

2014

ROČNÍK 5

ČÍSLO 2

LOGOS POLYTECHNIKOS

V Š P

Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

J

VÁŽENÉ ČTENÁŘKY, VÁŽENÍ ČTENÁŘI,

přijměte pozvání k novému vydání časopisu **LOGOS POLYTECHNIKOS**. Prostřednictvím následujících příspěvků můžete nahlédnout do široké problematiky zdravotní a sociální oblasti, které jsou v holistickém pohledu na fungování člověka zásadním předpokladem pro zachování či obnovení jeho zdraví. Komplexní přístup a provázanost zdravotních a sociálních služeb je aktuální otázkou i důležitým požadavkem při zvyšování kvality a efektivity péče o nemocného, neboť nemoc je ve své podstatě vychýlením z harmonického stavu fyzického, psychického i sociálního fungování člověka. Reálné uvědomění a praktické respektování této rovnováhy je zdrojem prevence vzniku nemocí, ale i jednou z nezbytných podmínek pro úspěšnou léčbu a rekonvalescenci každého jedince.

Věřím, že obsah stránek tohoto vydání Vám k výše uvedeným tématům přinese zajímavé a podnětné informace.

Mgr. Markéta Dubnová, DiS.
vedoucí katedry sociální práce
Vysoká škola polytechnická Jihlava

OBSAH

5

SOCIÁLNA SLUŽBA AKO SLUŽBA ČLOVEKU – LEGISLATÍVA A PRAX
Marta Kečkéšová

17

DROGOVÁ ZÁVISLOSŤ, RIZIKOVÉ FAKTORY VEDÚCE K RECIDÍVE A
PREVENCIA
Jozef Novotný, Jaroslav Stančiak, Eva Ďurišová

37

HODNOTENIE SVOJHO ZDRAVOTNÉHO STAVU ZÁVISLÝMI PRI VSTUPE DO
RESOCIALIZAČNÉHO STREDISKA
Ľuba Pavelová

49

ZDRAVIE AKO JEDEN Z HLAVNÝCH ČINITELOV OVPLYVNŮJÚCICH
ŽIVOTNÚ SPOKOJNOSŤ ABSTINUJÚCICH ZÁVISLÝCH V KONCEPCII
KVALITY ŽIVOTA
Balážiová Petra

66

MOŽNOSTI PSYCHOANALYTICKÉ PSYCHOTERAPIE A MIMOTERAPEUTICKÉ
INDIVIDUÁLNE-PSYCHOLOGICKÉ PRÁCE S DOSPÍVAJÍCIMI
Zuzana Bláhová

75

AGEIZMUS – CELOSPOLOČENSKÝ PROBLÉM
Terézia HUDÁKOVÁ

87

THE HEALTH CARE SYSTEM IN THE UNITED STATES
Helena Lustová

99

PREVENTIVNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY V RIZIKU DEKUBITŮ
Šárka Hrychová, Iva Brabcová

109

SOCIÁLNOPRÁVNÁ OCHRANA DIEŤAŤA V PROCESE ROZVODU
Elena Ondrušková

CONTENTS

SOCIAL SERVICE AS A SERVICE TO THE HUMAN – LEGISLATION AND PRAXIS Marta Kečkéšová	5
DRUG ADDICTION, RISK FACTORS LEADING TO RELAPS AND PREVENTION Jozef Novotný, Jaroslav Stančiak, Eva Ďurišová	17
EVALUATION OF YOUR HEALTH DEPENDENT ON ENTRY INTO THE SOCIAL REINTEGRATION CENTERS Ľuba Pavelová	37
HEALTH AS ONE OF THE MAJOR FACTORS AFFECTING LIFE SATISFACTION ABSTINENT ADDICTS IN THE CONCEPT OF QUALITY OF LIFE Balážiová Petra	49
OPTIONS OF PSYCHOANALYTICAL PSYCHOTHERAPY AND NON- PSYCHOTHERAPEUTICAL INDIVIDUAL-PSYCHOLOGICAL WORK WITH ADOLESCENTS Zuzana Bláhová	66
AGEISM - SOCIAL PROBLEM Terézia HUDÁKOVÁ	75
THE HEALTH CARE SYSTEM IN THE UNITED STATES Helena Lustová	87
PREVENTIVE NURSING CARE FOR DECUBITUS RISK PATIENTS Šárka Hrychová, Iva Brabcová	99
SOCIAL PROTECTION OF THE CHILD IN THE DIVORCE PROCESS Elena Ondrušková	109

SOCIÁLNA SLUŽBA AKO SLUŽBA ČLOVEKU – LEGISLATÍVA A PRAX

MARTA KEČKÉŠOVÁ

UNIVERZITA KOMENSKÉHO
V BRATISLAVE, PEDAGOGICKÁ
FAKULTA, ÚSTAV SOCIÁLNYCH
ŠTÚDIÍ A LIEČEBNEJ PEDAGOGIKY,
KATEDRA SOCIÁLNEJ PRÁCE

ABSTRAKT

V príspevku na tému „Sociálna služba ako služba človeku – legislatíva a prax“ poukážeme na vzájomné súvislosti medzi uvedenými pojmami a na rozdielnosti pri ich realizácii z pohľadu sociálnej politiky a práva a ich aplikácie v praxi pri poskytovaní sociálnych služieb. Pozastavíme sa nad podstatou kvalitného poskytovania sociálnych služieb pri zachovaní ľudskej dôstojnosti.

Zachovanie ľudskej dôstojnosti je v súlade so základnými princípmi demokratického štátu. Funkčný demokratický právny systém vytvára podmienky pre dodržanie pravidiel, reguluje fungovanie spoločnosti, prispieva tak k jej stabilite. S rozvojom trhu a pôsobením štátnej moci sa nemožno nezaoberať i mierou solidarity v demokratickej spoločnosti. Pojem solidarita, subsidiarita a sociálna spravodlivosť sú akceptovanými pojmami v demokratickej spoločnosti. Sú aplikované práve v sociálnej pomoci v čo najširšej miere. Preto možno považovať nielen spoločnosť, ale i samotných poskytovateľov sociálnych služieb zodpovedných za riešenie sociálnej pomoci formou sociálnych služieb i vo vzťahu k jej prijímateľom.

KLÚČOVÉ SLOVÁ:

služba, sociálna služba, sociálna politika, sociálne zabezpečenie, legislatíva, ľudská dôstojnosť

Poskytovanie sociálnych služieb je stredobodom záujmu spoločnosti predovšetkým z dôvodu, že včasné, kvalitné uspokojovanie potrieb prijímateľov sociálnych služieb ovplyvňuje celkovú spokojnosť v spoločnosti ako celku. Sociálne služby ako aktivity, ale taktiež ako nástroje sociálnej pomoci ovplyvňujú kvalitu života jednotlivcov.

V našom príspevku sme sa sústredili na vývoj sociálnych služieb od stredoveku po súčasnosť a zaoberáme sa všeobecným pojmom „služba“ a „sociálna služba“, kde venujeme pozornosť rozdielnosti významu uvedených pojmov. O pochopenie významu jednotlivých pojmov, ktoré determinujú ľudský život sa človek snaží od nepamäti. Toto hľadanie prebieha tak na spoločenskej, ako i na individuálnej úrovni, pričom obe sa navzájom ovplyvňujú. Definovanie je ovplyvňované aj úrovňou spoločenskej morálky a teda aj morálky samotných jednotlivcov.

Hľadanie a uchopenie pojmu prebiehalo a prebieha aj pri pojme právo, či sociálna pomoc. Našou snahou nie je však poskytnúť riešenie a konečné zadefinovanie, ale skôr poskytnúť matériu na uvažovanie o „sociálnej službe“. Možno samotné uvedenie si od čoho všetkého kvalita sociálnej služby môže byť závislá, nám môže dopomôcť vytvárať pôdu na naozaj samaritánsky pohľad pomoci blížnemu.

Nepochybne dôležitým faktorom je sociálna politika a s ňou spojená príslušná legislatíva upravujúca poskytovanie sociálnych služieb, ktorá významnou

mierou zasahuje do práv a povinností tak prijímateľov, ako i poskytovateľov sociálnych služieb. Práve analýzou niektorých vybraných ustanovení zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 448/2008 Z. z.“) poukazujeme na špecifiká predmetných ustanovení, pôsobiach či už pozitívne, alebo negatívne na poskytovanie sociálnych služieb.

SOCIÁLNA SLUŽBA AKO SLUŽBA ČLOVEKU

Dešná spoločnosť nás motivuje, aby sme naše aktivity a snaženia zacieľovali na zisk, ktorý následne bez zmyslu utrácame na rôznych nepotrebnostiach predkladaných nám cez reklamu. Spoločenský tlak nás nabáda k zameraniu našich aktivít na rast v spoločenskom rebríčku. A tak sa stáva, že mnohí núdzni nie sú schopní efektívne využiť aj poskytnutú pomoc pre ich skutočné dobro. Či už nedostatok potrebnej pomoci, ako i spoliehanie sa na absolútnu podporu spoločnosti zo strany prijímateľov pomoci nevedie aktérov pomoci, či už pasívnych alebo aktívnych, poskytovať pomoc za aktívnej účasti jej prijímateľov a súčasne zvyšovať kvalitu u samotných poskytovateľov. Znamená to, že odkázaným na pomoc sa nedostáva dostatok potrebnej pomoci, práve v tej najdôležitejšej oblasti, a to v oblasti skutočných hodnôt a nástrojov potrebných pre ich dôstojný život. Pýtame sa prečo, ak fakticky vidíme, že aktivít v sociálnej oblasti je veľmi veľa, sociálnych pracovníkov každým rokom pribúda a

zákony sú prijímané s deklarovaním, že zabezpečia lepšiu sociálnu spravodlivosť. Odpoveďou môže byť paradox, že samotní poskytovatelia pomoci sú ovplyvňovaní tými istými trendmi a hnaní nezdravými motiváciami ako núdzni. Ich aktivity sú často motivované prestížou, kariérnym rastom, pocitom dôležitosti, či túžbou vidieť sa „dobrý“. Preto pohľad pravdy na seba a skutočností okolo nás, by nám mal umožniť voľiť také prostriedky pomoci v našej profesijnej činnosti, ktoré budú skutočným skutkom pomoci človeku v tom správnom slova zmysle. V tejto súvislosti nám nedá nespomenúť slová Jána Pavla II, ktorý povedal: „Sociálna nespravodlivosť a nespravodlivé sociálne systémy existujú len preto, že ich jednotlivci alebo skupiny úmyselne udržiavajú alebo aspoň tolerujú... reforma sociálneho poriadku musí začať obrátením našich srdiec“.

