov veľmi dôležitá.** Dospievajúci si potrebujú k poskytovateľom vytvoriť vzťah a dôverovať im, aby dokázali o svojich problémoch hovoriť. Potrebujú mať pocit kontroly nad tým, čo z toho, čo poskytovateľom povedia, budú poskytovatelia ďalej zdieľať napríklad s ich rodičmi. Z pohľadu poskytovateľov je dôležité aby dokázali formulovať svoje potreby a očakávania. **Ak odmietajú spolupracovať alebo zúčastňovať sa na aktivitách, je to bariéra** na ceste k úspechu, ktorú sa poskytovatelia snažia prekonávať. Niekedy sú však bariérou aj veci, ktoré poskytovatelia ovplyvniť nevedia.

„Ale potom je tu veľká časť týchto detí, ktoré sú nespupracujúci klienti. Čiže vlastne prídu, odsedia si tu, keď to tak poviem. No a veľmi sa s nimi nedá ísť do hĺbky, často sú aj nekritickí k sebe, nechcú si vôbec uznať, že možno aj majú nejaké pričinenie, že prečo sú tu. [...] Ja sa tu snažím hlavne s tými deťmi pracovať na tom, aby oni chceli tú zmenu nejak. Takže toto je veľmi ťažké.“

„Ja som mala takého depresívneho chlapca. On vyslovene, že keď to teda povieme rodičom, tak presne vedel aký nastane poplach, tak nechcel. Že on si to skúsi, že on sa bude teda so mnou stretávať, bude chodiť na sedenia, ale že keby sa nám to nedarilo, tak sme si dali teraz 5 sedení a potom že zapojíme aj otca.“

Ak má byť spolupráca medzi poskytovateľom a klientom efektívna, ich pravidelné stretnutia sú najmä zo začiatku veľmi potrebné a **vynechávanie stretnutí raz pre krúžky, raz pre chorobu alebo iné dôvody je podľa poskytovateľov bariérou**. Zosúladiť kalendár stretnutí s účasťou dospelujúceho na rôznych krúžkoch, športoch alebo iných mimoškolských aktivitách môže byť náročné.

„My máme stretnutia na začiatku, naozaj, keď treba, raz za týždeň. Ale zase, aj my máme plné kalendáre, tak niekedy sa to udeje raz za dva týždne. Do toho príde choroba dieťaťa, krúžok. S deťmi si zladiť termíny je asi najnáročnejšia vec. [...] A oni o tie krúžky nechcú prísť. Trebárs, že radi chodia na krúžky a potom im nechceme byť za trest.“

Konečné rozhodnutie o tom či a kedy sa starostlivosť realizuje nie je však na dospelujúcom, ale na jeho rodičovi, ktorý dospelujúceho v starostlivosti sprevádza. Rodičom a ich úlohu v procese starostlivosti sa budeme venovať v nasledujúcej časti.

Bariéry na strane rodičov

Ochota a schopnosť rodičov spolupracovať je z pohľadu poskytovateľov v procese starostlivosti pre jej úspešnosť kľúčová, pretože práve oni starostlivosť o dospelujúcich manažujú, sprevádzajú ich celým procesom a rozhodujú aj o jej trvaní a ukončení. V prvom rade ale treba povedať to, čo zdôrazňovali aj samotní poskytovatelia, a síce že **pozícia rodičov v situácii, keď majú ich deti problémy, je pre nich samotných veľmi náročná**. Poskytovatelia spolupracujú samozrejme aj s rodičmi, ktorí majú dobré zázemie, sú vnímaví, komunikatívni, motivovaní a spolupracujúci. Spolupráca je v tom prípade podľa poskytovateľov jednoduchšia. V nasledujúcej časti sa však budeme sústrediť skôr na bariéry alebo problémy, s ktorými sa poskytovatelia u rodičov stretávajú.

Prvá oblasť problémov súvisiacich s rodičmi, ktoré vytvárajú z pohľadu poskytovateľov bariéry pri poskytovaní starostlivosti, **sa týka sprostredkovania informácií medzi poskytovateľmi a rodičmi ako aj medzi poskytovateľmi navzájom**. Rodičia sú pre poskytovateľov dôležitým zdrojom informácií, na základe ktorých pátrajú po príčinách problémov, zostavujú rodinnú anamnézu a vyhodnocujú úspešnosť postupných krokov v procese starostlivosti. K tomu je potrebná otvorenosť a úprimnosť zo strany rodičov. **Poskytovatelia sa však podľa vlastných slov bežne stretávajú so zavádzaním až klamstvom, vyhýbaním sa a zatajovaním informácií**. Viacerí poskytovatelia uviedli ako dôvod, že sa niekedy rodičia obávajú, čo im o nich povie ich dieťa. Niektorí rodičia viac a niektorí menej, majú problém so zdieľaním citlivých informácií z vnútra rodiny s v podstate cudzími ľuďmi, ktorými poskytovatelia určite sú, minimálne do doby, kým sa im podarí získať si ich dôveru a nadviazať vzťah.

„Ten rodič, keď tuná príde riešiť ten daný problém, snaží sa vyzerat' v tom lepšom svetle ako funguje a reálne to je. To znamená, že sú to, nazvime to 'divadelné predstavenia', ktoré sa nezakladajú na pravde a hľadanie tej pravdy a tých dôvodov, ktoré k tomu viedli,

je takisto ťažké aj pre nás.“

„Nechcú púšťať svoje problémy vonku, aby nejakým tretím osobám hovorili o tom, že ako fungujú, aké majú problémy: ‘On je taký, ja som taký’. A to sú dosť veľké zábrany k tomu, aby sme my vedeli pracovať efektívnejšie, aby sme to mohli nejak zosúladiť aj v tej rodine.“

Ďalšie bariéry, ktoré poskytovatelia zmieňovali, súvisia s tým, že **bez súhlasu rodiča a bez toho, aby sprostredkoval všetky dôležité informácie medzi všetkými, ktorých sa problém a jeho riešenie týka (iný poskytovateľ alebo škola), má väčšina poskytovateľov zviazané ruky**. Väčšinu správ, napríklad o výsledkoch diagnostiky a spolupráce vrátane odporúčaní, dostávajú do rúk rodiča. Či už danú správu potrebuje škola alebo iný poskytovateľ, je len na rodičoch, či takúto správu odovzdajú alebo nie. Keďže **rodičia riadia do značnej miery tok informácií v procese starostlivosti**, poskytovatelia majú len málo kedy možnosť zdieľať informácie o svojich klientoch priamo so školou alebo medzi sebou. V rozhovoroch zaznieval tento problém veľmi často a poskytovateľmi je vnímaný ako podstatná bariéra na ceste k úspešnému riešeniu problémov.

„Vypracujeme správu, správa je určená špeciálnemu pedagógovi. Rodič to tam neodnesie, pretože nechce, aby škola vedela, že bola diagnostikovaná porucha autistického spektra, pretože sa bojí, že škola ho vylúči. A často krát sa to aj stáva. Takže ja to úplne chápem. Je to na rozhodnutí toho rodiča. Ale čas stále ukáže, že to dieťa tam ďalej fungovať nebude. Keď má isté veci, ktoré mu vadia, ktoré nezvláda, má afekty, stále ďalej bude len kritizované, kritizované, poznámky, rodičia budú predvolávaní. Čiže proste to ju dobehne. Ale rozhodnutie je na rodičovi.“

Ďalšia skupina problémov, ktorú poskytovatelia v rozhovoroch identifikovali, súvisí s tým, nakoľko sú **rodičia schopní a ochotní prijať názor poskytovateľov a riadiť sa ich odporúčaniami**. Rodičia dostávajú odporúčania rôzneho druhu (čo robiť, akého odborníka navštíviť, aký režim by bolo vhodné dodržiavať doma, v škole, koho je potrebné o čom informovať) a je len na nich, či sa nimi budú riadiť.

„Psychologické poradenstvo, také krátkodobé, ešte celkom niektorí prijímajú, keď chcú. Ja najradšej robím s tými, ktorí si to vyžadujú, lebo oni to chcú, sú motivovaní, robia. Ale sú aj takí, ktorí sú sem poslaní. Alebo rodič mi dá dieťa, že ‚no, tu máte, robte s ním niečo, lebo on je nenormálny‘. No a dieťa tam sedí a nevie, že prečo je nenormálne, alebo čo by malo zmeniť. Ale rodič to chce. Takže rodič ho tam donesie, pošle, dieťa tam sedí. A niekedy aj niečo zistíme, s čím by som naozaj mohla tomu dieťaťu pomôcť. Nie vždy je to to, čo rodič chce. Niekedy to dieťa potrebuje niečo úplne iné.“

Niektorí poskytovatelia sa sťažovali napríklad na nedostatočnú právomoc voči rodičom. **Za bezvýchodiskové považujú najmä prípady nespolupracujúcich rodičov, ktorých postoj a konanie sú v neprospech dospelievajúcich a bránia poskytovateľom v poskytovaní starostlivosti**. Poskytovatelia sa podľa vlastných slov neraz stretávajú s nesúladosť svojich zistení a odporúčaní s predstavami rodičov o tom, čo je vlastne problém a čo dospelievajúci potre-

bujú. Ak **rodičia nie sú ochotní prijať názor poskytovateľov a spoluzodpovednosť za riešenie situácie**, stáva sa, že systém starostlivosti opúšťajú alebo odchádzajú hľadať pochopenie či riešenie k inému poskytovateľovi a začína sa putovanie systémom starostlivosti.

„Bez súhlasu zákonného zástupcu, neurobíte nič. Nič. Ani nevybavíte hospitalizáciu, keď vám povie, že nepôjde nikam. Nič neurobíte. Keď mu dáte poukaz na neurologické vyšetrenie a nejde, neurobíte nič. Povie: ‘Tak nebol som ešte.’ A naliehate a naliehate, lebo dieťa má bolesti hlavy, chcete vylúčiť, že sa tam niečo iné deje, organické. ‘Nie ešte som nestihla.’ A nič nemôžem robiť.“

„Odporúčame im /*rodičom*/, aby vystúpili zo svojej komfortnej zóny, keď chceme niečo od nich, čo doteraz nikto od nich nechcel. A hlavne, keď majú problémové dieťa a my sa pýtame, že ako sa k tomu dieťaťu správajú, ako fungujú, a či fungujú zákazy a tresty. A tie také základné veci, základné rodičovské kompetencie. A keď to nefunguje, tak sa snažíme nejakým spôsobom to nastaviť, aby to tam fungovalo. A aj keď je dieťa, samozrejme, v prvom rade v odpore, pretože doteraz to nebolo a rodič, keď vidí prvýkrát, že chceme od neho niečo, s čím on nesúhlasí, ale musí urobiť nejaký krok. Tak veľmi často sú v odpore. No a keď sa nám ho nepodarí nejako zlomiť, tak rodič prestane úplne spolupracovať. Ne-dvíha telefón.“

Mnohí poskytovatelia vyjadrili presvedčenie, že problémy dospievajúcich väčšinou pramenia práve z rodinného prostredia, a zároveň je **pre rodičov ťažké priznať si svoj podiel viny na stave, v ktorom sa dospievajúci nachádzajú**. Okrem zlého socio-ekonomického zázemia, v ktorom rodičia nie sú schopní poskytnúť svojim deťom optimálne podmienky, **zlyhávajú často aj ich rodičovské zručnosti**.

„Hodne veľká je tam práca aj s tým dieťaťom. Keď si to dieťa dovolí tomu rodičovi potom povedať, čo naozaj cítilo, čo zažívalo, a to tiež už musí byť ten rodič pripravený. Lebo veľmi často ide do konfliktu, do odporu: ‘To nie je pravda, ja som to tak nerobil, ja som nekričal, ja som...’ Tak ako snažíme sa ho priviesť k tomu, že teda vypočujtie si to dieťa. [...] Nesportte sa s tým dieťaťom, počúvajte čo vám chce povedať, prijmite to, a môžete mu akurát povedať že: ‘Tak som si to neuvedomil, je mi to ľúto. Naozaj som nechcel, nemyslel som to tak, určite to nebolo proti tebe, nikdy by som ti nechcel ublížiť.’ Proste ubezpečte ho, že to nebolo na neho mierené, alebo proste takto cielené, ale nechodte do konfliktu, aby sme sa teraz začali hádať či som kričal, či som nekričal. Takže to je zase veľký kus práce toho rodiča na to pripraviť a je úžasné, keď to prebehne, keď to dieťa dokáže povedať a ten rodič to dokáže prijať. Začnú sa o tom baviť.“

„Druhá vec je, ktorých rodičov sa nám darí osloviť, ktorí na to reagujú, a ktorí prídu, mnohí aj opakovane, aká je ich motivácia. Čiže občas máme skupiny rodičov, ktorí fakt sú v existenčných problémoch a chápem, že pre tých sme možno na druhom mieste, že potrebujú iné veci riešiť a s nimi sa aj ťažšie spolupracuje.“

Rozpadnuté alebo nefunkčné rodinné vzťahy bývajú ďalšou častou príčinou samotného vzniku problémov u dospievajúcich a ak **rodičia nie sú ochotní na nich pracovať, je to z pohľadu poskytovateľov bariéra**. Poskytovatelia to vysvetľujú tak, že ťarcha z pocitov hanby a vlastného zlyhania, z neschopnosti zvládnuť situáciu vlastnými silami, či obavy zo stigmatizácie vedú často k tomu, že samotní **rodičia popierajú existenciu problému alebo sa stavajú**

do odporu. Odmietajú starostlivosť alebo jej konkrétne formy. Poskytovatelia často popisovali prípady rodičov, ktorí nakoniec starostlivosť odmietli, keď zistili, že riešene situácie si vyžaduje aj ich zapojenie, spoluprácu alebo že sú to práve oni, ktorí musia pracovať na sebe, svojich rodičovských zručnostiach a niečo zmeniť.

„A tam im povie dačo pani psychologička, čo sa im nepáči, tak idú o mesiac ku ďalšej. Tam nepriznajú, že boli tu. Prídu a stále čakajú na nejaký taký ‘Poterovský prútik’, že švihneme a dieťa sa nám zmení zo dňa na deň.“

Kvalita komunikácie a spolupráce medzi rodičmi a poskytovateľmi závisí podľa poskytovateľov aj od osobnosti rodiča. Situáciu značne sťažuje **ak má rodič sám psychiatrickú diagnózu. Patologické rodinné prostredie** si vyžaduje omnoho väčšiu investíciu do práce na všetkých frontoch.