Problém chudoby rezonuje od čias starovekého Grécka, ale i rímskej ríše. „V starovekej židovskej spoločnosti bola povinnosť k obci vrátane filantropie náboženskou povinnosťou, a náboženské povinnosti boli právne vymáhateľné. Tak sa v ľuďoch pestovala spoločenská zodpovednosť (Klenovský, L. 2011, 58 s.)“. V období starého Ríma Seneca ako významný mysliteľ prezentoval potrebu konať dobro pre druhých. Na potrebu konať dobro reagovalo kresťanstvo, ktorého zásadou bola „lásky k blížnemu (Matúš, Nový zákon). Cisár Konštantín v roku 313 Milánskym tolerančným ediktom uznal kresťanstvo a zveril cirkvi starostlivosť o verejné blaho.

Podľa Matouška a kol.(2007) prvé cirkevné sociálne služby poskytovali kláštory a

farnosti. Začali vznikať prvé rády, ktorých náplňou bolo pomáhať chudobným a chorým. Za najznámejší možno považovať rád sv. Františka. Cirkevné inštitúcie s nárastom počtu odkázaných na pomoc z dôvodu chudoby neboli samotné schopné riešiť tento celospoločenský problém bez pomoci svetských inštitúcií. I napriek dekrétom Jozefa II z roku 1782 – 1786, ktoré nariaďovali cirkvi zriaďovať ústavy pre chudobných pri farách, fungovanie uvedených zariadení bolo závislé i od podpory šľachty. Podľa autora uvedenými dekrétmi boli položené základy ústavnej starostlivosti. Popri cirkevných aktivitách vznikala i solidarita na miestnej úrovni, t. j. v obciach. I keď poskytovanie sociálnej služby inštitucionálneho charakteru začalo už koncom 18. storočia a začiatkom 19. storočia, sociálne služby mimo inštitúcií začali mať svoje miesto až začiatkom 19. storočia (Levická, 2006). Aby sociálna služba nebola poskytovaná fakultatívne, len na báze „služby človeku“, bolo nevyhnutné upraviť i podmienky poskytovania na základe platného práva. Za účelom zabezpečenia potrebnej pomoci bola kreovaná i príslušná legislatíva, ktorú možno rozdeliť na tri dôležité historické obdobia, a to od roku 1849 - 1949, od roku 1950 - 1998 a od roku 1998 po súčasnosť.

SOCIÁLNE SLUŽBY V KONTEXTE SOCIÁLNEJ POLITIKY A PRÁVA

Štát ako základný garant sociálnej politiky vytvára podmienky pre realizáciu sociálnozabezpečovacích právnych vzťahov. Sociálnozabezpečovacie právne vzťahy sú „spoločenské vzťahy upravené a regulované objektívnym právom v oblasti sociálneho zabezpečenia,

v ktorých účastníci vystupujú ako nositelia práv a povinností“ Matlák (2010, s.69). Vznik sociálnozabezpečovacích právnych vzťahov sa viaže na sociálne udalosti, od ktorých je závislé i plnenie. Plnenie môže byť z viacerých subsystémov sociálneho zabezpečenia, či už zo sociálneho poistenia, štátnej sociálnej podpory alebo sociálnej pomoci, ktorej súčasťou sú práve sociálne služby. Samotné poskytovanie sociálnych služieb sa viaže na príslušnú právnu úpravu, t. j. právo je neoddeliteľnou súčasťou pomoci formou sociálnych služieb.

Na vymedzenie pojmu právo vo všetkých spomenutých aspektoch by bol potrebný rozsiahly teoretický traktát. Vzhľadom na rozsah nášho príspevku vymedzíme pojem právo v čo najvšeobecnejšej právno-teoretickej rovine. Právo je jedným z dôležitých noriem z množstva noriem, ktoré nás ovplyvňujú, ale zároveň i zaväzujú. Je úzko späté predovšetkým s etikou a morálkou, i keď si veľa krát kladieme otázku, či je právo v súlade s morálkou.

Prirodzeno-právna teória chápe právo ako pokus ľudského rozumu priblížiť sa pravidlám prirodzeného práva. Podľa Platóna zákony majú na prvom mieste konštituovať kult, výraz úcty k zákonnosti vôbec. Prirodzeno-právne myšlienky sa dotkli vývoja rímskeho práva, neboli však cudzie ani v stredoveku.

Právny pozitivizmus sústreďuje svoju pozornosť len na platné právo, t. j. systém platných právnych noriem.

Právny realizmus považuje právo za formu spoločenskej aktivity, ktorú sprevádza

príslušná argumentácia a tresty. Právo je tým, čo robia súdy (Kol. autorov, 1997).

Platné právo z hľadiska právneho pozitivizmu je právom vďaka jeho forme. Jednou zo základných funkcií práva je úprava vzťahov v spoločnosti, t. j. transformácia práva do konkrétneho konania subjektov práva. Realizácia práva v právnych vzťahoch v súlade s právnou normou predstavuje konkrétne konanie subjektov práva, ktorých výsledkom sú práva a povinnosti. Aplikácia práva, t. j. právnych predpisov, ktorých predmetom je poskytovanie sociálnych služieb, predstavuje vnesenie aktuálnej legislatívy do praxe. Právna úprava verejnej starostlivosti o ľudí odkázaných na pomoc bola legislatívne upravená na Slovensku až v prvej polovici 19. storočia. Starostlivosť sa poskytovala na miestnej úrovni obcami na základe zákona o obecnom zriadení č. 170/1849 Zb.. Uvedená právna norma v § 22 zakotvila právny nárok na zaopatrenie podľa preukázateľnej potreby pre príslušníka obce. Obecný zákon č. 18/1862 Zb. v rámci pôsobnosti obce ustanovil povinnosť obcí starať sa o chudobných a zriaďovať obecné dobročinné ústavy. K uvedenej legislatíve sa v čase Rakúsko – Uhorska stali vykonávacími predpismi zákon č. 105/1883 Zb. o domovskom práve a zákon č. 59/1868 Zb. o ľudoch. Prvoradé miesto však mala rodina čo do povinností a následne nastupovali iné systémy. Domovské právo prináležalo každému občanovi Československej republiky iba v jednej obci. Za prvej Československej republiky bola pomoc obmedzená cezpoľným, ktorí nemali domovské právo, ale sa pre chorobu na území obce zdržovali, čím nemohli byť

sebestační. Citované právne predpisy boli za prvej Československej republiky recipované zákonom č. 11/1918 Zb.. V medzivojnovom období sa starostlivosť sústredila v ústavných zariadeniach. Boli to napr. Masarykové domovy – sociálne ústavy hlavného mesta Prahy v Krči, ktoré patrilo k najmodernejším zariadeniam v Európe. Dobrovoľné organizácie a poradenské centrá sa podieľali rôznymi formami pomoci na riešení sociálnej situácie odkázaných ľudí.

Zlomom bol február 1948, kedy došlo k podstatným zmenám i v sociálnom systéme. Zákon č. 99/1948 Zb. o národnom poistení nahradil zákon č. 221/1924 Zb. o poistení zamestnancov pre prípad choroby. Na základe politických zmien nastali zmeny i v sociálnom zabezpečení, kedy sa do sociálneho poistenia začala začleňovať i sociálna starostlivosť. Významným rokom bol rok 1953, kedy zákonom č. 76/1952 Zb. o dani zo mzdy bol zrušený výber poistného a celý systém sa začal riadiť štátnou sociálnou politikou prerozdeľovania prostriedkov. V roku 1956 bol prijatý zákon o sociálnom zabezpečení č. 55/1956 Zb.. Ďalšími významnými právnymi úpravami boli zákon č. 101/1964 Zb. o sociálnom zabezpečení a v roku 1975 to bol zákon č. 121/1975 Zb.. Významné miesto mal predovšetkým zákon č. 100/1988 Zb. o sociálnom zabezpečení v znení neskorších predpisov a vykonávacia vyhláška č. 151/1988 Zb. k citovanému zákonu, kde bola komplexne upravená i sociálna starostlivosť. I napriek prijatiu základných princípov sociálnej politiky ako boli princípy sociálnej spravodlivosti, solidarity, participácie a subsidiarity spoločnosť začala stavať v prevažnej miere na rovnosti. Preto i otázky rovnosti a sociálnej spravodlivosti

boli diskutovanými témami, vzhľadom na pravidlá rozdeľovania a prerozdeľovania v spoločnosti. Solidarita spoločnosti mala prvoradé miesto pred subsidiaritou a štát prevzal v celom rozsahu zodpovednosť za riešenie sociálnej situácie ľudí i napriek tomu, že neboli vyčerpané všetky možnosti v individuálnej sfére jednotlivca, t. j. poskytovanie pomoci blízkymi osobami. Tým sa narúšal základný princíp povinnosti poskytovania pomoci vyplývajúci z rodinnoprávných vzťahov určený Zákonom o rodine. Zákon č. 100/1988 Zb. o sociálnom zabezpečení v znení neskorších predpisov stratil účinnosť, čo sa týka časti úpravy poskytovania sociálnych služieb účinnosťou zákona č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci v znení neskorších predpisov. Už samotný názov „sociálna pomoc“ signalizuje, že štát ustupuje od svojho paternalistického prístupu a určuje povinnosť jednotlivcovi riešiť svoj sociálny problém vlastnou iniciatívou, ako i pomocou poskytovanou blízkymi osobami. Za prvé reformné kroky v oblasti sociálnych služieb však možno považovať zákon č. 135/1992 Zb. o poskytovaní sociálnych služieb právnickými a fyzickými osobami, t. j. pred účinnosťou zákona č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci. Uvedený prístup v poskytovaní sociálnych služieb zavrášila nová samostatná právna úprava sociálnych služieb účinná od roku 2009, t. j. zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 448/2008 Z. z.“). Uvedená právna úprava predstavuje právnu úpravu postupov, pravidiel a opatrení s cieľom riešiť nepriaznivú sociálnu situáciu fyzickej osoby odkázanej na pomoc spoločnosti.

Sociálne služby sú súčasťou právnej úpravy jedného zo systémov práva sociálneho zabezpečení, a to systému sociálnej pomoci. Ako sme sa už zmienili, uvedený systém sociálnej pomoci mal do roku 2008 jednotnú právnu úpravu v zákone č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci v znení neskorších predpisov. Zákon o sociálnej pomoci definoval sociálne služby v § 14 ods. 1 ako „špecializované činnosti na riešenie sociálnej núdze“.

Pri samotnom pojme „sociálna služba“ je potrebné pozastaviť sa nad všeobecným pojmom „služba“. Pojem služba pochádza z latinského slova „servicus“, čo v preklade predstavuje otroctvo. Charakter služby možno odvodiť od charakteru práce a subjektu, ktorému sa poskytuje. Môže ísť o služby finančné, zdravotné, obchodu a pod., t. j. potreby spoločnosti vyvolané potrebami trhu. Pri ich poskytovaní vznikajú občiansko-právne a obchodnoprávne vzťahy.

Odlišne sa definuje pojem „sociálna služba“. Definovaniu pojmu „sociálna služba“ sa venujú viacerí autori. Z nášho pohľadu sa však zameriame na definovanie sociálnej služby v zmysle § 2 zákona č. 448/2008 Z. z. Zákonodarca v uvedenom ustanovení vymedzuje sociálnu službu ako „odbornú činnosť, obslužnú činnosť a ďalšiu činnosť alebo súbor činností zameraných na:

- prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, riešenie nepriaznivej sociálnej situácie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny

alebo komunity,

- zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti fyzickej osoby viesť samostatný život a na podporu jej začlenenia do spoločnosti,
- zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby,
- riešenie krízovej sociálnej situácie fyzickej osoby a rodiny,
- prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby a rodiny“.

Ak vychádzame z uvedenej definície, možno konštatovať, že ide o službu vo verejnom záujme i napriek skutočnosti, že platná právna úprava upravuje poskytovanie sociálnych služieb tak verejnými, ako i neverejnými poskytovateľmi. Filozofia zákona je postavená na pluralite subjektov poskytujúcich sociálne služby. Pozitívne možno vnímať skutočnosť, že právna úprava dáva možnosť delegovať určité kompetencie, ktoré patria obciam a samosprávnym krajom na inú fyzickú alebo právnickú osobu v rámci zákonom zverených kompetencií. Ak však má byť služba kvalifikovaná ako sociálna služba, režim jej poskytovania musí byť upravený platnou legislatívou o poskytovaní sociálnych služieb. Samospráva, t. j. obce a samosprávne kraje majú povinnosť vyplývajúcu z kogentných ustanovení zákona č. 448/2008 Z. z. poskytnúť fyzickej osobe sociálnu službu vždy, ak je zdravie alebo život tejto osoby ohrozený, a to aj v prípade, že jej sociálnu službu poskytoval neverejný poskytovateľ a tento ju prestal poskytovať. Samospráva sa uvedenou platnou legislatívou stala garantom v oblasti poskytovania sociálnych služieb. Podľa Vitálošovej (2011) základným

smerovaním pri poskytovaní sociálnych služieb je snaha poskytovať sociálne služby v prirodzenom sociálnom prostredí prijímateľa sociálnej služby. Autorka vidí veľký priestor pre hľadanie zdrojov pre efektívne zabezpečenie sociálnych služieb v miestnej komunite.

PROCESNÝ POSTUP PRI POSUDZOVANÍ ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU

Zákonodarca sa v zákone č. 448/2008 Z. z. sústredil na individuálny prístup pri posudzovaní odkázanosti fyzickej osoby na sociálnu službu. Princíp individuálneho prístupu možno hodnotiť pozitívne, na druhej strane pri aplikácii právnej úpravy, t. j. konania vo veci posúdenia odkázanosti na sociálnu službu nasvedčuje tomu, že ide o komplikovaný, časovo náročný a nákladný administratívny postup. Uvedený postup veľa krát spôsobuje ťažkosti samotnej fyzickej osobe tým, že jej neumožňuje uplatniť si svoje práva vzhľadom na časový deficit ohraničený lehotami správneho konania. Z totožného dôvodu tento postup spôsobuje problém i príslušným orgánom samosprávy, ktoré rozhodujú o odkázanosti na sociálnu službu, ktoré sú taktiež viazané dodržaním procesných lehôt, ktoré im ukladá zákon č. 71/1967 Zb. o správnom konaní (Správny poriadok) v znení neskorších predpisov.

Konanie o odkázanosti na vybrané druhy sociálnych služieb upravuje § 92 zákona č. 448/2008 Z. z., ktorý určuje možnosti začatia konania tak zo strany účastníka konania, ako i zo strany správneho orgánu, t. j. konanie ex offo. Uvedená formulácia citovaného ustanovenia však

nešpecifikuje podmienky, za akých môže správny orgán začať konanie ex offo, z čoho vyplýva, že uvedený spôsob konania je na úvahe správneho orgánu. I napriek vydaniu rozhodnutia na základe iniciatívy správneho orgánu, t. j. bez aktivity samotnej fyzickej osoby rozhodnutie nie je možné realizovať z dôvodu, že o poskytnutie sociálnej služby a k uzavretiu zmluvy v zmysle § 51 Občianskeho zákona (ďalej len „OZ“) môže prísť len v súlade § 34 a násl. OZ. Neprejavom záujmu o uzatvorenie zmluvy zo strany samotnej fyzickej osoby i napriek konaniu ex offo nie je naplnený predpokladaný účel. Zvlášť dôležité je to pri poskytovaní sociálnej služby fyzickým osobám, ktoré sa bránia poskytovaniu sociálnej služby veľakrát i napriek ohrozeniu svojho zdravia a života. Zákon o sociálnych službách je postavený na zmluvnom princípe, t. j. na slobodnom prejave vôle zmluvných subjektov. V prípade, že fyzická osoba nie je pozbavená spôsobilosti na právne úkony, nie je možné sociálnu službu bez jej súhlasu poskytovať. Posúdenie odkázanosti na sociálnu službu v prípade nepriaznivého zdravotného stavu upravuje ustanovenie § 92 ods. 6 zákona č. 448/2008 Z. z..

V prípade, že fyzická osoba odkázaná na sociálnu službu požiada o uzavretie zmluvy verejného poskytovateľa, t. j. obec alebo samosprávny kraj, ktoré subjekty sú viazané zákonom tieto majú povinnosť poskytnúť sociálnu službu v rozsahu svojej pôsobnosti určenej v § 80 a § 81 zákona č. 448/2008 Z. z.. Ak nemôže sociálnu službu zabezpečiť verejný poskytovateľ sám, musí poskytovanie sociálnej služby zabezpečiť u iného verejného alebo neverejného poskytovateľa s tým, že jej povinnosťou

je poskytnúť finančný príspevok. Vždy musí rešpektovať právo fyzickej osoby na výber poskytovateľa sociálnej služby. Povinnosťou obce a samosprávneho kraja je poskytnúť finančný príspevok pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby pri úkonoch sebaobsluhy a finančný príspevok na prevádzku poskytovanej sociálnej služby. Neverejní poskytovatelia by v aplikačnej praxi nemali používať praktiká, že s fyzickou osobou odkázanou na sociálnu službu uzavrujú zmluvu len v prípade poskytnutia finančného príspevku zo strany obce alebo samosprávneho kraja. Povinnosťou každého neverejného poskytovateľa pri zápise do registra poskytovateľov je podľa § 64 zákona č. 448/2008 Z. z. okrem iných skutočností určených v uvedenom ustanovení preukázať i vlastné zdroje financovania, čo predpokladá, že nemôže byť poskytovanie sociálnej služby viazané len na verejné financie.

PRÁVA A POVINNOSTI PRIJÍMATEĽOV A POSKYTOVATEĽOV SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

§ 6 ods. 2 citovaného zákona upravuje práva prijímateľov sociálnych služieb a povinností poskytovateľa poskytovať sociálnu službu rozsahom a formou, ako i spôsobom poskytovania tak, aby neboli ohrozené základné ľudské práva a slobody a bola zachovaná ľudská dôstojnosť prijímateľa sociálnej služby. Poskytovateľ sociálnej služby je povinný chrániť práva prijímateľa, keďže ochrana práv prijímateľov sa považuje za základný štandard kvality poskytovanej sociálnej služby upravenej v § 104 citovaného zákona. Zákon č. 448/2008 Z. z. v § 104

upravuje podmienky pre určenie kvality poskytovanej sociálnej služby, ktorá je závislá okrem iného i od kvality vykonávanej sociálnej práce, prostredníctvom ktorej sa vykonáva sociálna služba. Poskytovateľ sociálnych služieb má povinnosť za účelom poskytovania kvalitných sociálnych služieb uskutočňovať program supervízie. Jedným z hlavných cieľov supervízie je podľa Vasku (2011) optimalizácia postupov sociálneho pracovníka pri práci s klientom s cieľom zabrániť poškodeniu klienta a nadobudnúť zručností pri výkone profesie. Kvalifikačné predpoklady pre vykonávanie pracovných činností v oblasti sociálnych služieb sa posudzuje podľa platnej legislatívy upravujúcej poskytovanie sociálnych služieb a súvisiacich právnych noriem. Podľa Ondruškovej (2011) sociálne služby sú poskytované i vylúčeným skupinám a komunitám a sociálna práca s nimi má svoje špecifiká, keďže cieľom sociálnej práce nie je len riešenie individuálnych problémov jednotlivcov, ale riešenie je v kontexte komunity a regiónu. „Na úrovni obcí sa začalo uplatňovať komunitné plánovanie s cieľom plánovať sociálne služby tak, aby zodpovedali miestnym špecifikám a potrebám občanov a vychádzali z analýzy súčasného stavu sociálnych služieb v danom území“ (Rievajová, E. a kol. 2011, 36 s.).