„Lebo si myslím, že veľakrát sami rodičia majú problém so sebou. Majú existenčné problémy, kadejaké iné problémy, nevedia si sami so sebou poradiť a my zbytočne riešime dieťa, keď je v prostredí nevyrovnaných ľudí.“

Poskytovatelia asi najcitlivejšie vnímajú najmä prípady, keď sa rodičia o svojich dospievajúcich zjavne nezaujímajú, klamú im alebo sa ich dokonca chcú zbaviť. Podľa slov poskytovateľov sa jedná zväčša o závažnejšie prípady, keď **zlyháva rodinné prostredie a rodičia paralyzovaní vlastnými problémami nevidia lepšie riešenie, ako pokúsiť sa zodpovednosť za dieťa a jeho problémy presunúť na niekoho iného.**

„Teraz sme mali také deti, ktoré prišli a nebol to ani rodič, to bol nejaký rodinný príbuzný, kto ich doniesol. A on jasne povedal, že: ‘Ja ich domov nechcem’. A teraz motivujte deti, že by sa tu správal, že by sa tu zadaptoval a nakoniec neviete čo za to. Nie že ako odplata, že: ‘Keď sa budeš dobre správať, tak pôjdeš domov.’ Nepôjde domov, lebo nemá kde.“

No aj keď je rodinné prostredie priaznivejšie, môžu do procesu starostlivosti vstúpiť ďalšie faktory, ktoré poskytovatelia v rozhovoroch popisovali. Často zohráva úlohu aj **finančné hľadisko**, pretože nie všetky formy starostlivosti sú bezplatné a **pre mnohých rodičov je to záťaž, ktorú nechcú alebo si ju jednoducho nemôžu dovoliť.** Ďalšími bariérami, ktoré poskytovatelia spomínali boli napríklad **zdravotné problémy alebo pracovné povinnosti rodičov.** Tie bránia rodičom pravidelne sprevádzať dospievajúcich na stretnutia s poskytovateľmi.

/o terapii/ „Upozorním: ‘Raz za týždeň znamená, že budete musieť prísť 4-krát do mesiaca.’ Opäť upozorním, že to tým pádom bude stáť 100 eur. Že si uvedomujem, že je to vysoká položka. Vždycky ponúknem kolegov, ktorí sú na poisťovne. Lebo ja viem, že je to pre tých ľudí veľa peňazí.“

„A prečo nespolupracujú? Ťažko povedať no. Je to niekedy pre nich náročné, dajme tomu, že nie sú ani schopní to dodržiavať. Tak akože v tom reálnom prostredí majú ešte nejaké iné deti, majú ešte nejaké iné starosti, ešte majú problémy v zamestnaní, nemôžu sa uvoľniť zo zamestnania.“

Poskytovatelia často parafrázovali rodičov a upozorňovali, že si niekedy asi neuvedomujú, že ich požiadavka „opraviť, čo sa pokazilo“ si vyžaduje energiu, čas a trpezlivosť. Je to pravidelná a sústavná práca v napredovaní za stanovenými cieľmi. Práve **rodičia vyťaženi množstvom povinností však preferujú rýchle riešenia a očakávajú rýchle výsledky.**

/poskytovateľ parafrázuje rodiča/ „No, tak teraz mu dačo povedzte. Však on bere drogy [...] Nechodí domov večer. Vždycky prichádza po večierke tri hodiny, tak dačo s ním zrobte.‘ Za tri sedenia? A jak? No, tak za tri sedenia neurobíme nič. Minimálne 10 sedení. Potom si povieme takúto spoluprácu: ‘Trikrát prídete z toho aj vy.‘ Potrebujeme sa zoznámiť s mladým mužom. Oni ho donesú jak takú vec a vy s ním tu dačo, no.“

„A jak vidím, že ten rodič je v takej panike, že koľko veľa do toho bude musieť dať času a koľko energie, tak vtedy tam dávam termín. Akože aby mal nejaký pocit, že 10 sedení a vyhodnotíme si posun. [...] Sú to takí tí /rodičia/, aby rýchlo bol výsledok. [...] Takí naučení, že všetko je nejaké rýchle, alebo že dostanú ako keby hneď protihodnotu. To sú skôr takí tí dominantnejší rodičia.“

Niekedy sú ochotní venovať sa len najviditeľnejším problémom dospievajúcich, a keď tie pomínú, už nie sú motivovaní ísť do hĺbky a starostlivosť opúšťajú. V prípade starostlivosti pobytovou formou niekedy už jednoducho chcú mať svoje dieťa naspäť doma. Takéto **predčasné ukončenie starostlivosti však môže viesť aj k tomu, že sa o nejaký čas vrátia s rovnakými alebo dokonca väčšími problémami.**

Rodičia dospievajúcich s EBP majú v očiach poskytovateľov hneď niekoľko rolí. Bývajú zdrojom ich problémov, **sú sprostredkovateľom informácií a manažérom starostlivosti a väčšinou musia byť aj súčasťou riešení**, pretože oni sú tí, ktorí sú s dospievajúcimi v každodennom kontakte a vytvárajú pre nich zázemie, v ktorom dospievajúci žijú. Veľmi podobné postavenie má aj škola, ktorej sa budeme venovať v nasledujúcej časti kapitoly.

Bariéry na strane škôl vo vzťahu k poskytovanej starostlivosti

To, akú dôležitú úlohu má škola v živote dospievajúcich, pri ich vstupe do starostlivosti a pri riešení ich problémov sme si priblížili v Kapitole 3. **Bariéry v systéme starostlivosti týkajúce sa škôl často súvisia s nedostatkami v samotnom systéme školstva.** Venovať sa im komplexne by si ale vyžadovalo zvláštnu pozornosť. V tejto časti kapitoly sa budeme venovať len aspektom, ktoré z pohľadu poskytovateľov starostlivosti (medzi ktorými bolo zastúpených aj niekoľko zamestnancov škôl), priamo súvisia s riešením EBP dospievajúcich.

Schopnosti a kapacity škôl riešiť problémy na svojej pôde sú rôzne a závisia aj od personálneho zabezpečenia tej ktorej školy. Viacerí poskytovatelia vyjadrili presvedčenie, že školy, ktoré majú okrem učiteľov k dispozícii kvalitných odborníkov aj z iných oblastí, vedia lepšie pomôcť svojim žiakom s rôznymi problémami. Uplatnenie tu nachádza školský psychológ, špeciálny pedagóg aj sociálny pracovník. Školy, ktoré takýmto personálom nedisponujú,

môžu problémy svojich žiakov vnímať príúzkou a nie sú schopné efektívne naplňať popri vzdelávacej aj výchovnú funkciu, ktorá podľa mnohých poskytovateľov značne pokrívajú.

„Viem o nejakých deťoch, ktoré chodia napríklad na jednu nemenovanú strednú školu. Majú tam výbornú psychologičku, ktorá s nimi spolupracuje. Robí im aj sedenia, aj rodičom. Tým pádom nás ako keby škola od toho odbúrala. Nehlásia nám takéto veci. Čiže, oni si to poriešia v rámci školy. Tým, že to dieťa má ten vzťah s tým učiteľom, vie sa mu aj zdôveriť, vedia prísť na koreň.“

„Hoci sa to deje na pôde školy, stane sa to všetko počas vyučovania, koľkokrát sa ich opýtame, že: ‘Čo ste vy urobili?’, lebo podľa školského zákona, aj oni môžu určité kroky podniknúť, nejaké opatrenia. Tak oni dajú milión poznámok, potom dajú pokarhanie triednym učiteľom, pokarhanie riaditeľom školy, dovidenia. Nič viac. Občas sa stane, že pošlú na tú CPPS/*Centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie*/. Zhodou okolností sme nedávno riešili takýto problém. Lenže oni sa vôbec nezaoberajú tým, že vybudovať si nejaký dôverný vzťah s tým dieťaťom a prísť na koreň toho, že prečo.“

Na takýchto školách je **náročná pozícia učiteľov**. Tí podľa vlastných slov na pôde školy **ne majú priestor ani nástroje ako riešiť niektoré situácie**. **Vo vzdelávaní pedagógov totiž absentuje mnoho praktických vzdelávacích aktivít, pri ktorých by učitelia mohli nadobudnúť informácie a zručnosti potrebné k včasnej a správnej identifikácii emocionálnych problémov a problémov v správaní dospievajúcich a ich riešeniu**. Učitelia sa preto podľa vlastných slov, ani pri všetkej dobrej vôli, necítia byť kompetentní svojim žiakom pomôcť a vzdelávanie v tejto oblasti by uvítali.

„Tlačia nás učiteľov do vzdelávania, do neviem čoho. Ale urobiť také vzdelávanie, ktoré by naozaj učiteľovi pomohlo, ako pracovať s týmto dieťaťom. Lebo učitelia sú ochotní sa vzdelávať. Ja predsa nepôjdem každé štyri roky na vzdelávanie finančnej gramotnosti, keď to už raz mám za sebou a neposunie ma to nikde inde. Ale, skôr na také, kde sa naozaj stretávame s tými problémami a sme niekedy naozaj bezradní. Lebo, si človek nepomôže, keď dieťa hodí stoličku o stenu a utečie z triedy. [...] Aj prístup k tým deťom, napríklad s emocionálnymi poruchami. Ako reagovať v tých konkrétnych problémových situáciách, keď sa vyskytnú?“

No nie je to len o schopnostiach učiteľov. To, akým spôsobom je škola schopná podchytiť problémy u svojich žiakov, úzko súvisí aj so **záťažou, ktorá nedáva učiteľom priestor venovať niektorým žiakom špeciálnu pozornosť**. Viacerí učitelia aj poskytovatelia v rozhovoroch upozorňovali na to, že zvládnuť na školách aj v iných školských zariadeniach vyučovanie žiakov s rôznymi problémami alebo dokonca v rámci integrácie začleniť žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, je pri súčasných počtoch žiakov v triede nerealistické.

„Vzdelávanie nám de facto ešte stále nerieši ten problém, že má v triede 28 detí, alebo aj 25 a 10 detí je naozaj pomaličkých, slabučkých, z toho 5 naozaj má, povedzme, integráciu a potrebuje s nimi robiť podľa individuálneho vzdelávacieho programu a je na to v tej triede zakaždým ten pedagóg na danej hodine sám a má to ustáť? A má to zvládnuť? A tak ide z hodiny do hodiny, z triedy do triedy a všade je obdobná baňa.“

Učitelia na školách vnímajú rôzne problémy na strane rodičov totožné s tými, na ktoré sa v rozhovoroch popisovali poskytovatelia. **Rodičia niekedy nie sú ochotní so školou spolupracovať, zdieľať informácie, priznať problém a skúsiť ho riešiť.** Škola ale nemá možnosť si spoluprácu rodičov vymôcť, nech sú učitelia o potrebe venovať odbornú pozornosť problémom dospievajúcich akokoľvek presvedčení. Jednou z mála vecí, ktorú môže škola spraviť, je riešiť záškoláctvo svojich žiakov a to sa deje zväčša údajne len administratívne tak, že si škola splní svoju nahlasovaciu povinnosť.

„Lebo na všetko nám musí rodič dať súhlas. Ale ak rodič ide po svojej línii, pani doktorka, nejaká psychiatrička, alebo klinický psychológ, tak sa s nami nebude baviť. On nám tú správu nemusí poskytnúť. A čo je chyba, my ako škola nemáme, ani možnosť si tú správu vyžiadať. My nemáme mať prístup ako škola, ani k žiadnym odborným správam, k odborným posudkom, k ničomu proste. Je na dobrovoľnosti rodiča, že nám to odovzdá.“

„No, len... veľký problém sú rodičia. V tom zmysle, že buď nechcú poskytnúť tie spätné správy, alebo dokonca povedia, že na vyšetrenie máme ísť my, lebo s jeho dieťaťom nie je nič.“

Z výpovedí **poskytovateľov a učiteľov** je zjavné, že **ich vzájomná komunikácia a spolupráca nie je vždy ideálna**, čo neprispieva k efektívnosti procesu starostlivosti. Obe strany sa sťažujú na **chýbajúcu spätnú väzbu a obmedzenú alebo žiadnu komunikáciu**. To je vo väčšine prípadov spôsobené tým, čo sme uvádzali vyššie a síce, že všetkými informáciami a správami disponujú rodičia, ktorý by ich mohli sprostredkovať, no často kráť tak urobia. Škole podľa slov učiteľov chýba legálny spôsob aby si informácie týkajúce sa odporúčaní ohľadom dospievajúcich od poskytovateľov mohli priamo vyžiadať.

„Tu mne osobne, presne, chýba tá spätná väzba. Ja mám nejakého žiaka. S rodičom sa o tom porozprávam, máme nejaké problémy, navrhnem vyšetrenie. Keď rodič súhlasí, lebo musí najprv on súhlasiť. Keď on súhlasí, tak samozrejme sa vypíše žiadanka, on ide vo svojom voľnom čase s dieťaťom na vyšetrenie. Najprv klasicky psychologické vyšetrenie, potom špeciálnopedagogické vyšetrenie, keď ešte potrebujú títo odborníci, tak je nejaké lekárske vyšetrenie. Ja iba napíšem správu, ktorú ten rodič berie k špeciálnemu pedagógovi, kde ja píšem svoje vlastné pozorovania alebo skúsenosti s tým žiakom. Aké poruchy som u neho spozorovala alebo aké mám problémy. A ja nemám žiadnu spätnú väzbu. So mnou sa nikto nerozpráva zo žiadnej poradne.“

Niektorí poskytovatelia vyjadrili presvedčenie, že ich komunikácia s učiteľom závisí tiež od ich vzájomného rešpektu, osobnosti učiteľa a jeho motivácii podieľať sa na riešení problémov svojich žiakov. **Mnohí poskytovatelia vidia problém v nedostatočnej spolupráci a najmä implementácii ich odporúčaní zo strany škôl**, čo podľa nich bráni dosahovaniu cieľov v starostlivosti.

„Podľa mňa, hrozne veľa je o motivácii, že ako je ten učiteľ angažovaný, motivovaný, aký má záujem o tú svoju prácu a o tých žiakov a myslím si, že aj o tom, ako je ohodnotený za tú svoju aktivitu a nemyslím len finančné ohodnotenie.“

„Niekedy škola zavolá, že aký je problém, dajme tomu poviem konkrétne, čo s tým dieťaťom treba urobiť a oni sa rozhodnú, že dajú dieťaťu individuálne vzdelávanie raz týždenne dve hodiny a chodí takto do školy štyri roky. Čiže mohla som si ja rozprávať, mohol rozprávať psychológ, kdeko, mohli tam mať päť správ, aj tak si robili ako to im vyhovovalo.“

Niektorí poskytovatelia majú naopak dobré skúsenosti, a v rozhovoroch oceňovali prínos školského prostredia pri riešení problémov dospievajúcich. Podľa nich, ak majú učiteľia s dospievajúcimi dobrý vzťah, môžu byť pre nich zdrojom každodennej opory a motivácie, aj predĺženou rukou poskytovateľov v ich prirodzenom prostredí, ktorým škola je.

„Veľmi dôležité sú tie učiteľky. Aj ten náš jeden mal tú jednu učiteľku, ktorá bola prijímajúca, podporná, no a bola zároveň aj autoritou preňho, lebo ona bola tá, o ktorú sa mohol oprieť. Áno, úplne v klude.“

Čo s tým?