ZÁVER

Na základe analýzy vybraných ustanovení zákona č. 448/2008 Z. z. možno konštatovať, že vybrané ustanovenia zákona o sociálnych službách napriek zložitosti ich aplikácie majú pozitívny dopad na rozsah druhov a foriem poskytovaných sociálnych služieb,

ich kvalitu, ako i možnosť voľby výberu poskytovateľov sociálnych služieb. Zostáva však stále nedoriešená otázka financovania sociálnych služieb, ktorá je predmetom diskusie, tak prijímateľov sociálnych služieb, ako i poskytovateľov a to nielen verejných, ale predovšetkým neverejných. A tu si môžeme položiť otázku „Stáva sa sociálna služba trhovou službou, alebo sa zachová jej charitatívny charakter?“ Legislatíva však nie je nemenná a vzhľadom na funkčnosť a efektívnosť právneho systému, ktorý je daný tak jednotou a súladom právnych noriem, ako i optimálnym pomerom medzi vývojom a stabilitou právneho systému, i v oblasti legislatívy sociálnych služieb sa pripravujú zmeny vyúsťujúce do novely citovaného zákona o sociálnych službách. Niektoré navrhované zmeny však neriešia problémy aplikácie platnej právnej úpravy sociálnych služieb, a preto si kladieme otázku, či by nebolo vhodnejšie pripraviť nový zákon o sociálnych službách, ktorý by zohľadnil všetky návrhy tak prijímateľov, ako i poskytovateľov sociálnych služieb a názory odbornej verejnosti.

Je otázkou či pripravovaná novela zákona č. 448/2008 Z. z. skvalitní úroveň poskytovania sociálnych služieb, nahradí novými ustanoveniami niektoré nedostatky platnej právnej úpravy tak, aby vyhovovala tak prijímateľom, ako i poskytovateľom sociálnych služieb a súčasne bola v súlade s vnútroštátnou legislatívou, ako i legislatívou Európskej únie (bližšie pozri Európsku chartu miestnej územnej samosprávy). Navrhované zmeny legislatívy neriešia zásadné problémy dotýkajúce sa tak pôsobnosti samosprávnych orgánov a doplnenie o nové pôsobnosti nedostatočným finančným krytím nie sú

zabezpečené, čo je v rozpore s fiškálnou decentralizáciou. Možno konštatovať, že to vnáša nesúlad vo vzťahu k ústavnému zákonu o rozpočtovej zodpovednosti. I keď pozitívne hodnotíme napr. právnu úpravu nových druhov a foriem sociálnych služieb, napr. služba včasnej intervencie (§ 37 novely zákona č. 448/2008 Zb.), táto je obmedzená vekom do siedmich rokov dieťaťa, ktorého vývoj je ohrozený z dôvodu zdravotného postihnutia. Vo vzťahu k legislatívnemu návrhu sa súčasne natíska otázka, či si nezaslúžia pozornosť i rodiny s deťmi nad sedem rokov, ktoré majú problémy so starostlivosťou ustarších detí, ktorých problém sú totožné, resp. podobné. Súčasnne vzniká otázka, či uvedený druh sociálnej služby bude mať charakter platenej formy, poprípade pôjde o bezplatnú formu sociálnej služby, čo evokuje otázku finančného krytia nákladov na jej poskytovanie a taktiež zvýrazňuje celkový nedostatočne riešený problém finančného krytia i ďalších druhov a foriem sociálnych služieb.

Diskutabilnou sa javí napr. i otázka návrhu obmedzenia počtu prijímateľov sociálnych služieb v zariadení pre seniorov v jednej bytovej budove na počet 22 prijímateľov. Legislatívne zakotvenie maximálneho počtu prijímateľov sociálnych služieb spôsobí ťažkosti čo sa týka prevádzky uvedeného zariadenia (personálne zabezpečenie) a pod. a súčasne predraží úhradu za sociálnu službu, čím sa stane nedostupnou pre prijímateľa a obmedzí možnosti na skvalitnenie sociálnej služby i samotnému poskytovateľovi. Možno sa v danom prípade domnievať, že sociálna služba sa môže stať i neefektívna a možno si položiť otázku, či obmedzenie

počtu prijímateľov predmetnej sociálnej služby bude i zárukou zvýšenia kvality poskytovanej sociálnej služby?

Obsiahly okruh problémov, ktoré návrh novely rieši, si zaslúži širokú diskusiu, a preto sme vybrali len niektoré problémy súvisiace s pripravovanou novelou platnej právnej úpravy sociálnych služieb.

V závere možno konštatovať, že legislatívou organizovanú sociálnu pomoc pri poskytovaní sociálnych služieb upravenú zákonom č. 448/2008 Z. z., ktorý určuje podmienky poskytovania sociálnych služieb, práva a povinnosti poskytovateľov, ale i prijímateľov sociálnych služieb, spôsob poskytovania druhov a foriem sociálnych služieb a ich financovanie, sa vytvára priestor pre otvorenú a efektívnu komunikáciu medzi poskytovateľmi sociálnych služieb a prijímateľmi sociálnych služieb, ako i širokou odbornou verejnosťou.

Pozornosť je však potrebné venovať i základným princípom, z ktorých dôležitú rolu zohráva princíp solidarity a subsidiarity. Nepochybne dôležitým faktorom je možnosť výberu poskytovateľov sociálnych služieb a to tak verejných, ako i neverejných a to aj tých, ktorí poskytujú sociálne služby za účelom zisku. Súčasne však treba dbať na skutočnosť, aby sa sociálna služba nestala len trhovou službou.

Javí sa však potrebné práve pri neverejných poskytovateľoch poskytujúcich sociálnu službu sústrediť pozornosť aké druhy a formy si zvolia, aby spĺňali kritériá zákona č. 448/2008 Z. z. a vytvárať politiku manažovania organizácie tak, aby viedla

k trvalej finančnej udržateľnosti.

Ak sa obzrieme späť do histórie, kde bola pomoc poskytovaná na princípe „lásky k blížnemu“, je preto potrebné sa zamyslieť, či bude i naďalej prevládať charitatívny podtext pri poskytovaní sociálnych služieb, alebo sa sociálne služby začlenia do služieb trhového charakteru.

LITERATÚRA:

1. JÁN PAVOL II,: 2005. Vlastnými slovami. Zostavil Marián Beňov. Trnava: Vydavateľstvo Dobrá kniha, Štefániková 44, 2005, 132 s. ISBN 80-7141-483-2
2. KLENOVSKÝ, L. : 2011. Inšpirácie pre prax sociálnej práce. Bratislava: IRIS – Vydavateľstvo a tlač, s. r. o., 2011, 235 s. ISBN 978-80-89238-53-8
3. Kolektív autorov. : 1997. Slovník spoločenských vied. Bratislava: SNP, 1997, 303 s. ISBN 80-08-01040-1
4. KRAUS, G. : 2010. Svätý Augustín. Život a účinkovanie. Bratislava: LÚČ, vydavateľské družstvo, Špitálska 7, 2010, 152 s. ISBN 978-80-7114-722-0
5. LEFEVRE,P. : 2009. Láska a múdrosť. Myšlienky európskych svätcov. Bratislava : LÚČ, vydavateľské družstvo, Špitálska 7, 2009, 184 s. ISBN 978-80-7114-716-9
6. LEVICKÁ, J.: 2006. Na ceste za klientom. Trnava: Edícia ProSocio, 2006, Hlavná 54, 334 s. ISBN 80-969454-0-8
7. MATLÁK, J. : Právo sociálneho zabezpečenia. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk s.r.o., 2009, 383 s. ISBN 978-80-7380-212-7
8. MATOUŠEK, O. : 2007. Sociální služby. Praha: Portál, s.r.o., 2007, 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9
9. ONDRUŠKOVÁ, E. a kol. : 2011. Inšpirácie pre prax sociálnej práce. Bratislava: IRIS – Vydavateľstvo a tlač, s. r. o., 2011, 235 s. ISBN 978-80-89238-53-8
10. RIEVAJOVÁ, E. a kol. : 2011. Sociálne zabezpečenie. Bratislava: Vydavateľstvo EKONÓM Dolnozemska cesta 1, 2011, 300 s. ISBN 978-80-225-3190-0
11. VASKA, L. : 2011. Špecifiká supervízie začínajúcich sociálnych pracovníkov. Bratislava: Polygrafické stredisko UK, Staré Grunty 55, 388 s. ISBN 978-80-223-3075-5
12. VITÁLOŠOVÁ, I. : 2011. Inšpirácie pre prax sociálnej práce. Bratislava: IRIS – Vydavateľstvo a tlač, s. r. o., 2011, 235 s. ISBN 978-80-89238-53-8

PRÁVNE PREDPISY:

13. Zákon č. 100/1988 Zb. o sociálnom zabezpečení v znení neskorších predpisov
14. Zákon č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci v znení neskorších predpisov
15. Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov
16. Zákon č. 71/1967 Zb. o správnom konaní (Správny poriadok) v znení neskorších predpisov

SOCIAL SERVICE AS A SERVICE TO THE HUMAN – LEGISLATION AND PRAXIS



KONTAKTNÍ ÚDAJE NA AUTORA:

JUDr. Marta Kečkéšová, PhD.
Univerzita Komenského v Bratislave
Pedagogická fakulta
Ústav sociálnych štúdií a liečebnej
pedagogiky
Katedra sociálnej práce
keckesova@fedu.uniba.sk

ABSTRACT

In article on topic „Social service as a service to the human – legislation and praxis“ we will focus on the interdependencies in between the stated terms and on the differencies by their realization from the point of view of social policy and Law and there aplication in praxis by providing social sevice. We will think about the nature of the quality of the providing social services, when preserving the human dignity.

Preservation of human dignity is in line with the fundamental principles of a democratic state. A functional democratic legal system creates conditions for respecting the rules, regulates the functioning of society, and thus contributes to its stability. The market development and operation of the state power goes hand in hand with the need to deal with the measure of solidarity in democratic system. The term of solidarity, subsidiarity and social justice are accepted concepts in a democratic society. They are highly applied in the area of social assistance . Therefore not only the society but also social service providers are responsible for dealing with social assistance in the form of social services and in relation to its beneficiaries.