Poskytovatelia starostlivosti identifikovali spoločenský diskurz ako dôležitý faktor ovplyvňujúci skrze stigmatizáciu celú problematiku EBP dospievajúcich a ich riešenia v starostlivosti. Zhodli sa na tom, že ak sa má starostlivosť o dospievajúcich s takýmito problémami niekam posunúť, tak by mala byť nevyhnutnou súčasťou opatrení **práca s verejnou mienkou, informovanosťou verejnosti, medializácia témy a zmena spoločenského diskurzu.**

Nevyhnutná je však z pohľadu poskytovateľov aj **zmena vnímania dôležitosti tejto problematiky zákonodarnou a výkonnou mocou.** Poskytovatelia starostlivosti vnímajú **potrebu mnohých zmien v nastavení systému starostlivosti, ktorých cieľom by malo byť skvalitňovanie poskytovaných služieb.** Zmeny by podľa nich mali prichádzať zhora, mali by byť kryté adekvátnym financovaním a sprevádzané presnými metodickými pokynmi. Na základe svojich skúseností však apelujú na tvorcov politik, že **zmeny by mali byť v prvom rade v prospech klienta, postavené na reálnych možnostiach, podložené skúsenosťami odborníkov pracujúcich s klientmi v prvej línii a tvorené v rámci expertných skupín.** Potrebu zmeny je nutné pretaviť do **systémovej vízie zohľadňujúcej regionálne a kultúrne rozdiely v reálnych potrebách klientov aj poskytovateľov** a lobbovať za túto víziu ako spoločensky a politicky dôležitú tému.

Zmeny v organizácii a financovaní systému starostlivosti sú vnímané poskytovateľmi ako kľúčové pri riešení mnohých jeho nedostatkov ako sú nepriaznivé podmienky pre prácu, nedostatočné kapacity a s tým súvisiaca nadlimitná záťaž. Jednou z možností, ako znížiť záťaž poskytovateľov starostlivosti je **zníženie administratívnej záťaže odbúraním nadbytočnej byrokracie.** Dôležité je z pohľadu poskytovateľov aj **zabezpečenie primeraného a kontinuálneho financovania.** Poskytovatelia sa ďalej zhodujú, že **zníženie počtu klientov na jedného poskytovateľa** je nevyhnutným predpokladom skvalitňovania poskytovaných služieb. S tým súvisí **navýšenie tak inštitucionálnych ako aj personálnych kapacít.** Zároveň je potrebné

motivovať kvalitných odborníkov pre prácu v tejto oblasti, napríklad aj adekvátnejším finančným ohodnotením, ktoré by lepšie zodpovedalo náročnosti zodpovednej práce, ktorá sa od nich očakáva.

S kvalitou odborníkov pracujúcich v tejto oblasti úzko súvisí aj **vzdelávanie, odborný rast, metodické vedenie a supervízia**. Pre poskytovateľov je dôležité tak **zvyšovanie ich kvality ako aj ich dostupnosti**, vrátane tej finančnej. Ocenili by metodické orgány so zastúpením kvalitných odborníkov s praktickými skúsenosťami a vedomosťami, ktorí by boli zodpovední za **tvorbu dostatočne špecifických a konkrétnych metodických usmernení a pokynov umožňujúcich zjednotenie postupov**.

Inštitúcie a poskytovatelia starostlivosti nefungujú izolovane a veľká časť potrieb, ktoré identifikovali, sa týka oblasti ich vzťahov. **Ozdravenie vzájomných vzťahov by sa malo sústrediť na zlepšenie medzirezortnej spolupráce, sieťovanie, koordináciu a nastavenie lepšej komunikácie a zdieľania informácií medzi poskytovateľmi navzájom ako aj medzi poskytovateľmi a školami, aby sa poskytovatelia akceptovali, rešpektovali, spoločne postupovali a nerozhádzali sa v aplikačnej praxi**. Nápomocné by k tomu mohli byť napríklad medzirezortné konferencie či semináre.

Dôraz by mal byť kladený na **komplexnú starostlivosť**, ktorú by mal v ideálnom prípade zabezpečovať **zohratý multidisciplinárny tím pod jednou strechou, schopný komunikovať, zdieľať a efektívne spolupracovať v prospech klientov spôsobom, ktorý nie je stigmatizujúci a nevyvoláva v klientoch zmätok a nedôveru**. Školy aj poskytovatelia volajú po takýchto multidisciplinárnych tímoch **aj priamo na školách**. Tie by umožnili odľahčiť systém starostlivosti, priniesť starostlivosť bližšie k tým, ktorí ju potrebujú, zabezpečiť včasnú identifikáciu problémov ako aj včasnú intervenciu a starostlivosť v prirodzenom prostredí dospievajúcich.

Omnoho viac konkrétnych návrhov opatrení na zlepšenie systému starostlivosti o dospievajúcich s EBP sme však s poskytovateľmi starostlivosti identifikovali pomocou metódy Mapovania konceptov. Práve tým sa venuje nasledujúca Kapitola 6.

Zhrnutie

- Množstvo predsudkov týkajúcich sa EBP vedie ku stigmatizácii a nálepkovaniu
- Nevedomosť, strach, stigma a hanba prispievajú k popieraniu existencie problémov, čo bráni ich správnej a včasnej identifikácii a následnej včasnej intervencii
- Legislatívny a finančný rámec vplýva na kapacity a kompetencie poskytovateľov starostlivosti a ovplyvňuje aj mnohé nedostatky v systéme starostlivosti
- Nedostatok financií, špecializovaných zariadení, personálnych a materiálnych kapacít, či nedostatok času pre prácu s klientom spolu s byrokraciou spôsobujú u poskytovateľov záťaž a ovplyvňujú kvalitu a efektívnosť ich práce
- Nedostatočné vzdelávanie a metodické vedenie či nedostatok zmysluplných a finančne dostupných príležitostí na odborný rast neumožňujú poskytovateľom získavať potrebné spektrum vedomostí a zručností
- Pri spolupráci poskytovateľov z odlišných inštitúcií, dochádza k problémom pri koordinácii a výmene informácií a klienti sú vystavení negatívam viacnásobných vstupov rôznych poskytovateľov do ich rodinného prostredia a súkromia
- Manažovanie starostlivosti a sprostredkovanie informácií medzi poskytovateľmi je v kompetencii rodičov a takmer na všetko je potrebný ich súhlas
- Náročnosť práce poskytovateľa závisí nielen od toho, s akými problémami dospievajúci do starostlivosti vstupujú či zázemia, z ktorého prichádzajú, ale aj od motivácie všetkých zúčastnených aktívne sa podieľať na riešení problémov
- Bez vybudovania dôverného vzťahu medzi klientom a poskytovateľom je ich spolupráca problematická
- Prekážkou k poskytovaniu starostlivosti bývajú aj kognitívne a verbálne schopnosti klientov, alebo vzdialenosť, financie, či nedostatok času kvôli práci rodičov
- Mnohým školám chýbajú kompetencie, právomoci a odborníci na to, aby mohli problémy dospievajúcich riešiť na svojej pôde



Kapitola 6 - Možnosti vylepšenia v systéme starostlivosti o dospievajúcich s emocionálnymi problémami a problémami v správaní z pohľadu poskytovateľov starostlivosti

V snahe vylepšiť systém starostlivosti v prospech dospievajúcich s emocionálnymi problémami a problémami v správaní je nevyhnutné ho najskôr preskúmať, pochopiť jeho úskalia a bariéry. Je to však len prvý krok, pri ktorom by sa úsilie nemalo ukončiť. Ak sa chceme skutočne dopracovať k vylepšeniu systému, je nevyhnutné prísť s nejakými návrhmi. Ako však k takýmto návrhom dospieť? Akým spôsobom je možné prísť s rozumnými návrhmi, ak vieme, že neexistuje jedno unikátne, všeobecne aplikovateľné riešenie?

Čo bolo naším zámerom?

Na Slovensku sa v rôznych sférach verejného života čoraz častejšie objavuje kritika, že zlyhávajú najmä tie systémové opatrenia, ktoré prichádzajú „zhora“ a sú na míle vzdialené od praxe. Čiastočne sa s touto kritikou stotožňujeme a ako výskumníci pridávame, že je i vedecky dokázané, že opatrenia, ktoré prichádzajú „zdola“ a sú výsledkom zapojenia rôznych skupín ľudí, ktorých sa problém týka, majú omnoho väčšiu šancu na úspech a pozitívny dopad (Riege a Lindsay 2006, Monterrosa a kol. 2015). Je to najmä kvôli tomu, že ľudia z praxe majú ku klientom, v našom prípade k dospievajúcim s emocionálnymi problémami a problémami v správaní (ďalej len EBP), priamy prístup a majú väčší prehľad o každodennej praxi. Navyše, ak je do rozhodovania o vzniku, či hodnotení rôznych opatrení zapojené širšie spektrum ľudí, ktorých sa problém týka, vrátane samotných klientov, je väčšia šanca, že bude podchytené i širšie a rozmanitejšie spektrum pohľadov, názorov a skúseností.

V rámci tejto štúdie sme sa rozhodli použiť participatívny prístup, s ktorým máme dobré skúsenosti i z iných výskumných projektov a aplikovať ho pri tvorbe návrhov opatrení na zlepšenie systému starostlivosti o dospievajúcich s EBP. Naším zámerom bolo zmapovať idey a návrhy zástupcov rôznych inštitúcií a jednotlivcov, ktorí pracujú s našou cieľovou skupinou, keďže ide o ľudí v prvej línii, a teda v priamom kontakte s dospievajúcimi s EBP, ktorí sú takpovediac nositeľmi a vykonávateľmi systému starostlivosti. V ďalších fázach našej štúdie plánujeme zmapovať návrhy a idey aj rodinných príslušníkov, ako i samotných dospievajúcich s EBP.

Čo sme robili a ako sme postupovali?

Pri hľadaní možností na zlepšenie systému starostlivosti o dospelých s emocionálnymi problémami a problémami v správaní sme postupovali v súlade s najnovšími vedeckými poznatkami v oblasti **participatívneho prístupu**, na základe ktorých sme sa rozhodli použiť metódu **Mapovania konceptov** (z angl. Concept Mapping). Realizovali sme ho v šiestich jasne definovaných krokoch za pomoci zástupcov všetkých spolupracujúcich inštitúcií na úrovni riadenia, ako aj na úrovni pomáhajúcich profesionálov, ktorí priamo pracujú s cieľovou klientelou. Kľúčovým bolo pre nás hľadanie odpovedí na nasledovnú tzv. fokálnu otázku: „**Čo treba podľa Vás spraviť, aby sa zlepšil systém starostlivosti o dospelých s emocionálnymi problémami a problémami v správaní v ich prospech?**“ Detailný popis metódy je možné nájsť v Kapitole 2.

Mapovanie konceptov pozostáva zo 6 krokov:

- 1. brainstorming** – respondenti generujú nápady odpoveďami na tzv. fokálnu otázku
- 2. triedenie** – respondenti triedia vytvorené nápady do tematicky podobných skupín
- 3. hodnotenie** – respondenti hodnotia vytvorené nápady podľa vopred stanovených kritérií
- 4. analýza dát** – výskumníci pomocou štatistických metód dáta analyzujú a pripravia tzv. konceptové mapy
- 5. interpretácia dát** – výskumníci za pomoci respondentov interpretujú konceptové mapy

Čo sme zistili?

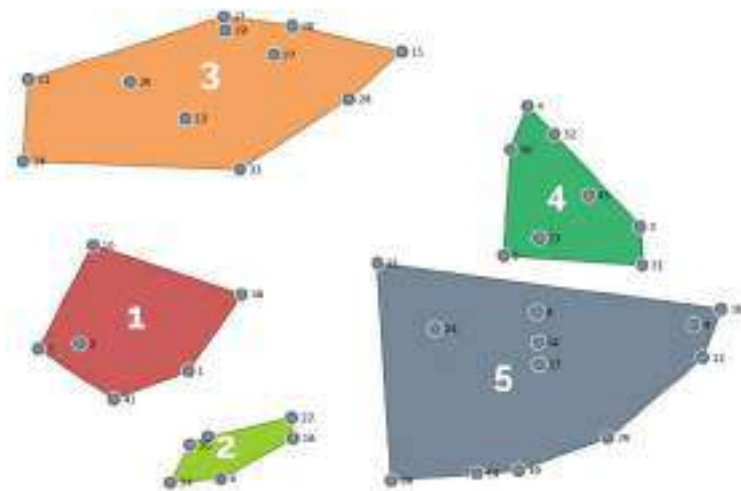
Dohromady bolo vytvorených **43 nápadov, resp. návrhov riešení, ako vylepšiť systém starostlivosti o dospelých s EBP**. Zoznam všetkých položiek možno nájsť na konci tejto kapitoly v Tabuľke 7. Na základe toho ako naši respondenti najčastejšie zoskupovali jednotlivé riešenia, nám napokon vzniklo 5 tematicky podobných skupín, tzv. klastrov (Tabuľka 6; Obrázok 24).

Tabuľka 6. Navrhované klastre a ich názvy

Klaster 1	Zvyšovanie kompetencií a možností/príležitostí poskytovateľov a inštitúcií v systéme starostlivosti
Klaster 2	Zmeny na úrovni školy a školského systému
Klaster 3	Podpora už existujúcich služieb zameraných na dieťa a rodinu
Klaster 4	Sprehľadnenie a sfunkčnenie systému starostlivosti na úrovni inštitúcií a verejnej správy
Klaster 5	Úprava a tvorba legislatívnych podmienok v systéme starostlivosti o deti s emocionálnymi problémami a problémami v správaní

Takéto zarámčovanie môže značne uľahčiť presné zacielenie jednotlivých intervencií, jasnejšie zadefinovanie ich nositeľov, vykonávateľov i užívateľov. V neposlednom rade je takáto vizuálna forma lepším a jednoduchším spôsobom pre prezentovanie a diskutovanie problematiky s rôznymi typmi publika (odborníci i laici).

Obrázok 24. Klastrová mapa zobrazujúca 5 skupín (klastrov) návrhov riešení týkajúcich sa vylepšenia systému starostlivosti o dospievajúcich s EBP



Ako čítať takúto mapu? Každý klaster je označený číslom od 1 do 5 (keďže je dohromady 5 klastrov). Body v klastroch predstavujú jednotlivé nápady (návrhy riešení). Každý klaster obsahuje tie návrhy riešení, ktoré takto poskytovatelia najčastejšie zoskupovali dohromady. Veľkosť klastra hovorí o veľkosti konceptu, a síce, čím väčší klaster, tým väčší koncept a širšia téma. A súčasne, čím sú jednotlivé klastre bližšie k sebe, tým viac sú jednotlivé koncepty,

resp. témy prepojené (tým častejšie ich spájali dohromady aj poskytovatelia), a naopak. Tvar klastrov nehrá v tomto prípade žiadnu rolu. Jednotlivé klastre obsahujú tieto položky/témy:

Klaster 1. Zvyšovanie kompetencií a možností/príležitostí poskytovateľov a inštitúcií v systéme starostlivosti:

1 vytvoriť odborný tím - školský psychológ, sociálny pedagóg, špeciálny pedagóg, školský sociálny pracovník, ktorý je kmeňovým zamestnancom poradenského zariadenia, aby mal potrebné kompetencie (podľa potrieb danej školy)

2 zavedenie služby - individuálna supervízia, bálintovské skupiny, psychoterapia ako prevenciu vyhorenia

7 rozvoj zručností a supervízia odborníkov a pedagogicko-odborných pracovníkov pre prácu s deťmi s emocionálnymi problémami a problémami v správaní

10 vytvoriť efektívny skríningový nástroj pre emocionálne problémy a problémy v správaní u detí a adolescentov (včasná zachytenie problému - učiteľ, psychológ, výchovný poradca, školský špeciálny pedagóg)

38 vytvoriť funkčné metodologické centrum pre diagnostiku poradenskej práce (psychológ, špeciálny pedagóg) a unifikovanú štruktúru diagnostiky

41 skvalitniť systém praxe so zapojením subjektov v starostlivosti (duálne vzdelávanie)

Klaster 2. Zmeny na úrovni školy a školského systému:

6 zavedenie integratívnej pedagogiky do budúceho vzdelávania všetkých pedagogicko-odborných pracovníkov

16 zväčšiť kompetencie špeciálneho pedagóga - aby bol rešpektovaný školou

22 zavedenie pozície pedagogický mediátor - ktorý by mal zabezpečovať komunikáciu medzi rodinou, CPPPaP a školou

25 vytvoriť motivovaný a finančne ohodnotený pedagogický tím na škole so zníženým pedagogickým úväzkom (výchovný poradca, koordinátor prevencie, pedagogický mediátor)

34 zmena spôsobu vzdelávania učiteľov - pregraduálne

35 znížiť počet detí v triede v závislosti od počtu integrovaných žiakov

Klaster 3. Podpora už existujúcich služieb zameraných na dieťa a rodinu:

11 vzdelávanie rodičov o emocionálnych problémoch a problémoch v správaní + informačné letáky, brožúry + edukácia rodičov o vývinových míľnikoch, faktoroch ktoré môžu pôsobiť na zdravý vývin

13 vytvorenie denných psychiatrických stacionárov pre deti

14 podporiť úlohu pediatra ako sprostredkovateľa - brožúra, zoznam kontaktov, v rámci preventívnych prehliadok krátky dotazník o emocionálnych problémoch a problémoch v správaní u detí a adolescentov

15 mediálna kampaň - detabuizovanie témy

17 ponuka dlhodobého sprevádzania v systéme služieb

20 zapojiť dieťa do rozhodovania o starostlivosti

27 navýšiť a podporiť aktivity materských a komunitných centier (prevencia, edukácia, besedy s cieľom zachytiť včasné problémy)

28 podpora terénnej služby (priniesť službu ku klientom v prípade, že to rodina nemá kapacitu vyhľadať)

29 pracovať komplexne s rodinou (napr. v rámci centier pre deti a rodinu)

33 vytvoriť podporný systém, servis pre zasiahnuté skupiny- učiteľov, rodinu, komunitu, pre žiadateľov (koučovanie učiteľa, rodiča)

40 vytvoriť proaktívny participatívny nástroj na zapojenie rodiča do riešenia problému dieťaťa

Klaster 4. Sprehľadnenie a sfunkčnenie systému starostlivosti na úrovni inštitúcií a verejnej správy:

3 jasne zadefinovanie cieľových skupín a kompetencií pomáhajúcich organizácií

4 vytvoriť funkčný a udržateľný informačný systém (na jednom mieste informácie o poskytovaných službách, zmenách, kontakty) (tvorba jednotného systému, kt. by uľahčil prístup rodiča k starostlivosti, manaúal, sumár kontaktov a možností (stránka, web) - kontakt, krátky popis starostlivosti, typy starostlivosti)

5 multidisciplinárne pracovné skupiny na úrovni okresov, stretnutia aspoň 2x roka , a aspoň raz ročne za účasti legislatívco

23 oddeliť pomáhajúcu a represívnu zložku v inštitúciách

30 komplexné služby pod "jednou strechou" - multidisciplinárne tímy

31 zabezpečiť kontinuitu projektov financovaných zo štátneho rozpočtu

32 vytvoriť rámce pre paralelné poskytovanie služieb v sieti, sieťovanie

43 vytvoriť informačný systém o klientoch s ošetrením toho, kto do systému informácie vkladá, kto ich vidí a kto ich spravuje a vyhodnocuje, aby sa predišlo stigmatizácii

Klaster 5. Úprava a tvorba legislatívnych podmienok v systéme starostlivosti o dospelujúcich s EBP:

8 navýšiť personálnu kapacitu inštitúciách pomáhajúcich profesií a skrátenie čakacej doby

9 legislatívne zmeny - upraviť kompetencie organizácií na zdieľanie /získavanie informácií o klientovi

12 legislatívne upraviť povinnosť obce vo vybraných prípadoch, aby obce využili svoje kompetencie pre podporu detí a dospelujúcich s emocionálnymi problémami a problémami v správaní

18 vytvorenie legislatívneho rámca pre vytvárania medzirezortných multidisciplinárnych tímov - konziliárnych skupín na riešenie jednotlivých prípadov

19 zmena školského systému vzdelávania ako takého

21 zavedenie sociálnych pracovníkov do poradenských centier

24 flexibilný pracovný čas pre pomáhajúce profesie - možnosť prispôbiť sa klientom

26 úprava legislatívneho rámca pre poradenského špeciálneho pedagóga (skrátenie 5 ročnej povinnej praxe)

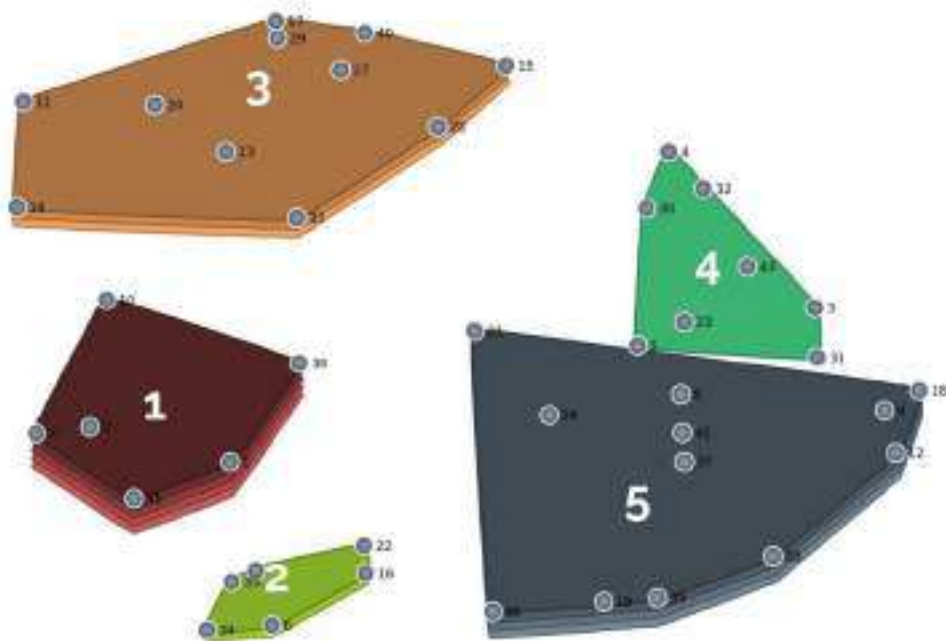
36 kvalifikačné predpoklady asistentov legislatívne podchytené v zákone a tréning asistentov

37 zlepšiť implementáciu existujúcich opatrení (psychologické a špeciálno-pedagogické)

39 úprava legislatívy pre kompetencie školy v riešení krízových špeciálnych situácií (útok, alkohol, ohrozenie života/zdravia) + plány postupu

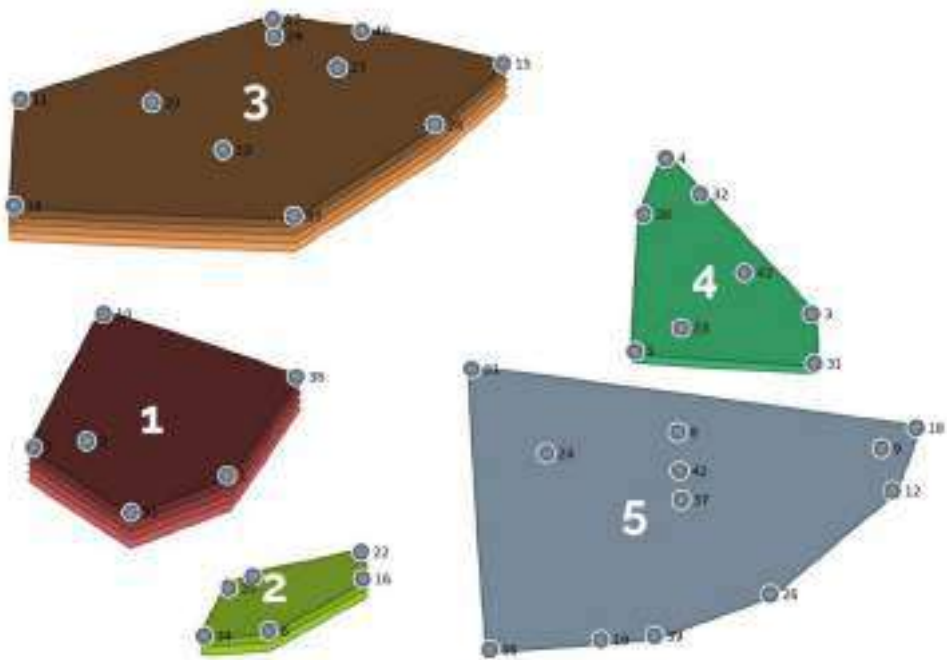
42 zaradiť pomáhajúce profesie medzi rizikové povolanie s prislúchajúcimi benefítmi

Obrázok 25. Klastrová mapa zobrazujúca 5 skupín (klastrov) návrhov riešení týkajúcich sa vylepšenia systému starostlivosti o dospievajúcich s EBP z pohľadu naliehavosti



Táto mapa je podobná ako predchádzajúca, avšak **obohatená o faktor naliehavosti** (Obrázok 25). Dovoľuje nám už na prvý pohľad vidieť, v ktorom klasteri sú položky (návrhy riešení), ktoré poskytovatelia najčastejšie hodnotili ako veľmi naliehavé. Je to klaster, ktorý má najviac vrstiev, v našom prípade klaster číslo 1 - Zvyšovanie kompetencií a možností/príležitostí poskytovateľov a inštitúcií v systéme starostlivosti. Naopak, klaster, ktorý má najmenej vrstiev môžeme hodnotiť ako najmenej naliehavý (z pohľadu poskytovateľov), v našom prípade je to klaster číslo 4 - Sprehľadnenie a sfunkčnenie systému starostlivosti na úrovni inštitúcií a verejnej správy. Je dôležité poznamenať, že poskytovatelia hodnotili relatívnu naliehavosť, a teda naliehavosť vo vzťahu k ostatným položkám (návrhom riešení). To teda neznamená, že klaster 4 nie je naliehavý, avšak je menej naliehavý ako ostatné klastre.

Obrázok 26. Klastrová mapa zobrazujúca 5 skupín (klastrov) návrhov riešení týkajúcich sa vylepšenia systému starostlivosti o dospelých s EBP z pohľadu uskutočniteľnosti



Z tejto mapy (Obrázok 26) možno vyčítať, ktorý klastor obsahuje položky (návrhy riešení), ktoré hodnotili poskytovatelia ako **najviac uskutočniteľné**. Už na prvý pohľad vidno, že je to klastor číslo 1 - Zvyšovanie kompetencií a možností/príležitostí poskytovateľov a inštitúcií v systéme starostlivosti. Naopak, za najmenej uskutočniteľné považujú respondenti položky, ktoré sú v klastri číslo 5 - Úprava a tvorba legislatívnych podmienok v systéme starostlivosti o dospelých s EBP. Opäť treba poznamenať, že išlo o hodnotenie relatívnej uskutočniteľnosti, teda vo vzťahu k ostatným položkám (návrhom riešení).

Obrázok 27. Go-Zone mapa zobrazujúca všetky návrhy riešení, týkajúcich sa vylepšenia systému starostlivosti o dospievajúcich s EBP, súčasne z pohľadu naliehavosti i uskutočniteľnosti



Táto mapa (Obrázok 27) nám pomáha pozrieť sa na každý návrh riešenia z **pohľadu naliehavosti a uskutočniteľnosti súčasne**. Znamená to, že nás vie okamžite navigovať k tomu, s ktorými návrhmi riešení by sme sa mali zapodievať najskôr. Podľa teórie sú to tie, ktoré sa nachádzajú v pravom hornom rohu (kvadrante), ktorý nazývame „Go-Zone“. Ako čítať túto mapu? Vodorovná os predstavuje naliehavosť a horizontálna os uskutočniteľnosť. Teda, čím viac vpravo, tým majú jednotlivé položky vyššiu hodnotu naliehavosti a čím viac hore, tým majú jednotlivé položky vyššiu hodnotu uskutočniteľnosti. Z tohto pohľadu naša „Go-Zone“ (zelená plocha) zoskupuje položky, ktoré boli hodnotené ako najviac naliehavé, ale súčasne i najviac uskutočniteľné. Išlo o tieto návrhy riešení:

1 - vytvoriť odborný tím - školský psychológ, sociálny pedagóg, špeciálny pedagóg, školský sociálny pracovník, ktorý je kmeňovým zamestnancom poradenského zariadenia, aby mal potrebné kompetencie (podľa potrieb danej školy)

2 - zavedenie služby - individuálna supervízia, bálintovské skupiny, psychoterapia ako prevenciu vyhorenia

7 - rozvoj zručností a supervízia odborníkov a pedagogicko-odborných pracovníkov pre prácu s deťmi a dospievajúcich s emocionálnymi problémami a problémami v správaní

10 - vytvoriť efektívny skriningový nástroj pre emocionálne problémy a problémy v správaní u detí a dospievajúcich (včasný záchytenie problému - učiteľ, psychológ, výchovný poradca, školský špeciálny pedagóg)

11 - vzdelávanie rodičov o emocionálnych problémoch a problémoch v správaní u detí a adolescentov + informačné letáky, brožúrky + edukácia rodičov o vývinových milníkoch, faktoroch ktoré môžu pôsobiť na zdravý vývin

15 - mediálna kampaň - detabuizovanie témy

28 - podpora terénnej služby (priniesť službu ku klientom v prípade, že to rodina nemá kapacitu vyhľadať)

29 - pracovať komplexne s rodinou (napr. v rámci centier pre deti a rodinu)

37 - zlepšiť implementáciu existujúcich opatrení (psychologické a špeciálno-pedagogické)

39 - úprava legislatívy pre kompetencie školy v riešení krízových špeciálnych situácií

Aké sú možnosti vylepšenia v systéme starostlivosti o dospievajúcich s EBP z pohľadu poskytovateľov starostlivosti?

Ako bolo spomenuté v Kapitole 2, výsledky analýz sme prezentovali poskytovateľom a spolu s ich pomocou sme ich interpretovali. V nasledujúcom texte prinášame výsledky tejto diskusie týkajúce sa interpretácie návrhov v Go-Zone mape (položky 1, 2, 7, 10, 11, 15, 28, 29, 37, 39). Išlo o položky, ktoré boli hodnotené ako najviac naliehavé, ale súčasne i najviac uskutočniteľné.