KEYWORDS:

service, social sevice, social policy,
social security, legislation, human dignity

DROGOVÁ ZÁVISLOSŤ, RIZIKOVÉ FAKTORY VEDÚCE K RECIDÍVE A PREVENCIA



¹JOZEF NOVOTNÝ, ²JAROSLAV
STANČIAK, EVA ĎURIŠOVÁ

¹VYSOKÁ ŠKOLA
POLYTECHNICKÁ JIHLAVA,
KATEDRA ZDRAVOTNICKÝCH
STUDIÍ

²UNIVERZITA SV. CYRILA A
METODA V TRNAVE, KATEDRA
SOCIÁLNYCH VIED

ABSTRAKT

Civilizačná záťaž populácie je enormná, tak po stránke mortality ale najmä morbidity. Hektická doba a taktiež nové podmienky života, na ktoré sme neboli zvyknutí prinášajú so sebou aj nové nástrahy a pasce, do ktorých môže jedinec veľmi rýchlo upadnúť. Vysoké pracovné nároky si žiadajú aj enormnú koncentráciu pri plnení svojich povinností, na ktoré jedinci často nestačia, a tak sa utiekajú k látkam, ktoré na určitú dobu utlmia nároky, a jedinec si myslí, že takým spôsobom prekryje často svoju nedokonalosť. Opak je pravdou, pretože „snívanie“ o takejto dokonalosti je klamné, a bludný kruh sa začína. Začína sa reťaz, z ktorej často už niet úniku, najmä vtedy ak nie je dostatočné zázemie, ak nie sú verní priatelia, ak chýba spolupráca a jedinec nie je dostatočne silný. Návykové látky privodia degradáciu osobnosti, poškodenie organizmu a najmä táto pandémia sa posúva do čoraz nižších vekových skupín, sú to pubescenti a adolescenti oboch pohlaví. V neposlednej miere sú to aj marginálne skupiny. Pripomíname, že „zamatová revolúcia“ nevynechala ani našu spoločnosť a tento fenomén ju „prichytil“ nepripravenú.

Os pohybu návykových látok prechádza cez naše Slovensko a teda je tu spoločnosť, ktorá často plnou mierou si „užíva“. Nie je to len alkohol, ale sú to často kombinácie „tekutého vitamínu“ s tvrdými veľmi škodlivými látkami. Spoločnosť sa často iba pasívne prizerá, kritizuje, ale nekoná. Hovoríme často o prevencii, ale iba hovoríme, konáme málo. Protidrogová prevencia, i keď sa prijímajú zákony, je stále málo účinná. Mimoriadne dôležitú úlohu v prevencii, terapii i edukácii zohráva ošetrovatelstvo aj sociálna práca, ktorých úloha v komplexnej starostlivosti je nezastupiteľná. Podstatou prevencie recidívy je pomoc pri zvládnutí úskalí bezdrogového životného štýlu. Uzdravujúci sa závislí to v konečnom dôsledku musia zvládnuť sami. Musia sa naučiť sebaovládaniu, ktoré ich bude viesť k zvládnutiu túžby po drogách a prekonaniu sociálnych tlakov v tomto smere. Uzdravujúci sa závislí musia byť začlenení do novej sociálnej siete a musia sa naučiť získavať pôžitok z aktivít bez drog. Musia objaviť nové spôsoby, ako reagovať na stres a bolesť - musia

si vytvoriť nový spôsob života. Musia sa naučiť realizovať potrebné životné zmeny a identifikovať a zvládnuť rizikové situácie, chuť na drogu a zvládať sociálne napätie. Život bez drogy prináša mnoho frustrácií, ktoré môžu viesť k recidíve. Uzdravujúci sa závislý si musí vytvoriť nové sociálne siete, pretože tie staré sú preňho nebezpečné.

KLÚČOVÉ SLOVÁ:

drogy, drogová závislosť, rizikové faktory, recidíva, prevencia

V novodobej histórii šírenia a zneužívania drog, t.j. v 19., 20. i 21. storočí, sa rozlišujú *tri obdobia*:

- Asi do roku 1960 sa drogy a problémy s nimi spojené považovali za odborný problém, ktorým sa zaoberala pomerne úzka skupina vysoko kvalifikovaných špecialistov - kriminalistov pre oblasť zamedzovania trestnej činnosti a lekárov pre oblasť liečenia závislostí.
- V rokoch 1960 - 1990 sa hlavne vo vyspelých krajinách drogy stávajú spoločenským problémom, ktorý sa dotýkal mnohých sociálnych vrstiev a skupín, či profesií. V tomto období dochádza v USA a v západnej Európe k enormnému nárastu užívania drog s vážnymi zdravotnými a sociálnymi dôsledkami, čo sa premietlo do kvalitatívnych zmien v koncepciách a prístupoch drogových politík.
- Od r. 1990 už medzinárodné spoločenstvo (v Globálnom akčnom pláne OSN z roku 1991) charakterizuje problém drog ako globálny problém (Stančiak, Novotný, 2011).

Globálny problém má tieto

charakteristiky:

- ovplyvňuje v podstate všetky krajiny sveta;
- každá krajina v ňom má svoju úlohu - u drog sa rozlišujú krajiny producentské, tranzitné i spotrebiteľské (od polovice 90-tych rokov sa Česká republika, podobne ako Slovensko, stala spotrebiteľskou krajinou, aj keď tranzit cez toto územie prebieha, nezmizla ani domáca produkcia);
- skoro nik nezostáva bokom - každá rodina a každý jednotlivec vo svojej úlohe osobnej, pracovnej či sociálnej prichádza s problémom drog do styku minimálne ako s konkrétnym rizikom;
- globálny problém sa nedá riešiť na jednom mieste a jediným prístupom, vyžaduje medziodborovú, medzirezortnú, medzisektorovú a medzinárodnú kooperáciu.

Globalizácia drogového problému súvisí s vytvorením svetového nezákonného trhu s drogami, ktorý vrátane prekursorov a pomocných látok je na *prvom mieste*, čo sa týka rozsahu, medzi svetovými nezákonnými trhmi, a na *druhom mieste*, pokiaľ ide o finančný obrat (Kalina et al., 2003).

Obrázok 1.

Drogová závislosť ako celosvetový problém.



NÁVYKOVÉ LÁTKY AKO GLOBÁLNY SPOLOČENSKÝ PROBLÉM

DROGY, DROGOVÁ EPIDEMIOLOGIA

Drogová epidemiológia sa zaoberá rozšírením rôznych typov užívania drog v populácii, jeho príčinami a dôsledkami, vzťahmi medzi rozšírením užívania a zneužívania drogy a zdravotnými následkami a efektívnosťou liečebných, zákonných a ďalších intervencií.

„Drogová situácia“ je veľmi dynamický jav, stále sa menia spôsoby užívania drog, ich dostupnosť a čistota. Nové skupiny užívateľov znovu objavujú „staré“ drogy a nachádzajú nové spôsoby ich užívania atď. Ak má byť drogová politika efektívna, musí mať k dispozícii vždy aktualizovaný obraz situácie. Tiež dopad, úspech či neúspech, cieľov drogovej politiky, jej evaluácia a priebežné úpravy sú bez drogovej epidemiológie nepredstaviteľné.

NÁVYKOVÁ LÁTKA, DROGA, DROGOVÁ ZÁVISLOSŤ

Svetová zdravotnícka organizácia prijala v roku 1969 túto definíciu: „Droga je akákoľvek substancia, ktorá po vpravení do živého organizmu môže pozmeniť jednu alebo viac jeho funkcií.“ (Novomeský, 1995; Novotný, 1998; Kalina et al., 2003)

Biochemický a farmakologický účinok drogy sa uskutočňuje na molekulovej úrovni. Ide o reakciu s určitými molekulami v organizme. Priamo pôsobia na priebeh biologických i psychických funkcií. Zasahujú do činnosti enzýmových systémov.

NÁVYK

Najväčším nebezpečenstvom drog pre človeka je ich návykovosť. Návyk je ustálenou reakciou organizmu na známy podnet, podráždenie či situáciu. O návyku hovoríme len vtedy, keď už je prítomná predchádzajúca skúsenosť. Takáto reakcia vzniká po niekoľkonásobnom opakovaní. Návyk si jedinec natrénuje, ťažko ho však ruší. Návyk má rýchlu obnovu, čo znamená, že ak ho jedinec po dlhšom čase znova zopakuje, rýchlo sa u neho zas obnoví. Návyk je prvým stupňom pre vývin závislosti (Skála 1986, 1987).

ZÁVISLOSŤ

Závislosť vo všeobecnom zmysle znamená vzťah medzi dvomi vecami, javmi, atď. Pri drogovej závislosti ide o stav nesamostatnosti človeka voči návykovej látke, je ňou zotročený (Novotný, 1998; Stančiak, Novotný, 2011). Je to duševné ochorenie, ktoré je chronické a doživotné. Ide o neschopnosť existencie bez drogy. Je to stav, ktorý nie je ovládateľný vôľou. Jedinec stráca schopnosť samostatného rozhodovania.

SZO v roku 1969 prijala túto definíciu závislosti: „*Závislosť je psychický a niekedy tiež fyzický stav, ktorý je výsledkom vzájomného pôsobenia medzi živým organizmom a drogou. Je charakterizovaný zmenami správania a inými reakciami, ktoré vždy zahŕňajú nutkanie brať drogu stále alebo pravidelne pre jej psychické*

účinky a niekedy tiež preto, aby sa zabránilo nepríjemným pocitom, tzv. abstinенčným príznakom, plynúcim z jej neprítomnosti v organizme.“ (Urban, 1993; Vicáňová, Rovná, 2008)

Syndróm závislosti tvorí skupina fyziologických, behaviorálnych a kognitívnych fenoménov, v ktorých je užívanie nejakej látky oveľa významnejšie, než iné konanie, ktoré si predtým osoba užívajúca drogu, cenila viac. Základnú charakteristiku závislosti predstavuje silná túžba brať návykovú látku. Závislosť vzniká postupne. Ako prvá sa vyvinie psychická, neskôr fyzická závislosť.

Psychická závislosť je zvláštnym ladením psychiky, ktoré núti človeka k periodickému alebo sústavnému užívaniu drogy.

Fyzická závislosť predstavuje adaptáciu organizmu na drogu. Fyzická sa dostavuje ihneď po odňatí drogy, psychická až v období abstinencie.

Pri dlhodobom zneužívaní návykových látok vzniká **psychologická závislosť**, ktorá predstavuje vlastne dôveru závislého na forme zneužívanej látky, nie na obsahu. Keďže si organizmus na drogu zvyká, po určitom čase je potrebná na dosiahnutie rovnakého efektu vyššia dávka. Hovoríme o **tolerancii**. Je to vlastne schopnosť organizmu znášať určitú látku vo vysokých dávkach (Podhradský, Komárik, 1990).

Heller, Pecinová et al. (1996) uvádzajú, že človek je závislý vtedy, ak sa u jedinca prejavia aspoň tri z nasledujúcich javov za posledný rok:

- silná túžba alebo nutkavý pocit užívať drogu;
- problémy v kontrole užívania látky pokiaľ ide o začiatok, ukončenie alebo množstvo látky;
- somatický odvykací stav, ak je látka užívaná s úmyslom zmenšiť jeho príznaky; rastúca tolerancia;
- zanedbávanie záujmov;
- pokračovanie v užívaní tejto látky i napriek tomu, že je jasný dôvod o jej škodlivých účinkoch.