Položka 1. Vytvorenie multidisciplinárnych tímov na školách, ktoré to potrebujú

Poskytovatelia v rámci diskusie na interpretačnom stretnutí uviedli, že jednou z priorit v rámci snahy o vylepšenie systému starostlivosti o dospievajúcich s EBP je umožnenie vytvorenia odborných multidisciplinárnych tímov (zložených zo školských psychologov, sociálnych pedagógov, špeciálnych pedagógov a školských sociálnych pracovníkov) na školách, ktoré to potrebujú.

Poskytovatelia ďalej uviedli, že by malo ísť o odborníkov, ktorí by boli kmeňovými zamestnancami CPPPaP a/alebo ČŠPP (ďalej len poradenské zariadenia), aby mali potrebné kompetencie, avšak s miestom výkonu práce na konkrétnej škole. Uvedení odborníci by mali podľa poskytovateľov samozrejme mať jasne zadefinované kvalifikačné predpoklady, vrátane procesuálnych štandardov pre výkon svojej práce. Ako ďalej uviedli, súčasne pri implementácii takéhoto opatrenia je nevyhnutné rátať s istým časovým priestorom pre zastabilizovanie takéhoto tímu na škole.

Podľa poskytovateľov je nevyhnutné poznamenať, že plošné riešenia bez rešpektovania konkrétneho kontextu by mohli byť v tomto prípade neefektívne. Toto opatrenie by malo plne reflektovať kontext a potreby danej školy, a síce nie je nevyhnutnosťou, aby na každej škole pôsobili všetky vyššie spomenuté profesie. Zloženie odborného tímu by malo byť, podľa poskytovateľov, plne v súlade s potrebami danej školy (niekde napr. potrebujú sociálneho pracovníka, inde nie). Kľúčové by bolo v tomto prípade optimálne zabezpečenie výchovno-vzdelávacích potrieb žiakov školy a žiadostí riaditeľa/riaditeľky školy s konkrétnou požiadavkou na zloženie multidisciplinárneho odborného tímu zamestnancov, ktorý by v prípade potreby spolupracoval s poradenským zariadením v územnej pôsobnosti školy.

Na interpretačnom stretnutí bolo ďalej spomenuté, že takýto odborný tím je na školách vysoko potrebný, ale je nevyhnutné, aby šlo o odborníkov s praxou, požadovaným vzdelaním a so 100%-ným úväzkom a miestom výkonu len na jednej konkrétnej škole. Podľa poskytovateľov skúsenosti ukazujú, že rotovanie odborníkov medzi viacerými školami so sebou prináša aj riziká: nízky efekt ich práce v dôsledku širokého okruhu detí, rodičov a pedagógov v ich starostlivosti a z toho vyplývajúce obmedzenia, aby mohli poznať a riešiť ich problémy hlbšie. Zároveň sa objavujú situácie, kedy odborný zamestnanec školy nie je v čase potreby poskytnutia krátkodobej intenzívnej intervencie žiakom dostupný (z dôvodu pôsobenia na viacerých školách paralelne). Súčasne so sebou takáto rotácia, podľa poskytovateľov, prináša aj vysokú mieru fluktuácie kvôli nízkemu finančnému ohodnoteniu z dôvodu čiastočného úväzku. Vyššie spomenutým opatrením by sa, podľa poskytovateľov, zamedzilo nadmernej fluktuácii, keďže plný úväzok by bol motivačný i finančne. Súčasne by sa tak vytvorilo pre týchto odborníkov stabilné pracovné prostredie, v ktorom môžu venovať svoju celú kapacitu a plnú pozornosť len žiakom na jednej konkrétnej škole.

Pomáhajúcimi profesiami

myslíme všetkých profesionálov, ktorí s deťmi a dospelými s emocionálnymi problémami a problémami v správaní pracujú a ktorí im pomáhajú.

Ide o špeciálnych pedagógov, psychológov, školských psychológov, pedopsychiatrov a sociálnych pracovníkov.

Pedagogickými zamestnancami

mám na mysli učiteľov, výchovných poradcov a špeciálnych pedagógov, ktorí sú priamo na školách.

V rámci diskusie zaznelo i to, že pre uskutočnenie takéhoto modelu, kedy odborní zamestnanci multidisciplinárneho tímu školy sú zamestnancami poradenských zariadení je nevyhnutná úprava legislatívy o odborných a pedagogických zamestnancoch (§138). Súčasne je, podľa poskytovateľov, nevyhnutné navýšenie finančných prostriedkov cez katalóg pracovných miest, a to cez Ministerstvo školstva, ktoré poradenské centrá (ako potenciálnych zamestnávateľov tohto odborného tímu) legislatívne zastrešuje, alebo cez Ministerstvo vnútra, ktoré je zriaďovateľom poradenských zariadení. Organizáciu a implementáciu tohto opatrenia by, podľa poskytovateľov, mohli prevziať Okresné úrady, odbory školstva ako zriaďovatelia, spolu s VÚDPaP ako metodickým garantom poradenských zariadení.

Položka 2. Starostlivosť o pomáhajúce profesie a pedagogických zamestnancov s cieľom predísť ich vyhoreniu

Nemenej dôležitým opatrením je na základe analýz aj dôraz na starostlivosť o pomáhajúce profesie a pedagogických zamestnancov, s cieľom predísť ich vyhoreniu formou supervízií, koučingu, bálintovských skupín, či psychoterapií. Ako uviedli poskytovatelia k tejto položke na interpretačnom stretnutí, dôležitým predpokladom pre poskytnutie kvalitnej a funkčnej starostlivosti pre dospelých s EBP sú spokojní a motivovaní zamestnanci v pomáhajúcich profesiách, i na školách. Starostlivosť o dospelých s EBP je však v každom ohľade náročným poslaním a nezriedka dochádza k vyhoreniu tých, ktorí svoj život týmto deťom zasvätia. Ako však bolo spomenuté vyššie, existuje niekoľko možností ako predísť, resp. eliminovať riziko vyhorenia v pomáhajúcich profesiách, ako i u pedagogických zamestnancov na školách.

V rámci interpretačného stretnutia poskytovatelia ako prevenciu vyhorenia najčastejšie spomínali možnosť supervízie a koučingu. Ako ďalej poznamenali, možnosť supervízie, či koučingu (ako prevencie vyhorenia, či pomoc pri vyhorení) je bežnou praxou u klinických psychológov a u sociálnych pracovníkov, kde zamestnávateľ svojim zamestnancom supervíziu zabezpečuje a sprostredkováva. Podľa poskytovateľov by však takéto supervízie boli nemenej osožné i u zdravotníckych pracovníkov, ako napr. detských psychiatrov, ale aj učiteľov, ktorí pracujú s dospelými s EBP. Ako uviedli ďalej, jednou z možností ako toto opatrenie priblížiť napr. učiteľom by bolo oficiálne zahrnutie supervízií (ako prevencie vyhorenia) do databázy vzdelávania na jednom z pravidelných stretnutí zástupcov Ministerstva školstva a zriaďovateľov (magistrát, VÚC).

Ako uvádzali poskytovatelia, skúsenosť ukazuje, že možnosť (akejkol'vek, nie len preventívnej, ale i vzdelávacej) supervízie je plne v kompetencii zamestnávateľa a jeho postoj k tejto problematike do značnej miery ovplyvňuje, (dostupnosť poskytovateľov supervízie, finančné možnosti pracoviska ako aj záujem pracoviska) či daná organizácia túto možnosť ponúka alebo nie. Ako ďalej uviedli, nie vždy však ide o manažérov uvedomujúcich si dôležitosť tohto opatrenia. Poskytovatelia sa však domnievali, že v prípade pomáhajúcich profesií, ako i pedagogických zamestnancov by každý zamestnávateľ mal v prvom rade zabezpečiť informovanosť svojich zamestnancov o tejto možnosti. Následne by mal umožniť, sprostredkovať i financovať supervíziu svojich zamestnancov, ako pravidelnú a neodkladnú činnosť na podporu profesionálnych ako aj ľudských kompetencií svojich zamestnancov. Súčasne by mala byť supervízia používaná ako preventívny prvok, nie až v prípade, ak už problém nastal. Každá pomáhajúca inštitúcia, i škola by mala mať supervízie, či koučing zakomponované v rámci svojej stratégie rozvoja inštitúcie s vopred vyčlenenými finančnými prostriedkami

v rámci svojho rozpočtu. V neposlednom rade je podľa poskytovateľov nevyhnutné prehodnotiť frekvenciu supervízií a síce v prípade potreby umožniť supervízie i viac ako raz ročne.

Podľa poskytovateľov je však nevyhnutné poznamenať, že efekt tohto opatrenia bude pravdepodobne najvyšší, ak sa ponechá právo každej inštitúcii (po dohode s jej zamestnancami) individuálne určiť, či takéto opatrenie potrebuje, resp. ak áno, tak s akým cieľom, v akom rozsahu, či skupinovo alebo individuálne, ap. Ako ďalej poskytovatelia uviedli, v praxi sa to zvykne robiť prostredníctvom tzv. auditu potrieb, ktorý pomáha stanoviť potrebu, cieľ a druh supervízie. Výraznou pomocou pri implementácii tohto opatrenia by ich z pohľadu bolo i zavedenie katalógu supervíznych ponúk pod gesciou VÚDPaP, kde by mal každý zamestnávateľ (v prípade pomáhajúcich profesií a pedagogických a odborných zamestnancov) možnosť vybrať supervíziu, ktorá najviac zodpovedá/korešponduje s potrebám jeho zamestnancov. Ponuku takýchto podporných supervízií ako prevencií vyhorenia by mohli vytvárať inštitúcie riadené Ministerstvom školstva (univerzity, vysoké školy, MPC, ap.) ako i súkromní poskytovatelia.

Položka 3. Rozvoj zručností pomáhajúcich profesií a pedagogických zamestnancov pre prácu s dospievajúcimi s emocionálnymi problémami a problémami v správaní

Ďalším z opatrení pre zlepšenie starostlivosti o dospievajúcich s EBP je, ako je možné vidieť v Go-zone mape, vytvorenie priestoru pre rozvoj zručností a kompetencií pre pomáhajúce profesie a pedagogických zamestnancov, potrebných pre prácu s dospievajúcimi s EBP, ktoré reflektujú ich aktuálne potreby (môže ísť o genderové otázky, otázky týkajúce sa sociálnych sietí, používania nových návykových látok, ap.).

Ako k tejto položke uviedli na interpretačnom stretnutí poskytovatelia, takýto rozvoj je možné zabezpečiť taktiež formou supervízií, ktoré sme spomínali vyššie v texte. I v tomto prípade platí, že postoj zamestnávateľa k tejto téme do značnej miery ovplyvňuje, či pomáhajúce profesie alebo pedagogickí/odborní zamestnanci majú možnosť sa ďalej rozvíjať. Podľa poskytovateľov je nevyhnutné, aby sa na základe §138, v rámci plánu profesijného rozvoja zabezpečilo, aby každý zamestnávateľ (pre pomáhajúce profesie či pedagogických/odborných pracovníkov) zaistil možnosť i financovanie dodatočného vzdelávania (aj v oblasti emocionálnych problémov a problémov v správaní) a to jej zakotvením v internej smernici danej organizácie. Pričom, pri výbere konkrétnych školiteľov by sa mal zamestnávateľ, podľa vyjadreného názoru poskytovateľov, spoliehať na svojich zamestnancov, ktorí si dokážu zdefinovať v tomto smere svoje potreby a požiadavky vo vzťahu k svojej práci. Pokiaľ ide o pedagogických pracovníkov, je podľa poskytovateľov nevyhnutné zväziť ponuku kurzov a preplácanie kreditov nielen za školenia, ktoré súvisia s ich aprobáciou, ale i za ško-

lenia súvisiace napr. s EBP, či súvisiace so zvládaním krízových situácií na školách. Poskytovatelia taktiež poznamenali, že je súčasne potrebné zvážiť možnosť zavedenia pohyblivej zložky platu pre učiteľov, cez ktorú by bola možnosť ich k absolvovaniu takýchto školení motivovať.

Nemenej dôležité je z pohľadu poskytovateľov prehodnotenie kvality ponúkaných školení a kurzov. Jedným z riešení tejto situácie je napr. vytvorenie databázy overených poskytovateľov vzdelávacích kurzov na VÚDPaP. Poskytovatelia sa však domnievali, že je nevyhnutné, aby bol pri ponuke vzdelávacích kurzov otvorený trh, čo by mohlo zabezpečiť čo najširšiu ponuku, pričom súkromní poskytovatelia takýchto kurzov by mali možnosť sa odprezentovať napr. na rôznych veľtrhoch. V rámci interpretačného stretnutia poskytovatelia naznačili, že v tomto ohľade nevie kvalitu v skutočnosti garantovať žiadna akreditácia a je asi rozumnejšie ju ponechať prirodzenej selekcii (kvalitní lektori budú dopytovaní viac).

Položka 4. Vytvorenie efektívneho skríningového nástroja pre emocionálne problémy a problémy v správaní u dospievajúcich

Cieľom tohto opatrenia je podľa poskytovateľov vytvoriť akýsi manuál zrozumiteľne popisujúci EBP u dospievajúcich, vrátane prejavov a príznakov, ako i navrhovaného postupu riešenia pre rodičov, spolu so zoznamom inštitúcií (vrátane popisu ich postupov), na ktoré je možné sa obrátiť. Účelom tohto nástroja je, z pohľadu poskytovateľov, včasné zachytenie problému a mal by slúžiť najmä pre učiteľov, školských psychológov, výchovných poradcov, školských špeciálnych pedagógov, či terénnych pracovníkov. Týmto môže jednak napovedať o existencii rizika EBP u dospievajúcich, taktiež im môže pomôcť toto riziko komunikovať rodičom a následne ich navigovať v ďalšom postupe.

Ako ďalej poskytovatelia uviedli, iniciátormi vývoja tohto nástroja by mali byť teoretici/akademici za pomoci praktikov, a síce zástupcov všetkých pomáhajúcich profesií a pedagogických zamestnancov a VÚDPaP. Poskytovatelia sa súčasne domnievali, že takáto multidisciplinárna pracovná skupina má najväčší potenciál vytvoriť efektívny skríningový nástroj vo vhodnej forme. Distribúciu a disemináciu tohto nástroja by, podľa nich, malo zabezpečiť Ministerstvo školstva.

Položka 5. Vzdelávanie rodičov o emocionálnych problémoch a problémoch v správaní u dospievajúcich

Nemenej dôležitým opatrením je, na základe výsledkov analýz, i vzdelávanie rodičov/zákonných zástupcov o EBP u dospievajúcich, a to formou letákov, brožúr, besied či krátkych video shotov. Cieľom tohto opatrenia je, podľa poskytovateľov, zlepšiť spoluprácu s rodičmi. Ako ďalej uviedli na interpretačnom stretnutí, takéto vzdelávanie by malo zahŕňať informovanie

rodičov o vývinových míľnikoch a faktoroch zdravého vývinu, aby boli schopní včasnejšie rozpoznať prípadné riziko EBP u svojho dieťaťa. Poskytovatelia však ďalej poznamenali, že takáto forma edukácie nemusí byť postačujúca a ideálnym sa tiež javí byť vytvorenie priestoru na debatu a diskusiu o EBP u dospelujúcich v rámci neformálnych akcií organizovaných školou (besiedky, športové dni, brigády, ap.). Takéto neformálne a nenásilné sprostredkovanie informácií o EBP u dospelujúcich by podľa poskytovateľov mohlo eventuálne napomôcť pri budovaní dôvery medzi rodičmi, školou a pomáhajúcimi profesiami.

Poskytovatelia zdôraznili, že akékoľvek vzdelávanie rodičov v oblasti EBP u dospelujúcich by malo byť nastavené citlivo, aby necítili ohrozenie svojich rodičovských kompetencií. Následne doplnili, že sa z ich pohľadu javí byť účinným formátom vytváranie tzv. svojpomocných skupín, kde vzdelávajú rodičov iní, odborníkmi vyškolení rodičia s podobnou skúsenosťou a úlohou odborníka v týchto skupinách je len nepriame usmerňovanie. Zároveň však uviedli, že pre vznik takýchto skupín je nevyhnutné posilnenie komunit, ktoré by na to mohli vytvoriť adekvátny priestor či už v škole, škôlke, materskom, či komunitnom centre, kostoloch alebo úradoch.

Ako ďalej zaznelo v rámci interpretačného stretnutia, vzdelávanie rodičov o EBP u detí a adolescentov je úzko prepojené s celkovým detabuizovaním témy EBP u dospelujúcich. Súčasne doplnili, že zatiaľ čo podpora a vzdelávanie rodičov by malo prebiehať viac na individuálnej, komunitnej úrovni, detabuizácia témy by mala prebiehať celoplošne.

Položka 6. Mediálna kampaň – detabuizovanie témy emocionálnych problémov a problémov v správaní u dospelujúcich

Špeciálna pozornosť by mala byť, podľa výsledkov analýz, venovaná aj mediálnej kampani o EBP u dospelujúcich. Z pohľadu poskytovateľov ide o opatrenie, vďaka ktorému môže dôjsť k značnej destigmatizácii témy EBP u dospelujúcich v spoločnosti, čo môže mať za následok zlepšenie vzťahov a spolupráce rodičov, pedagógov a pomáhajúcich profesií. Ako ďalej uviedli, cieľom takejto kampane by mala byť jednak informovanosť o EBP u dospelujúcich, ako i dôraz na vyhľadanie odbornej pomoci a obnovenie dôvery v odborníkov. Poskytovatelia sa domnievali, že pre zmenu klímy v spoločnosti je nevyhnutné robiť osvetu a hovoriť o týchto problémoch otvorene. Súčasne poznamenali, že ako súčasť detabuizácie však treba taktiež zvážiť i zbavenie sa rôznych nefunkčných a mocenských termínov, ako napr. odborný tím a podobne.

Kampaň o EBP u dospelujúcich môže mať z pohľadu poskytovateľov rôzne podoby. Môže ísť o prednášky, internetové spoty a videá, alebo letáky, či brožúry umiestnené v školách a v pe-

diatrických ambulanciách, ktoré môžu pre mnohých rodičov slúžiť ako prvý impulz k povedomiu o EBP u dospelých. Nemenej populárny je podľa poskytovateľov aj formát tzv. živých knižníc na festivaloch, ktorý znamená, že nejde len o prednášku, ale o diskusiu za účasti tak teoretikov, ako i ľudí, ktorí majú s EBP u dospelých konkrétnu skúsenosť. Poskytovatelia taktiež poznamenali, že zväžiť možno i zapojenie influencerov. Ako však ďalej uviedli, dôležité je hlavne prezentovanie pozitívnych príkladov, pričom snahou by malo byť vyzdvihovať pozitívne príklady starostlivosti a spolupráce medzi rodičmi, školou a pomáhajúcimi profesiami a súčasne snaha eliminovať medializáciu negatívnych prípadov.

Poskytovatelia uviedli, že je však dôležité najskôr zmapovať a podporiť už existujúce iniciatívy a podporiť povedomie o nich medzi odbornou i laickou verejnosťou. Prínosná môže byť z ich pohľadu aj spolupráca s akademickou obcou, ktorá by mohla vyústiť v identifikáciu najnaliehavejších tém v rámci EBP u dospelých a následnú tvorbu kampaní za pomoci študentov vysokých škôl. Poskytovatelia sa ďalej domnievajú, že v rámci tohto opatrenia je priestor i pre zapojenie Ministerstva zdravotníctva, ktoré má bohaté skúsenosti s vytváraním krátkych šotov pre iné zdravotnícke témy a má teda teoreticky know-how i na vytvorenie šotu o EBP u dospelých, resp. o dôležitosti vyhľadania odborníkov pri týchto problémoch.

Položka 7. Podpora terénnej služby

Výsledky analýz ďalej poukazujú na podporu terénnej služby ako ďalšieho návrhu riešenia v snahe vylepšiť systém cielenej starostlivosti o dospelých s EBP. Ako k uvedenej téme uviedli poskytovatelia na interpretačnom stretnutí, v prvom rade je potrebné riešiť poddimenzovanosť tejto služby a teda posilnenie kapacít pre terénnu službu cez príslušné ministerstvá, v snahe pracovať komplexne s rodinou v jej prirodzenom prostredí. Ďalej poznamenali, že jednou z foriem takejto podpory by mohlo byť poskytnutie vytvoreného skríningového nástroja pre terénnych pracovníkov, ktorý by značne uľahčil jednak identifikáciu detí a dospelých s EBP ako i včasné poskytnutie odbornej pomoci. Taktiež poznamenali, že v tomto smere by bolo dobré zväžiť možnosť preškolenia a zamestnania ľudí žijúcich priamo v dotknutých oblastiach, ktorí poznajú svoju komunitu veľmi dobre. Týka sa to najmä rodín s hendikepovanými deťmi, ktorých možnosť vyhľadať pomoc externe je obzvlášť problematická.

Položka 8. Pracovať komplexne s rodinou

Ďalším návrhom riešenia, ktoré vyplynuli z výsledkov analýz je komplexná práca s rodinou. Jedným z hlavných opatrení je v tejto oblasti podľa poskytovateľov adekvátna príprava odborníkov pre komplexnú prácu s rodinou, ktorá v súčasnosti do veľkej miery absentuje. Ako

uviedli ďalej, ide jednak o prípravu v pregraduálnom vzdelávaní, vrátane zabezpečenia kvalitnej praxe, ako i postgraduálnu prípravu. Nápomocným by v tomto smere z ich pohľadu mohol byť postupný systém vzdelávania (rotácia počas štúdia) pre pomáhajúce profesie.

Poskytovatelia poznamenali, že komplexná práca s rodinou si však v prvom rade vyžaduje vytvorenie dôvery medzi rodinou, školou a pomáhajúcimi profesiami. Okrem detabuizácie, vzdelávania rodičov i uschopenia komunity, ktoré boli spomenuté vyššie, treba dbať i o motivovanie rodičov k spolupráci. Táto motivácia by mala podľa nich začať už v predškolských zariadeniach, ktoré by mali klásť dôraz na to, aby rodičia získali dôveru v odbornú pomoc.

Položka 9. Zlepšenie implementácie existujúcich opatrení

Podľa výsledkov analýz je potrebné venovať pozornosť aj zlepšeniu implementácie už existujúcich opatrení. Ako uviedli poskytovatelia na interpretačnom stretnutí, na úrovni školy je nevyhnutné vytvoriť zázemie pre implementáciu opatrení pre dospievajúcich s EBP. Prvým krokom by malo podľa nich byť zjednodušenie a zosúladenie jazyka medzi pedagógmi a pomáhajúcimi profesiami.

Ďalším z opatrení v tejto oblasti by podľa poskytovateľov malo byť vzdelávanie učiteľov o EBP u dospievajúcich, aby mali potrebné schopnosti a zručnosti pre implementáciu opatrení. Takéto vzdelávanie by malo podľa názoru poskytovateľov učiteľom napomôcť jednak k porozumeniu potrieb dospievajúcich s EBP, ako i porozumeniu jazyku odborníkov a v neposlednom rade i k zvládaniu rizikových situácií v triede. Ako ďalej uviedli, vzhľadom na vzrastajúci počet dospievajúcich s EBP je nevyhnutné zvážiť okamžité dodatkové vzdelávanie pre učiteľov pre prácu s nimi v škole, na úkor rôznych iných vzdelávacích kurzov (napr. IKT).

Implementácii existujúcich opatrení v oblasti EBP u dospievajúcich by mohlo z pohľadu poskytovateľov napomôcť i zlepšenie komunikácie a výmeny informácií medzi učiteľmi a pomáhajúcimi profesiami.

Najefektívnejším spôsobom ako zlepšiť implementáciu existujúcich opatrení pre dospievajúcich s EBP sa však podľa poskytovateľov javí byť vytvorenie multidisciplinárnych tímov na škole, o ktorých sme sa zmieňovali vyššie v texte.

Položka 10. Úprava legislatívy pre kompetencie školy v riešení krízových situácií

Podľa výsledkov analýz je potrebné taktiež zvážiť aj úpravu legislatívy pre kompetencie školy v riešení krízových situácií. V rámci tohto opatrenia je podľa poskytovateľov nevyhnutné vytvoriť manuál pre učiteľov obsahujúci informácie o tom, ako postupovať v prípade krízových situácií (agresívne správanie, prechovávanie omamných látok, šikanovanie, ap.). Dôležité

v tomto smere je z ich pohľadu i zlepšenie komunikácie a spolupráce medzi školami a políciou, ktoré by pomohlo zlepšiť ochranu a bezpečnosť detí i pedagogického personálu.

Čo s tým...

...môže urobiť vláda?

Z návrhov poskytovateľov je jasné, že niektoré z potrebných krokov by si vyžadovali legislatívne zmeny a aktívnu úlohu vedenia štátu a jednotlivých zodpovedných ministerstiev. Intenzívne zaznievala potreba **podporiť tvorbu multidisciplinárnych tímov na školách**, ktoré by spadali pod CPPPaP/CŠPP, z dôvodu metodicko-odborného zastrešenia, spolupráce a podpory. Dôležitými zostávajú z pohľadu poskytovateľov aj **mediálne kampane o EBP u dospelých**. Ministerstvá majú tiež možnosť podporiť celoštátnu **distribúciu vytvoreného skríningového nástroja pre EBP** u dospelých.

...môže urobiť samospráva?

Aktívnu úlohu pri presadzovaní návrhov, s ktorými poskytovatelia prichádzali môže zohrávať aj samospráva. V prvom rade sa môže **spolupodieľať sa na vytvorení podporných multidisciplinárnych tímov** (zložených zo školských psychológov, sociálnych pedagógov, špeciálnych pedagógov a školských sociálnych pracovníkov) na školách, ktoré to potrebujú. Zapájať sa môže tiež do **podpory detabuizácie témy EBP u dospelých** prostredníctvom rôznych kampaní. Kľúčovou úlohou samosprávy je **podpora terénnej služby** v rámci starostlivosti o dospelých s EBP v správaní.

...môže urobiť škola?

Škola ako jeden z kľúčových hráčov pri riešení problémov dospelých s EBP by mala **umožniť svojim pedagogickým zamestnancom využiť supervízie a absolvovať vzdelávacie kurzy** pre uľahčenie a zefektívnenie práce s deťmi a dospelými s EBP. Mohla by tiež **vytvoriť priestor pre dialóg medzi rodičmi, školou a pomáhajúcimi inštitúciami o EBP u dospelých** a dôležitosti vyhľadania odbornej pomoci. Zástupcovia škôl by sa mali priamo **podieľať sa na tvorbe skríningového nástroja** pre EBP u dospelých. V neposlednom rade by sa mohla **podieľať, spolu s poradenskými zariadeniami, na vzdelávaní rodičov o EBP** u dospelých a ich motivácii k spolupráci s odborníkmi.

...môžu urobiť pomáhajúce inštitúcie?

Niektoré z uvedených návrhov sú aj v rukách pomáhajúcich inštitúcií. V prvom rade je dôležité **umožniť ich zamestnancom využiť supervízie a absolvovať vzdelávacie kurzy** pre uľahčenie a zefektívnenie práce s dospelými s EBP. Mali by tiež dostať priestor aktívne sa

podieľať na tvorbe skriningového nástroja pre emocionálne problémy a problémy v správaní u dospelých. V neposlednom rade je nezanedbateľná ich úloha pri vzdelávaní rodičov o EBP u dospelých a ich motivácii k spolupráci s odborníkmi.

...môžu urobiť akademici a výskumníci?

Pri možnostiach vylepšovania systému starostlivosti netreba zabúdať ani na úlohu akademikov a výskumníkov. Tí by mohli **inicovať vytvorenie pracovnej skupiny za účelom tvorby skriningového nástroja pre EBP u dospelých a vytvoriť priestor pre medzirezortné stretnutia a dialóg o EBP u dospelých.**

Zhrnutie

V snahe vylepšiť systém starostlivosti o dospelých s EBP v správaní je z pohľadu poskytovateľov starostlivosti a pedagógov nevyhnutné:

- podporiť osvetové aktivity na tému EBP u dospelých, s cieľom detabuizovať túto tému, prostredníctvom mediálnych kampaní
- vytvoriť efektívny skriningový nástroj pre identifikáciu EBP u dospelých
- podporiť informovanosť rodičov a posilniť ich úlohu v celom procese starostlivosti o dospelých s EBP
- podporiť komplexnú prácu s rodinou a terénnu službu
- vytvoriť podporný multidisciplinárny tím (zložený zo školských psychológov, sociálnych pedagógov, špeciálnych pedagógov a školských sociálnych pracovníkov) na školách, ktoré to potrebujú
- vytvoriť priestor pre medzirezortnú spoluprácu – sieťovanie, stretnutia, komunikáciu, koordinovanie, zosúladenie a výmenu informácií na zabezpečenie čo najefektívnejšej spolupráce
- podporiť pomáhajúce profesie a pedagogických pracovníkov, a síce:
 - poskytnúť im podporné mechanizmy pre prevenciu proti vyhoreniu
 - poskytnúť im bezpečnosť pri práci
 - poskytnúť im možnosť vzdelávať sa a odborne rásť