ABSTINENČNÝ SYNDRÓM

Prejavuje sa rôznymi príznakmi, po telesnej stránke (zívanie, potenie, bolesti, vracanie, hnačky, zápchy, kŕče a pod.) a po psychickej stránke (nepokoj, úzkosť, podráždenosť, agresivita, vyčerpanosť,...). Príznaky pramenia z narušenia vnútornej rovnováhy.

Prejavy abstinencie sú výrazne individuálne, a preto tiež individuálne zvládnuteľné. Faktom je, že abstinенčný syndróm je v oblasti drogovej problematiky významnou skutočnosťou a nemôžeme ho v žiadnom prípade podceňovať a ani prehliadať (Skála, 1986; Podhradský, Komárik, 1990; Presl, 1994; Novotný, 1998).

HLAVNÉ SKUPINY NÁVYKOVÝCH LÁTOK

ZÁKLADNÉ SKUPINY POVZBUDIVÝCH LÁTOK

Doteraz nebolo možné zostaviť kompletný zoznam látok, ktoré vyvolávajú drogovú závislosť, pretože

sa vyskytujú v rôznych zmesiach a neustále vznikajú nové. Užitočné je však poznať aspoň základné skupiny látok a ich hlavných predstaviteľov (Milovský, 1996; Novotný, 1998; Stančiak, Novotný, 2011).

TYP ZÁVISLOSTI	DROGA
1. morfínový typ	Ópium, morfín, kodeín, heroín
2. barbituranovo-alkoholový typ	Pivo, víno, liehoviny, deriváty kyseliny barbituranovej, hypnotiká, sedatíva, analgeticko - antipyretické zmesi obsahujúce barbiturany
3. kokaínový typ	Kokaín
4. kanabisový typ	Hašiš, marihuana
5. amfetamínový typ	Fenmetrazín, psychoton
6. kathový typ	Katha
7. halucinogénny typ	LSD, meskalín, psilocybín
8. tabakizmus	Nikotinizmus
9. kofeinizmus	Káva, čaj, kakao, kola, mate, guarana
10. závislosť od analgetík a antipyretík	Alnagon, Dinyl

Tabuľka 1. Desať skupín drog, typy drogovej závislosti.

ČLOVEK V ZAČAROVANOM KRUHU

„Droga je predovšetkým prostriedkom úniku pred vlastnou neschopnosťou zvládnuť reálny svet,“ povedal človek, ktorý prešiel peklom závislosti od návykových látok. Nezávisle od toho, či chceme alebo nie, život prináša so sebou i neúspechy,

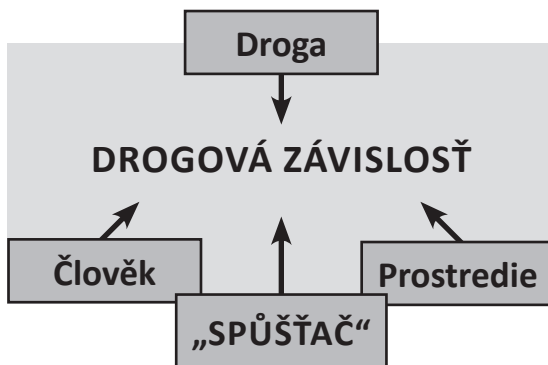
sklamania, nepríjemné situácie. Niekedy sa dokážeme postaviť voči životným nárokom, inokedy unikáme do sveta fantázie, snov, niektorí z nás do sveta omamných látok. Práve tento svet najviac zvädza ľudí do sveta drog, v ktorom sa zdá všetko ľahko riešiteľné, akoby samé od seba. Ale daň za uľahčenie života je priveľká. Návyková

látka nekompromisne poznačuje človeka tak zo strany psychickej, ako i fyzickej. Duševné zmeny u človeka závislého od návykových látok sa môžu prejavovať nervozitou, podráždenosťou. Človek je sklúčený, ľahostajný k vonkajšiemu okoliu, rozladený, vyskytujú sa u neho výbuchy radosti bez zjavnej príčiny. Je precitlivý, máva poruchy koncentrácie a pozornosti, poruchy koordinácie a nemá racionálny pojem ako plynie čas. Rýchlo sa unaví a trpí poruchami spánku. Jeho rečový prejav je nesúvislý, trpí halucináciami zrakovými i sluchovými a poškodzuje si vnútorné orgány a jednotlivé orgánové systémy. Z fyzického hľadiska človek, ktorý užíva návykové látky, má vpadnuté líca, zúžené (morfín) alebo rozšírené (halucinogény) očné zrenice, neidentifikovateľné miesta vpichov. Má typickú popolavú farbu pokožky, sucho v ústach, rany okolo nosa a úst, zníženú chuť do jedla až nechutenstvo. Je nadmerne citlivý na vonkajšie podnety. Okrem prejavujúcich sa zmien v somatickej stránke sa objavujú pri prvom kontakte s návykovou látkou aj zmeny v správaní. Dostavuje sa zníženie záujmu, zhoršenie školského prímeru, narušené rodinné vzťahy, zmena predošlého životného štýlu, zanedbávanie vonkajšieho výzoru, okolia, uzavretosť, tajnostkárstvo (Višňovský, Valentík, 1989; Stančiak, Novotný, 2011).

PRÍČINY DROGOVEJ ZÁVISLOSTI

Pri skúmaní rizikových faktorov musíme brať do úvahy určitú štruktúru podmienok. Jediniec v tom nikdy nie je sám. Vždy sa jedná o viac faktorov, najčastejšie o tri základné faktory spôsobujúcu závislosť na droge. Sú to nasledovné faktory: osoba, droga a prostredie (Novotný, 1998; Nešpor,

2000; Stančiak et al., 2002, 2009; Stančiak, Novotný, 2011). Potrebný je aj „spúšťač“, čiže stimul, ktorý je samozrejme v oboch – osoba a prostredie (Obrázok 2).



Obrázok 2. Faktory vedúce k drogovej závislosti.

OSOBNOSŤ ČLOVEKA

Človek sa rodí ako biologická bytosť. Ľudskou bytosťou sa stáva vplyvom bezprostredného sociálneho prostredia, v ktorom od narodenia žije a vyrastá. Osobnosť človeka sa formuje, rozvíja a zdokonaľuje pôsobením vonkajších vplyvov na vnútorné vlastnosti. Nedá sa s istotou povedať, že u jednej osobnosti závislosť vznikne a u inej nie. Závislým sa môže stať v podstate každý z nás. Podľa SZO (Svetovej zdravotníckej organizácie) sa v 18. technickej správe komisie znalcov uvádzajú nasledovné stimuly, spúšťače (Stančiak et al., 2002, 2009; Stančiak, Novotný, 2011):

- opustenie osobou, na ktorú bol jedinec emocionálne viazaný, alebo odlúčenie od nej,
- prevzatie náročnejšej úlohy v rodičovstve, manželstve alebo v zamestnaní,
- vážne nepriaznivé okolnosti alebo fyzické ochorenia.

Odborníci však i podotýkajú, že takéto udalosti by neviedli k drogovej závislosti, keby u postihnutých nebol prístup k drogám. Situačným podnetom je i zvodca - človek, ktorý drogu vedome a cielene podá (Urban, 1993).

MLÁDEŽ A DROGY

Ako sme už uviedli veková hranica užívania drog a drogozo závislých sa trvale posúva do nižších vekových skupín. V súčasnosti najvyššie ohrozenie závislosti bolo pozorované u mladistvých vo veku od 12 do 18 rokov. Toto obdobie v živote človeka je poznačené mnohými zmenami, vážnymi rozhodnutiami a situáciami. Verejnosť považuje toto obdobie prevažne ako krízovú a najproblematickejšiu fázu v období života človeka. Dospievanie je fázou hlbokých zmien v živote každého z nás. Človek prechádza mnohými zmenami v sociálnej a psychickej oblasti sprevádzaný ešte aj telesnou zmenou. Nové telesné skúsenosti sú často chaotické a zároveň dávajú jedincovi nové poznatky. Cesta k dospelosti riadená niekým iným k samostatnosti je neľahká. Mladý človek sa musí vysporiadať s mnohými novými požiadavkami na seba samého: telesné a sociálne zmeny; osamostatnenie sa od rodičov, odchod z rodinného hniezda; nová sociálna zodpovednosť; neistoty a nové požiadavky v povolani; vytváranie systémov vlastných hodnôt a noriem (Drobná, Velemínský, 2000; Hajný, 2001).

SOCIALIZÁCIA OSOBNOSTI

Človek sa rodí ako biologická bytosť. Ľudskou bytosťou sa stáva vplyvom bezprostredného sociálneho prostredia,

v ktorom od narodenia žije a vyrastá. Postupná premena človeka z biologickej bytosti na ľudskú bytosť vplyvom sociálneho prostredia sa nazýva socializácia alebo zospoločenšenie. Človek nadobúda špecifické ľudské spôsoby psychického reagovania, vnímania, myslenia a cítenia (Novotný, 1998; Nociar, 2001; Novotný, 2002).

Socializáciu nemožno chápať ako jednostranný adaptačný proces na striktne kladené požiadavky sociálneho systému. Dôležitá je i druhá stránka procesu - akčná stránka. Socializácia je procesom celoživotným (Janoušek, 1998; Stančiak, Novotný, 2011).

PREVENCIA ZNEUŽÍVANIA NÁVYKOVÝCH LÁTOK

Prevencia predstavuje súbor opatrení, ktoré vedú k zabráneniu vzniku chorôb, ich šírenia a pomáha udržať optimálny stav zdravia, posilňovať ho a rozvíjať. V tomto ponímaní však znamená aj včasné vymedzenie problémov, ich pochopenie a riešenie. Prevenciu tvoria opatrenia cielené na účinnú ochranu a zachovanie zdravia človeka, a to predovšetkým zo zdravotného hľadiska. Protidrogová prevencia sa vo veľkej miere venuje informovanosti žiakov, študentov, verejnosti o spôsobe užívania drog, ich aplikácii, účinkoch, rizikách spojených s ich užívaním, aké dôsledky to môže mať pre nás a našich blízkych a podobne. Do protidrogovej prevencie a činností s ňou spojených by sa mali zapájať vrstovníci, vláda, parlament, miestne samosprávy, významné osobnosti, zdravotnícke zariadenia, zariadenia pre liečbu

závislostí, médiá, inštitúcie zaoberajúce sa výchovou a vzdelávaním, kultúrne organizácie, pedagogicko-psychologické poradne, cirkev, sociálne služby, inštitúcie tretieho sektoru, polícia, súdy, armáda. Protidrogová prevencia je úzko špecializovanou oblasťou, zaoberajúcou sa hlavne prevenciou návykových a ďalších škodlivých látok s cieľom čo najviac obmedziť škody spôsobené týmito látkami. Delí sa na tri časti: na primárnu, sekundárnu a terciárnu (Čerňan, 1996; Heller, Pecinová et al., 1996; Rotgers et al., 1999; Stančiak, Novotný, 2011).