Tabuľka 7. Návrhy riešení pre zlepšenie starostlivosti o dospievajúcich s EBP

1	vytvoriť odborný tím - školský psychológ, sociálny pedagóg, špeciálny pedagóg, školský sociálny pracovník, ktorý je kmeňovým zamestnancom poradenského zariadenia, aby mal potrebné kompetencie (podľa potrieb danej školy)
2	zavedenie služby - individuálna supervízia, báňntovské skupiny, psychoterapia ako prevenciu vyhorenia
3	jasné zafinovanie cieľových skupín a kompetencií pomáhajúcich organizácií
4	vytvoriť funkčný a udržateľný informačný systém (na jednom mieste informácie o poskytovaných službách, zmenách, kontakty) (tvorba jednotného systému, kt. by uľahčil prístup rodiča k starostlivosti, manuál, sumár kontaktov a možnosti (stránka, web) - kontakt, krátky popis starostlivosti, typy starostlivosti)
5	multidisciplinárne pracovné skupiny na úrovni okresov, stretnutia aspoň 2x roka, a aspoň raz ročne za účasti legislatívco
6	zavedenie integratívnej pedagogiky do budúceho vzdelávania všetkých pedagogicko-odborných pracovníkov
7	rozvoj zručností a supervízia odborníkov a pedagogicko-odborných pracovníkov pre prácu s deťmi s EBP
8	navýšit personálnu kapacitu inštitúciách pomáhajúcich profesií a skrátenie čakacej doby
9	legislatívne zmeny - upraviť kompetencie organizácií na zdieľanie /získavanie informácií o klientovi
10	vytvoriť efektívny screeningový nástroj EBP (včasné zachytenie problému - učiteľ, psychológ, výchovný poradca, školský špeciálny pedagóg)
11	vzdelávanie rodičov o EBP + informačné letáky, brožúrky + edukácia rodičov o vývinových milníkoch, faktoroch ktoré môžu pôsobiť na zdravý vývin
12	legislatívne upraviť povinnosť obce vo vybraných prípadoch, aby obce využili svoje kompetencie pre podporu detí s EBP
13	vytvorenie denných psychiatrických stacionárov pre deti
14	podporiť úlohu pediatra ako gatekeepers - brožúra, zoznam kontaktov, v rámci preventívnych prehliadok krátky dotazník o EBP
15	mediálna kampaň - databázovanie témy
16	zvýšiť kompetencie špeciálneho pedagóga - aby bol rešpektovaný školou
17	ponuka dlhodobého správdzania v systéme služieb
18	vytvorenie legislatívneho rámca pre vytvárania medirezortných multidisciplinárnych tímov - konziliárnych skupín na riešenie jednotlivých prípadov
19	zmena školského systému vzdelávania ako takého
20	zapojiť dieťa do rozhodovania o starostlivosti

21	zavedenie sociálnych pracovníkov do poradenských centier
22	zavedenie pozície pedagogický mediátor - ktorý by mal zabezpečovať komunikáciu medzi rodinou, CPPP a školou
23	oddeliť pomáhajúcu a represívnu zložku v inštitúciách
24	flexibilný pracovný čas pre pomáhajúce profesie - možnosť prispôbiť sa klientom
25	vytvoriť motivovaný a finančne ohodnotený pedagogický tím na škole so zníženým pedagogickým úväzkom (výchovný poradca, koordinátor prevencie, pedagogický mediátor)
26	úprava legislatívneho rámca pre poradenského špeciálneho pedagóga (skrátene 5 ročnej povinnej praxe)
27	navýšiť a podporiť aktivity materských a komunitných centier (prevencia, edukácia, besedy s cieľom zachytiť včasné problémy)
28	podpora terénnej služby (prinesť službu ku klientom v prípade, že to rodina nemá kapacitu vyhľadať)
29	pracovať komplexne s rodinou (napr. v rámci centier pre deti a rodinu)
30	komplexné služby pod "jednou strechou" - multidisciplinárne tímy
31	zabezpečiť kontinuitu projektov financovaných zo štátneho rozpočtu
32	vytvoriť rámce pre paralelné poskytovanie služieb v sieti, sieťovanie
33	vytvoriť podporný systém, servis pre zasiahnuté skupiny- učiteľov, rodinu, komunitu, pre žiadateľov (koučovanie učiteľa, rodiča)
34	zmena spôsobu vzdelávania učiteľov - pregraduálne
35	znižuje počet detí v triede v závislosti od počtu integrovaných žiakov
36	kvalifikačné predpoklady asistentov legislatívne podchytené v zákone a tréning asistentov
37	zlepší implementáciu existujúcich opatrení (psychologické a špeciálno-pedagogické)
38	vytvoriť funkčné metodologické centrum pre diagnostiku poradenskej práce (psychológ, špeciálny pedagóg) a unifikovanú štruktúru diagnostiky
39	úprava legislatívy pre kompetencie školy v riešení krízových špeciálnych situácií (útok, alkohol, ohrozenie života/zdravie) + plány postupu
40	vytvoriť proaktívny participatívny nástroj na zapojenie rodiča do riešenia problému dieťaťa
41	skvalitniť systém praxe so zapojením subjektov v starostlivosti (duálne vzdelávanie)
42	zaradiť pomáhajúce profesie medzi rizikové povolanie s prislúchajúcimi benefitmi
43	vytvoriť informačný systém o klientoch s ošetrovaním toho, kto do systému informácie vkladá, kto ich vidí a kto ich spravuje a vyhodnocuje, aby sa predišlo stigmatizácii

Záver

Emocionálne problémy a problémy v správaní (ďalej len EBP) sú najčastejšími duševnými problémami počas detstva a dospelovania a ich výskyt sa v poslednom období zvyšuje. Ak sa EBP nepodchytia včas, zvyšuje sa riziko ďalších a omnoho väčších problémov neskôr v dospelosti.

Včasná a správna identifikácia EBP u dospelujúcich zohráva veľmi dôležitú úlohu pri ich riešení a dosiahnutí úspechov v poskytovanej starostlivosti. **Rodičia a škola sú zvyčajne prvými iniciátormi vstupu do starostlivosti**, keďže s dospelujúcimi sú v každodennom kontakte a majú tak možnosť zachytiť prípadné problémy, ktoré si vyžadujú pozornosť odborníkov.

Vytvorenie a rutinné používanie skríningového nástroja pre EBP u detí a dospelujúcich by umožnilo zachytiť objavujúce sa problémy včas. Jeho tvorbu by na úrovni **pracovných skupín príslušných ministerstiev mohli iniciovať akademici a výskumníci** venujúci sa dlhodobo tejto oblasti. Na príprave skríningového nástroja by sa jednoznačne mali **podieľať aj samotní poskytovatelia starostlivosti, učitelia a pediatri**, ktorí by daný nástroj mali používať. Príslušné ministerstvá by následne mali podporiť celoštátnu distribúciu takto vytvoreného skríningového nástroja.

Ak je už problém identifikovaný, je nesmierne dôležité riešiť ho na správnom mieste v čo najkratšom možnom čase. Ukazuje sa však, že **rodičia a učitelia nie sú dostatočne informovaní** o systéme starostlivosti a možnostiach, ktoré sú dostupné, vrátane kontaktov na konkrétne inštitúcie a poskytovateľov. Usporiadanie systému starostlivosti sa môže javiť ako dosť nejasné, komplikované, či neprehľadné. Je preto potrebné pracovať na možnostiach prípravy **krátkych, prehľadných a ideálne aj vizuálnych odporúčaní** rodičom, rodinným príslušníkom, učiteľom, pediatrom a iným kľúčovým dospelým s cieľom ponúknuť na jednom mieste informáciu o tom, na koho sa v prípade problémov u dospelujúcich môžu obrátiť. V neposlednom rade je nezanedbateľná potreba **vzdelávania rodičov o EBP** u dospelujúcich a ich motivácia k spolupráci s odborníkmi.

Škola je dôležitou súčasťou systému poskytujúceho starostlivosť o dospelujúcich s EBP, keďže je prostredím, v ktorom dospelujúci trávia po rodine najviac času a učitelia majú možnosť odhaliť problém mnohokrát ako prví. Je tiež prostredím, v ktorom sa mnoho odporúčaní odborníkov aj následne realizuje. Škola ako jeden z kľúčových hráčov pri riešení problémov dospelujúcich s EBP by preto mala **umožniť svojim pedagogickým zamestnancom využiť**

supervízie a absolvovať vzdelávacie kurzy pre uľahčenie a zefektívnenie práce s deťmi a dospievajúcimi s EBP. Mohla by tiež **vytvoriť priestor pre dialóg medzi rodičmi, školou a pomáhajúcimi inštitúciami o EBP** a dôležitosti vyhľadania odbornej pomoci a následnej vzájomnej spolupráci.

Spoločenský diskurz sa ukázal ako jeden z prvotných faktorov, ktorý prostredníctvom neustále pretrvávajúcej **stigmatizácie** negatívne ovplyvňuje celú problematiku EBP u dospievajúcich a možnosti ich riešenia v systéme starostlivosti. Ak sa má starostlivosť o dospievajúcich s takýmito problémami niekam posunúť, tak by mala byť nevyhnutnou súčasťou opatrení **práca s verejnou mienkou, informovanosť verejnosti, medializácia témy prostredníctvom kampaní a zmena spoločenského diskurzu**.

Nevyhnutná je však aj **zmena vnímania dôležitosti tejto problematiky zákonodarnou a výkonnou mocou**. Poskytovatelia starostlivosti vnímajú **potrebu mnohých zmien v nastavení systému starostlivosti, ktorých cieľom by malo byť skvalitňovanie poskytovaných služieb**. Zmeny by mali prichádzať zhora, mali by byť kryté adekvátnym financovaním a sprevádzané presnými metodickými pokynmi. Zároveň je nevyhnutné apelovať na tvorcov politik, aby boli uskutočnené **zmeny v prvom rade v prospech klienta, postavené na reálnych možnostiach, podložené skúsenosťami odborníkov pracujúcich s klientmi v prvej línii a tvorené v rámci expertných skupín**. Potrebu zmeny je nutné pretaviť do **systémovej vízie zohľadňujúcej regionálne a kultúrne rozdiely v reálnych potrebách klientov aj poskytovateľov** a lobbovať za túto víziu ako spoločensky a politicky dôležitú tému.

Zmeny v organizácii a financovaní systému starostlivosti sú vnímané poskytovateľmi ako kľúčové pri riešení mnohých jeho nedostatkov ako sú nepriaznivé podmienky pre prácu, nedostatočné kapacity a s tým súvisiaca nadlimitná záťaž. Jednou z možností, ako znížiť záťaž poskytovateľov starostlivosti je **zníženie administratívnej záťaže odbúraním nadbytočnej byrokracie**. Dôležité je z pohľadu poskytovateľov aj **zabezpečenie primeraného a kontinuálneho financovania**. Poskytovatelia sa ďalej zhodujú, že **zníženie počtu klientov na jedného poskytovateľa** je nevyhnutným predpokladom skvalitňovania poskytovaných služieb. S tým súvisí **navýšenie tak inštitucionálnych ako aj personálnych kapacít**. Zároveň je potrebné **motivovať kvalitných odborníkov pre prácu v tejto oblasti, napríklad aj adekvátnejším finančným ohodnotením**, ktoré by lepšie zodpovedalo náročnosti zodpovednej práce, ktorá sa od nich očakáva.

S kvalitou odborníkov pracujúcich v tejto oblasti úzko súvisí aj **vzdelávanie, odborný rast, metodické vedenie a supervízia**. Pre poskytovateľov je dôležité tak **zvyšovanie ich kvality ako aj ich dostupnosti**, vrátane tej finančnej. Ocenili by metodické orgány so zastúpením kvalitných odborníkov s praktickými skúsenosťami a vedomosťami, ktorí by boli zodpovední

za **tvorbu dostatočne špecifických a konkrétnych metodických usmernení a pokynov umožňujúcich zjednotenie postupov**. Niektoré z uvedených návrhov sú aj v rukách pomáhajúcich inštitúcií. V prvom rade je dôležité **umožniť ich zamestnancom využiť supervízie a absolvovať vzdelávacie kurzy** pre uľahčenie a zefektívnenie práce s dospelými s EBP.

Inštitúcie a poskytovatelia starostlivosti nefungujú izolovane. V prípade ich vzájomných vzťahov je potrebné sústrediť sa na zlepšenie **medzirezortnej spolupráce prostredníctvom vytvorenia priestoru pre multirezortné stretnutia a dialóg o EBP** u dospelých, **sieťovanie, koordináciu a nastavenie lepšej komunikácie a zdieľania informácií** medzi poskytovateľmi navzájom ako aj medzi poskytovateľmi a školami.

Dôraz by mal byť kladený na **komplexnú starostlivosť**, ktorú by mal v ideálnom prípade zabezpečovať **zohratý multidisciplinárny tím zložený z viacerých odborníkov** (psychiater, psychológ, sociálny pracovník, špeciálny pedagóg a pod.) pod jednou strechou alebo v podobe legislatívne ošetrovaných multidisciplinárnych konziliárnych tímov, schopný komunikovať, zdieľať a efektívne spolupracovať v prospech klientov spôsobom, ktorý nie je stigmatizujúci a nevyvoláva v klientoch zmätok a nedôveru.

Školy aj poskytovatelia volajú po takýchto **multidisciplinárnych tímoch** (zložených zo školských psychológov, sociálnych pedagógov, špeciálnych pedagógov a školských sociálnych pracovníkov) **aj priamo na školách**, ktoré to potrebujú. Tie by umožnili odľahčiť systém starostlivosti, priniesť starostlivosť bližšie k tým, ktorí ju potrebujú, zabezpečiť včasnú identifikáciu problémov ako aj včasnú intervenciu a starostlivosť v prirodzenom prostredí dospelých.

Použitá literatura

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.

Achenbach, T. & Rescorla, L. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.

Achenbach, T. a kol. (2001). *Empirically based assessment of child and adolescent psychopathology: practical applications*. New York: SAGE.

Achenbach, T. a kol. (2002). Latent Class Analysis of Child Behavior Checklist Anxiety/Depression in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(1), 106-114.

Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(1), 57-87.

Bickman, L. (1996). A continuum of care: More is not always better. *American Psychologist*, 51(7), 689.

Bowers, H., Manion, I., Papadopoulos, D., & Gauvreau, E. (2013). Stigma in school-based mental health: perceptions of young people and service providers. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(3), 165-170.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

Burke, J. D., Waldman, I., & Lahey, B. B. (2010). Predictive validity of childhood oppositional defiant disorder and conduct disorder: implications for the DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 739.

Campbell, S. B., Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and psychopathology*, 12(3), 467-488.

Cargo, M., Mercer, S. L. (2008). The value and challenges of participatory research: strengthening its practice. *Annu. Rev. Public Health*, 29, 325-350.

Cole, A., Kim, H., Lotz, K., & Munson, M. R. (2016). Exploring the perceptions of workers on young adult mental health service (dis) engagement. *Social Work in Mental Health, 14*(2), 133-148.

Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry, 60*(8), 837-844.

Dougherty, L. R., Smith, V. C., Bufferd, S. J., Kessel, E., Carlson, G. A., & Klein, D. N. (2015). Preschool irritability predicts child psychopathology, functional impairment, and service use at age nine. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*(9), 999-1007.

Doyle, O., Harmon, C. P., Heckman, J. J., & Tremblay, R. E. (2009). Investing in early human development: timing and economic efficiency. *Economics & Human Biology, 7*(1), 1-6.

Farmer, E. M. Z., Burns, B. J., Phillips, S. D., Angold, A., & Costello, E. J. (2003). Pathways into and through mental health services for children and adolescents. *Psychiatric Services, 54*, 60-66.

Fergusson, D. M., John Horwood, L., & Ridder, E. M. (2005). Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of child psychology and psychiatry, 46*(8), 837-849.