Primárna prevencia je aktivita, ktorej cieľom je odradiť od prvého užívania drogy alebo aspoň čo najďalej odložiť prvý kontakt s drogou. Orientuje sa na udržanie a podporu zdravia celej populácie. Ide v nej hlavne o to, aby sa čo najviac znížil dopyt po drogách, aby drogy neboli vyhľadávané a konzumované a aby vôbec nebol dôvod ich vyhľadávať a konzumovať. Cieľom potom vlastne je, aby u potencionálnych konzumentov k faktickému konzumu vôbec nedošlo a predchádzať tak k zvyšovaniu užívania drog v rizikových skupinách. Preventívne aktivity sa môžu zameriavať na celú populáciu (napr. využitím masových médií vo vzdelávaní širokej verejnosti), v komunitách, v ohrozenej populácii (deti ulice, mladí ľudia čo opustili školu, deti užívateľov drog, a pod.). Primárna prevencia v podstate vytvára povedomie a edukuje o informovanosti o drogách, o nepriaznivých zdravotných a sociálnych dôsledkoch spojených so zneužívaním drog.

Keď hovoríme o sekundárnej prevencii, máme na mysli vlastné vyhľadávanie

problému, ktorý už vznikol a je treba ho riešiť, a jeho liečbu. Sústreďuje sa na pomoc už v existujúcom nebezpečenstve závislosti. Pre užívateľov drog je vytváraný určitý systém odbornej pomoci, kde jeho jednotlivé zložky ponúkajú odlišné služby podľa určitých indikátorov - napr. podľa fázy závislosti, hĺbky motivácie zmeniť sa, ochoty spolupracovať, sociálnej situácie jedinca, psychického poškodenia, atď. Je však nutné mať na pamäti, že liečba drogovej závislosti je veľká psychická i somatická záťaž pacienta, je vedome organizovaná a systematická. Problém obvykle nevznikal v krátkom časovom období (prvé užitie drogy), ale dozrieval už dávno predtým, takže i jeho liečenie je náročnejšie a finančne nákladnejšie.

Terciárna drogová prevencia sa zaoberá opatreniami, ktoré zabraňujú návratu akútneho štádia závislosti, recidívy, podporujú výsledky terapie a postupného odstraňovania následkov závislosti. V tejto prevencii ide v podstate o čo najväčšie zmiernenie následkov, ktoré užívanie drog spôsobilo. Nie je možné toto nazvať riešením, ale svojim spôsobom je to voľba „menšieho zla“. Ide o podporu vytvárania nového hodnotového rebríčka, aktívneho spôsobu života. V programe nazvanom „harm reduction“ sa ráta s tým, že sú to ľudia, ktorí to, že užívajú drogu nevnímajú alebo nechcú vnímať ako problém a ani necítia potrebu sa liečiť. Je nutné si uvedomiť, že to nie sú jediní na prvý pohľad rozoznateľní, žijúci mimo spoločnosť, ale že je to dosť podstatná časť našej mládeže. V rámci tohto programu sa napr. robí výmena použitých ihlích a striekačiek za nové. A práve skupina intravenózných toxikomanov, čo sa týka

rizík prenosu infekčných ochorení, je najnebezpečnejšia. Žiaľ, len ponuka čistých ihlíc a striekačiek nestačí. Je nutný určitý tlak a neustále opakovanie a vysvetľovanie, aby daní jednotlivci nové ihly a striekačky aj naozaj používali. Vo väčších mestách existujú tímy pracovníkov - tzv. street workers, ktorí chodia na miesta, kde sa narkomani stretávajú a okrem výmeny ihlíc a striekačiek (Staněková et al., 2005), vysvetľovania a rozdávania letáčikov s jednoduchými informáciami nadväzujú kontakty a pozývajú narkomanov do stredísk. Nezriedka sú to prvé kroky narkomana k jeho vyslobodeniu, k jeho liečbe (Okruhlica, 1995; Novotný, 1996).

Do terciárnej prevencie sa tiež zahŕňa substitučný program. Jeho základom je náhrada ilegálnej nečistej drogy za drogu chemicky čistú, legálne podanú v špecializovanom zariadení. Droga im dáva pocit normálneho života, život bez nej je pre nich peklom.

Substitúcia je možná len u závislostí opiátového typu. Najznámejšou náhradou je syntetický opiót - metadon. Tento spôsob sa nehodí k liečbe začínajúcej závislosti a závislostí kombinovaných (napr. heroín s alkoholom), kedy môže byť jej podanie riskantné (Komárik, Podhradský, 1990; Masár, Drobná, 2001)

Kalina et al. (2003) vymedzuje a charakterizuje cieľové skupiny prevencie nasledovne:

- **všeobecná populácia** - predstavuje dôležitú skupinu najmä v primárnej prevencii;

- **rizikové skupiny** - možno ich vymedziť podľa veku (kategória 13-18 ročných patrí medzi rizikové), ale aj podľa profesií, príslušnosti k sociálnej či etnickej skupine.

Rizikové skupiny sú cieľovými skupinami v špecifickej primárnej prevencii:

- **rizikovní jednotlivci** - individuálne riziko zvyšujú najmä psychické problémy a poruchy, poruchy učenia a správania, genetické predispozície, dysfunkčná rodina a rodičia, partneri a deti užívateľov;
- **experimentátori** - nepresné označenie osôb, ktoré skúšajú, občas, nie pravidelne užívajú rôzne druhy drog, a u ktorých môže ale nemusí ísť aj o problémy v ďalších oblastiach;
- **príležitostní a rekreační užívatelia** - užívanie drog sa v tejto cieľovej skupine stalo súčasťou životného štýlu, ale nie je častejšie ako raz do týždňa a jeho dôsledkom ešte nie je vznik závislosti a ďalších problémov. Typické najmä pri marihuane, LSD a extáze;
- **pravidelní užívatelia** - pod pravidelnosťou sa rozumie užívanie častejšie ako raz za týždeň, nejde už len o životný štýl ale aj o istý škodlivý vplyv podľa druhu užíwanej látky. Podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb ide o „škodlivé užívanie“;
- **problémoví užívatelia** - intravenózni užívatelia alebo pravidelní užívatelia opiátov, kokaínu alebo drog amfetamínového typu. Nezahŕňa sa sem užívanie konope a extázy;
- **závislí** - užívatelia spĺňajúci diagnostické kritériá závislosti - často ale nie vždy ide zároveň o problémových užívateľov;

- **rodina a partneri užívateľov** - v súčasnosti predstavujú nezanedbateľnú cieľovú skupinu hlavne v sekundárnej a terciárnej prevencii.

RECIDÍVA DROGOVEJ ZÁVISLOSTI A JEJ PREVENCIA

Skála (1987) uvádza, že na to, aby bola abstinencia trvalá, musí byť jedinec silný, musí prehodnotiť svoj rebríček hodnôt, a že droga je pre neho trvale považovaná za vec, ktorá mu v živote neprinesie nič dobré a pozitívne. Faktory, príčiny vzniku závislosti resp. recidívy sú rôzne. Recidíva – „Najjednoduchšie možno recidívu definovať ako opätovné začatie užívania drogy po období abstinencie.“ (Okruhlica, 1995). Bergent (1995) uvádza, že okrem genetických predispozícií, kde zohráva hlavnú úlohu genetický podklad, genetická výbava s prostredím, sú spomínané aj biologické a psychické faktory. U spomínaných biologických faktoroch máme na mysli, že nie každý jedinec má rovnakú toleranciu.

Okolnosti, ktoré napomáhajú recidíve, môžu byť:

Vo vnútri osobnosti:

- neprijemné citové rozpoloženie (výbuch hnevu, smútok, bolesť, sklamanie, depresia, stres...),
- nepriaznivý telesný stav (telesná bolesť, dlhotrvajúce ochorenie),
- mimoriadne dobré citové rozpoloženie (pocit závratného šťastia, úspechu, neohroziteľnosti...),
- vystavovanie sa pokušeniam, rizikovým situáciám,

- nedostatočná schopnosť riešiť problémy,
- nedostatočné sebaovládanie, podliehanie impulzom, nedostatočná seba-disciplína,
- nedostatočná sebarealizácia (bez práce, koníčka, nízka mienka o sebe...), nuda,
- pocity viny, hanby, prázdna,
- chýbanie zmyslu života,
- chýbajúce doliečovanie v abstinencii.

V prostredí, kde sa abstinujúci pohybuje:

- konflikty vo vzťahoch s blízkymi ľuďmi,
- tlak spoločnosti k užívaniu akejkoľvek drogy, nemusí to byť práve tá, s ktorou nastúpil na liečbu (jednoduchá dostupnosť k nim, pestrý výber),
- spolupatričnosť a citová blízkosť s partiou, skupinou ľudí, ktorí sú rizikovní voči abstinencii,
- chýbanie uspokojivého rodinného zázemia a neistá pozícia v spoločnosti (málo kvalitných vzťahov),
- rizikový životný partner alebo priateľ (-ka), najmä aktívne závislý od tvrdých drog, alkoholu a pod.,
- trestná činnosť a iné (Stančiak, Novotný, 2011).

„Dôkazy o tom, že človek je spoločenskou bytosťou, nájdeme nielen v každej učebnici psychológie či pedagogiky, ale zažívame ich všetci v každodennej realite.