Fridman, M., Banaschewski, T., Sikirica, V., Quintero, J., & Chen, K. S. (2017). Access to diagnosis, treatment, and supportive services among pharmacotherapy-treated children/adolescents with ADHD in Europe: data from the Caregiver Perspective on Pediatric ADHD survey. *Neuropsychiatric disease and treatment, 13*, 947.

Garland, A. F., Lebensohn-Chialvo, F., Hall, K. G., & Cameron, E. R. (2017). Capitalizing on Scientific Advances to Improve Access to and Quality of Children's Mental Health Care. *Behavioral sciences & the law, 35*(4), 337-352.

George, M. W., Zaheer, I., Kern, L., & Evans, S. W. (2018). Mental health service use among adolescents experiencing emotional/behavioral problems and school impairment. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 26*(2), 119-128.

Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European child & adolescent psychiatry, 7*(3), 125-130.

Green, L. W., George, M. A., Daniel, M., Frankish, C. J., Herbert, C. J., Bowie, W. R., & O'Neill, M. (1995). Study of participatory research in health promotion. Ontario: The Royal Society of Canada.

Hall, R., Drál, P., Fridrichová, P., Hapalová, M., Lukáč, S., Miškolci, J., Vančíková, K. (2019). Analýza zistení o stave školstva na Slovensku: To dá rozum. Bratislava: MESA 10. Dostupné na <https://analiza.todarozum.sk>.

Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The counseling psychologist*, 25(4), 517-572.

Jansen, D. E., Wieggersma, P., Ormel, J., Verhulst, F. C., Vollebergh, W. A., & Reijneveld, S. A. (2013). Need for mental health care in adolescents and its determinants: The TRAILS Study. *The European Journal of Public Health*, 23(2), 236-241.

Jaspers, M., de Winter, A.F., Huisman, M., Verhulst, F.C., Ormel, J., Stewart, R.E., Reijneveld, S.A. (2012). Trajectories of Psychosocial Problems in Adolescents Predicted by Findings From Early Well-Child Assessments. *Journal of Adolescent Health*, 51(5), 475-483.

Jellinek, M. S., Murphy, J. M., Little, M., Pagano, M. E., Comer, D. M., & Kelleher, K. J. (1999). Use of the Pediatric Symptom Checklist to screen for psychosocial problems in pediatric primary care: a national feasibility study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153(3), 254-260.

Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational researcher*, 33(7), 14-26.

Kane M, Rosas S (2017) Conversations about group concept mapping. Applications, Examples and Enhancements.

Kaščáková, N., Fürstová, J., Hašto, J., Madarasová Gecková, A., & Tavel, P. (2020). The Unholy Trinity: Childhood Trauma, Adulthood Anxiety, and Long-Term Pain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 414.

Kataoka, S. H., Zhang, L., & Wells, K. B. (2002). Unmet need for mental health care among US children: Variation by ethnicity and insurance status. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1548-1555.

Kessler, R.C., Avenevoli, S., & Merikangas, K.R. (2001). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective. *Society of Biological Psychiatry*, 1002-1014.

Knorth E.J., Harder A.T., Zandberg T., Kendrick A. J. (2008). Under one roof: A review and selective meta-analysis on the outcomes of residential child and youth care. *Children and Youth Services Review*, 30(2), 123-140.

Kretschmer, T., Hickman, M., Doerner, R., Emond, A., Lewis, G., Macleod, J., ... & Heron, J. (2014). Outcomes of childhood conduct problem trajectories in early adulthood: findings from the ALSPAC study. *European child & adolescent psychiatry*, 23(7), 539-549.

Lacková Rebičová, M., Dankulincová Veselská, Z., Husárová, D., Madarasová Gecková, A., van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2019). The number of adverse childhood experiences is associated with emotional and behavioral problems among adolescents. *International journal of environmental research and public health*, 16(13), 2446.

Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J.C.Norcross & M. R. Goldstein (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.

Langer, D. A., Wood, J. J., Wood, P. A., Garland, A. F., Landsverk, J., & Hough, R. L. (2015). Mental health service use in schools and non-school-based outpatient settings: Comparing predictors of service use. *School mental health*, 7(3), 161-173.

Libby, A. M., Saranga Coen, A., Price, D. A., Silverman, K., & Orton, H. D. (2005). Inside the black box: What constitutes a day in a residential treatment centre? *International Journal of Social Welfare*, 14, 176-183.

Luby, J. L., Gaffrey, M. S., Tillman, R., April, L. M., & Belden, A. C. (2014). Trajectories of pre-school disorders to full DSM depression at school age and early adolescence: continuity of preschool depression. *American Journal of Psychiatry*, 171(7), 768-776.

Macková, J., Dankulincová Veselská, Z., Filáková Bobáková, D., Madarasová Gecková, A., van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2019). Crisis in the family and positive youth development: the role of family functioning. *International journal of environmental research and public health*, 16(10), 1678.

Madarasová Gecková A. (2019): Sociálne determinanty zdravia školákov. HBSC - Slovensko - 2017/2018 Národná správa o zdraví a so zdravím súvisiacom správaní 11-, 13-, a 15-ročných školákov na základe prieskumu uskutočneného v roku 2017/2018 v rámci medzinárodného projektu „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC). Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky.

McInerney, T. K., Szilagyi, P. G., Childs, G. E., Wasserman, R. C., & Kelleher, K. J. (2000). Uninsured children with psychosocial problems: Primary care management. *Pediatrics*, 106(Supplement 3), 930-936.

Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swendsen, J., Avenevoli, S., Case, B., ... & Olfson, M. (2011). Service utilization for lifetime mental disorders in US adolescents: results of the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(1), 32-45.

Mesman, J., Bongers, I. L., & Koot, H. M. (2001). Preschool developmental pathways to pre-adolescent internalizing and externalizing problems. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(5), 679-689.

Monterrosa, E. C., Campirano, F., Tolentino Mayo, L., Frongillo, E. A., Hernández Cordero, S., Kaufer-Horwitz, M., & Rivera, J. A. (2015). Stakeholder perspectives on national policy for regulating the school food environment in Mexico. *Health policy and planning*, 30(1), 28-38.

Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social development*, 16(2), 361-388.

Nanninga, M., Jansen, D. E., Knorth, E. J., & Reijneveld, S. A. (2015). Enrolment of children and adolescents in psychosocial care: more likely with low family social support and poor parenting skills. *European child & adolescent psychiatry*, 24(4), 407-416.

Nanninga, M., Reijneveld, S. A., Knorth, E. J., & Jansen, D. E. (2016). Expectations of barriers to psychosocial care: views of parents and adolescents in the community. *European child & adolescent psychiatry*, 25(1), 107-117.

Nanninga, M., Jansen, D. E., Knorth, E. J., & Reijneveld, S. A. (2018). Enrolment of children in psychosocial care: problems upon entry, care received, and outcomes achieved. *European child & adolescent psychiatry*, 27(5), 625-635.

Národné centrum zdravotníckych informácií (2018). *Psychiatrická starostlivosť v SR 2017*. Bratislava: Národné centrum zdravotníckych informácií.

National Institute for Clinical Excellence. (2006). *Parent training/education programmes in the management of children with conduct disorders. A health technology appraisal*.

Ogundele, M. O. (2018). Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians. *World journal of clinical pediatrics*, 7(1), 9.

Oruche, U. M., Downs, S., Holloway, E., Draucker, C., & Aalsma, M. (2014). Barriers and facilitators to treatment participation by adolescents in a community mental health clinic. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(3), 241-248.

Paclíková, K., Veselský, Z. D., Fířakovská Bobáková, D., Pálfiová, M., & Madarasová Gecková, A. (2019). What role do family composition and functioning play in emotional and behavioural problems among adolescent boys and girls?. *International journal of public health*, 64(2), 209-217.

Paclíková, K., Dankulinová Veselská, Z., Madarasová Gecková, A., Van Dijk, J., Reijneveld, S.A. (2020). Adolescent enrolment in psychosocial care: do parents make a difference?

Palermo, T. M., Childs, G., Burgess, E. S., Kaugars, A. S., Comer, D., & Kelleher, K. (2002). Functional limitations of school-aged children seen in primary care. *Child: care, health and development*, 28(5), 379-389.

Paton, K., & Hiscock, H. (2019). Strengthening care for children with complex mental health conditions: Views of Australian clinicians. *PloS one*, 14(4).

Pfefferle, S. G. (2007). Pediatrician perspectives on children's access to mental health services: consequences and potential solutions. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(5), 425-434.

Polaha, J., Dalton III, W. T., & Allen, S. (2011). The prevalence of emotional and behavior problems in pediatric primary care serving rural children. *Journal of pediatric psychology*, 36(6), 652-660.

Radovic, A., Reynolds, K., McCauley, H. L., Sucato, G. S., Stein, B. D., & Miller, E. (2015). Parents' role in adolescent depression care: Primary care provider perspectives. *The Journal of pediatrics*, 167(4), 911-918.

Raudino, A., Woodward, L. J., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2012). Childhood conduct problems are associated with increased partnership and parenting difficulties in adulthood. *Journal of abnormal child psychology*, 40(2), 251-263.

Reijneveld SA, Brugman E, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick SP. (2004). Identification and management of psychosocial problems among toddlers in Dutch preventive Child Healthcare. *Arch Ped Adolesc Med*, 158: 811-7.

Reijneveld, S. A., Wieggersma, P. A., Ormel, J., Verhulst, F. C., Vollebergh, W. A., & Jansen, D. E. (2014). Adolescents' use of care for behavioral and emotional problems: types, trends, and determinants. *PLoS One*, 9(4).

Riege, A., & Lindsay, N. (2006). Knowledge management in the public sector: stakeholder partnerships in the public policy development. *Journal of knowledge management*.

Shaw, D. S., Owens, E. B., Giovannelli, J., & Winslow, E. B. (2001). Infant and toddler pathways leading to early externalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(1), 36-43.

Schofield, G., Thoburn, J., Howell, D., & Dickens, J. (2007). The search for stability and permanence: Modelling the pathways of long-stay looked after children. *British Journal of Social Work*, 37, 619-642.

Smith, J. P., & Smith, G. C. (2010). Long-term economic costs of psychological problems during childhood. *Social science & medicine*, 71(1), 110-115.

Smith, J. D., Dishion, T. J., Shaw, D. S., Wilson, M. N., Winter, C. C., & Patterson, G. R. (2014). Coercive family process and early-onset conduct problems from age 2 to school entry. *Development and psychopathology*, 26(4pt1), 917-932.

Snell, T., Knapp, M., Healey, A., Guglani, S., Evans-Lacko, S., Fernandez, J. L., ... & Ford, T. (2013). Economic impact of childhood psychiatric disorder on public sector services in Britain: estimates from national survey data. *Journal of child psychology and psychiatry*, 54(9), 977-985.

Stringaris, A., Lewis, G., & Maughan, B. (2014). Developmental pathways from childhood conduct problems to early adult depression: findings from the ALSPAC cohort. *The British Journal of Psychiatry*, 205(1), 17-23.

Šiňanská, K. (2019). The Loneliness of Adolescents from Socially Disadvantaged Background. *AD ALTA: journal of interdisciplinary research*, 9(1), 284-286.

Van Eijk, L. M., Verhage, V., Noordik, F. W., Reijneveld, S. A., & Knorth, E. J. (2013). TakeCare Provincie Groningen. Een onderzoek naar kenmerken van jeugdigen en hun ouders in relatie tot de geboden zorg [TakeCare Provincie Groningen. An empirical study on characteristics of children and their parents related to the care and treatment supplied]. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen / Rijksuniversiteit Groningen

Vasileva, M., & Petermann, F. (2017). Mental health needs and therapeutic service utilization of young children in foster care in Germany. *Children and Youth Services Review*, 75, 69-76.

World Health Organization. (2004). *ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems : tenth revision, 2nd ed.* World Health Organization.

Wissow L, Anthony B, Brown J, DosReis S, Gadowski A, Ginsburg G, Riddle M. (2008). A common factors approach to improving the mental health capacity of pediatric primary care. *Adm Policy Ment Health*, 35:305-18.

Wulczyn, F., Kogan, J., & Jones Harden, B. (2003). Placement stability and movement trajectories. *Social Service Review*, 77 (2), 212-236.

Cesta labyrintom: Dospievajúci s emocionálnymi problémami a problémami v správaní v systéme starostlivosti

Vedecká monografia

Autorky: doc. Mgr. Zuzana Dankulinová, PhD.

Ing. Lucia Bosáková, PhD.

Mgr. Daniela Fiľakovská, PhD.

Mgr. Daniela Husárová, PhD.

Mgr. Jaroslava Kopčáková, PhD.

Vydavateľ: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Vydavateľstvo ŠafárikPress

Rok vydania: 2020

Náklad: 100 ks

Počet strán: 158

Rozsah: 10 AH

Vydanie: prvé

DOI: <https://doi.org/10.33542/CLD2020-921-4>

ISBN 978-80-8152-920-7 (tlačená publikácia)

ISBN 978-80-8152-921-4 (e-publikácia)

PROF. PHDR. IVO ČERMÁK, CSc.

KNIHA JE FUNDOVANA PŮVODNÍM VÝZKUMEM KYČI, KTERÝ JE ORIENTOVANÁ NA ADOLESCENTY S PROBLÉMY V CHOVÁNÍ A EMOCNÍMI POTÍŽENÍ. VÝSLEDKY DLOUHODOBÉ STUDIE JSOU NEJENOM VE SLOVENSKÉM ODBORNÉM KONTEXTU ORIGINALNÍ, IDE O ZCELA OJEDINĚLÝ PROJEKT, KTERÝCH JE V EVROPĚ PONALU. TÝM ZKUŠENÝCH VÝZKUMNÍK REALIZOVAL STUDIE, JEJÍŽ VYSOKÁ ÚROVEŇ OPRAVŮJE NEJEN K PŘESVĚDČIVÝM ZÁVĚRŮM, ALE I K DOPORUČENÍM, KTERÉ SMĚRUJÍ DO PRAKÉ VE VÝZKUMU PATŘÍ TATO STUDIE DLE MĚHO NÁZORU K NEJVĚROHODNĚJŠÍM SONDÁM DO DANE PROBLEMATIKY.

AUTORKAM SE PODARILLO REFEROVAT O VÝSLEDČÍCH SROZUMITELNÝM JAZYKEM, ANIŽ BY SE DOPUŠTĚLY ZJEDNODUŠENÍ. CTIVOST STUDIE JE POSÍLENA I STRUČNÝM SHRNUΤÍM ZA KAŽDOU KAPITOLOU. KNIHU SI TAK SE ZAJÍMĚM PŘEČTE JAK VÝZKUMNÍK, TAK ODBORNÍK PŮSOBÍCÍ V TERÉNNÍ PRAKĚ, ALE I VZDĚLANĚJŠÍ LAIK-RODIČ. VŠICHNI ZDE NAJDŮU UŽITEČNĚ INFORMACE, KTERÉ NEJENOM OBDHACUJÍ JEJICH VĚDĚNÍ V DANE OBLASTI, ALE PŘEDEVŠÍM PŘÍSPÍVAJÍ KE KULTIVACI POSTOJŮ V KONTEXTU PĚČE O PROBLÉMOVĚ ADOLESCENTY.



ISBN 978-80-8152-920-7