Bez ľudskej spoločnosti, lásky, prijatia, komunikácie a medziľudských vzťahov je náš život prázdny, neúplný, neradosný. Nie náhodou patria medziľudské vzťahy k jedným z najdôležitejších atribútov kvality života. Kvalitné medziľudské vzťahy plnia okrem iného aj funkciu sociálnej opory, ktorá na jednej strane pôsobí posilňujúco, podporuje pocit pohody a dobrého naladenia, na druhej strane zmierňuje negatívne dôsledky prežívania stresu a záťažových situácií. Mnohé výskumy kvality života ukazujú, že ľudia s chudobnou a nekvalitnou životnou sieťou sú častejšie depresívni, pocit pohody (well-being) je u nich zriedkavejší, bývajú častejšie chorí, prognóza uzdravenia je u nich horšia, prolonguje sa obdobie liečby a rekonvalescencie, ochorenia častejšie recidivujú“ (Novotný, 2002; Stančiak et al., 2002, 2009; Stančiak, Novotný, 2011). Títo jedinci sú rizikovejší pri vzniku recidívy.

PREVENCIA RECIDÍVY

Podstatou prevencie recidívy je pomoc pri zvládnutí úskalí bezdrogového životného štýlu. Uzdravujúci sa závislí to v konečnom dôsledku musia zvládnuť sami. Musia sa naučiť sebaovládaniu, ktoré ich bude viesť k zvládnutiu túžby po drogách a prekonaniu sociálnych tlakov v tomto smere. Okruhlica (1995) podotýka, že uzdravujúci sa závislí musia byť začlenení do novej sociálnej siete a musia sa naučiť získavať pôžitok z aktivít bez drog. Musia objaviť nové spôsoby, ako reagovať na stres a bolesť - musia si vytvoriť nový spôsob života. Ďalej sa musia naučiť realizovať potrebné životné zmeny a ako identifikovať a zvládnuť rizikové situácie, chuť na drogu a zvládať sociálne napätie.

Okruhlica (1995) pripomína, že život bez drogy prináša mnoho frustrácií, ktoré môžu viesť k recidíve.

Uzdravujúci sa závislí si musí vytvoriť nové sociálne siete, pretože tie staré sú preňho nebezpečné. Vytváranie nových priateľstiev a socializácia s kolegami v práci je problémom a to z toho dôvodu, že abstijnujúci závislý sa často obáva byť známy ako bývalý užívateľ drog.

Nácvik účasti na bezdrogových aktivitách je veľmi ťažký, vyžaduje nový druh sústreďovania sa a uvedomovania si schopnosti mať radosť bez drogy.

Okruhlica (1995) uvádza nasledovné zásady predchádzania recidívy:

- rozhodnutie sa pre totálnu abstinenciu;
- uznanie, že môže nastať lapsus (pošmyknutie);
- predvídanie a riešenie rizikových situácií a ich predchádzanie;
- zachytávanie poznávacích, postojových, emočných a iných varovných signálov v správaní;
- akceptovanie toho, že človek môže byť schopný kontrolovať svoje správanie a vyhýbať sa lapsusom;
- rozpoznávanie a prerušovanie rozhodovacích reťazcov, ktoré vedú k expozícii rizikových situácií.

Prístupy k prevencii recidívy:

- **Techniky sociálnej podpory** - emočná podpora klientov, pomoc pri zmierňovaní medziľudských konfliktov, pomoc pri prekonávaní rizikových situácií.
- **Techniky zamerané na zmenu životného**

štýlu - pomoc pri vývine a udržaní novej sociálnej identity klientov a pomoc pri prerušovaní kontaktov s tými, čo drogy užívajú, vytváranie nových záujmov a kontaktov, nový spôsob vysporiadania sa s negatívnymi emóciami.

- **Kognitívno-behaviorálne techniky** - identifikácia vnútorných a vonkajších kľúčov asociovaných s chuťou na drogu a s recidívou, vyhýbanie sa rizikovým situáciám, aplikácia behaviorálnych a kognitívnych stratégií predchádzania recidíve.
- **Farmakologické prístupy** - podávanie liekov na potlačenie túžby po droge, pri kríze.
- **Kombinované prístupy.**

ODPORÚČANÉ PRÍSTUPY V PREVENCIÍ RECIDÍVY

Americká metodika poskytuje dva overené prístupy (Stančiak, Novotný, 2011):

Liečebný nácvik a svojpomoc (LNS), ktorý pomáha klientom čeliť ďalším nástrahám liečbe po detoxikácii, poskytuje zručnosti a uľahčuje pokračovanie zmien správania pomocou liečebného nácviku. Klienti sa sústreďujú na špeciálne body liečebného procesu pri usmerňovaní, pričom vďaka svojpomoci využívajú patronátnu podporu na skupinových sedeniach. LNS obsahuje štyri vzájomne previazané oddelené prístupy:

- liečebné nácvikové sedenia;
- svojpomocnú skupinu;
- skupinu rekreačných aktivít;
- sieť dlhodobu abstinujúcich závislých.

Liečebné nácvikové sedenia sú najdôležitejším komponentom. Na týchto sedeniach sa zúčastňuje 6-30 členov, ktorí si poskytujú vzájomnú patronátnu podporu. Sú to riadené stretnutia, kde si skupina preveruje úskalia abstinencie. Využívajú skupinové poradenstvo, vyučovacie techniky, skupinovú diskusiu, brainstorming, hranie rolí.

Každé sedenie sa zaoberá špecifickou hrozbou. Preberá sa 24 tém. Rozoberajú sa vykonštruované i skutočné situácie. Sedení sa môžu zúčastniť i príbuzní a priatelia. Sedenia vedie terapeut. Liečebné nácvikové sedenia dopĺňa svojpomocná skupina, ktorá má 8 - 10 členov. Ide tu o pomoc, radenie o technikách zvládania hrozieb abstinencie a provokácií; skupina rekreačných aktivít - účasť klientov, priateľov, príbuzných a personálu na spoločenských akciách; sieť dlhodobu abstinujúcich závislých, kde ľudia so solídnu abstinenciou pomáhajú členom skupiny a pôsobia ako vzor; vyhasínanie kľúča, kde ide o oslabenie alebo elimináciu chuti na drogu (tento prístup môžeme použiť v kombinácii s LNS).

Nácvik techník rýchleho zvládnutia túžby po droge obsahuje:

- hlbokú relaxáciu;
- oddiaľujúce - plus alternatívy správania - aby sa odpútala pozornosť od drogy, vykonávajú klienti nejaké iné činnosti (cvičenie). Snažia sa oddialiť užitie drogy na určitú dobu od všimnutia si prvej známky chuti na drogu;
- negatívne/pozitívne výsledky – identifikácia negatívnych dôsledkov pozitívneho odpovedania na túžbu po

- droge, sústreďovanie sa na pozitívne dôsledky toho, ak na túžbu nereagujú;
- majstrovská predstava - predstavenie si seba ako silnej osobnosti;
 - negatívne/pozitívne predstavy - predstavenie si „pádu na dno“ pri užívaní, po ňom hneď predstava toho, čím by mohol byť, keby nepodľahol;
 - kognitívne interakcie, napr. priamočiare myslenie.

Súčasťou prevencie musí byť i legislatívne zaistenie a to nielen poskytovaných služieb, ale tiež uplatnenie represie. Náš trestný zákon postihuje výrobu, držanie a šírenie drog, obchod s nimi, postihuje osobu, ktorá zvädza inú osobu, mladšiu ako 18 rokov, k zneužívaniu drog, alebo ju k tomu podnecuje a návykové látky šíri.

Zaujímavou otázkou v prevenčných aktivitách je i otázka legalizácie drog ako jeden zo spôsobov znižovania dopytu po drogách. Stančiak et al., (2002, 2009; Stančiak, Novotný, 2011) tvrdia, že keby boli mäkké drogy (myslí tým kanabisové) legálne, nestratili by charakter „zakázaného ovocia“, kvôli ktorému sú v súčasnosti pre mnohých ľudí príťažlivé. Postoje k prípadnej legalizácii mäkkých drog sú odmietavé. Za správnu ju považuje najmä skupina tých, čo už nelegálnu drogu skúsili a to v súbore mládež SR považuje takúto legalizáciu za správnu 53%, v súbore mládež Bratislavy 58% opýtaných (Stančiak, Novotný, 2011).

Pri preventívnych programoch je potrebné hľadanie a nájdenie tej optimálnej a najúčinnnejšej formy. Obsah aj formy je potrebné neustále inovovať a prispôbovať danej situácii a daným ľuďom.

ZÁVER

Problematika užívania drog tak z hľadiska terapeutického resp. iného sprevádza ľudstvo už od nepamäti. Riešenie tejto problematiky nachádzame už v diele Hippokrata - Canon medicorum. Hippokrates poznal už ópium. Podobne problematikou drog sa zaoberal i Paracelsus, ktorý tvrdil, že *každá droga je jed, a závisí iba na dávke, kedy je liekom a kedy jedom*. Je viac ako pravdepodobné, že svoje vedomosti o drogách využívali iba terapeuticky, nakoľko sa zmieňovali i o etike lekára, nakoľko Hippokratovu prísahu deklarujeme stále. Nepoškodiť pacienta, to je krédo. Zdravie je to najcennejšie, čo človek má a mal by si ho chrániť. Je však dôležité ako s ním nakladá. Zdravý jedinec je výkonný, vyrába hodnoty, je spoločensky aktívny. Táto podmienka, *conditio sine qua non*, je dôležitá najmä v súčasnosti, v hektickej dobe, plnej nástrah, rizikových faktorov, v dobe civilizačnej záťaže a významných civilizačných chorôb. Túto nepriaznivú situáciu si dala do vienka i Svetová zdravotnícka organizácia v Dokumente ZDRAVIE 21 - Zdravie pre všetkých v 21. storočí. Definícia zdravia sa dopĺňa v závislosti na celosvetových podmienkach, nakoľko civilizácia starne, dochádza ku geriatrízácii medicíny. Bohužiaľ v spoločnosti sú i takí jedinci, ktorí si svoje zdravie nevážia, poškodzujú si ho úmyselne. Na druhej strane sú i takí, ktorí v súčasnej hektickej dobe nie sú schopní plniť si svoje povinnosti a veľmi často skĺznu na šikmú plochu vo svojom konaní, a svoju neschopnosť riešia inými cestami, spôsobmi, teda návykovými látkami a nie sú ďaleko i od páchania trestnej činnosti. Pri resocializácii dôležitú úlohu zohráva

aj ošetrovatelstvo, najmä v edukácii v spolupráci s ostatnými odborníkmi.

Dôležitú úlohu zohráva Národný program boja proti drogám prijatý v marci 1995. Predstavuje snahy na potlačenie nebezpečenstva, ktoré so sebou prináša zneužívanie drog. Cieľom programu je stanovenie základných princípov a východísk pri riešení problematiky drog, drogovej závislosti i problémov, ktoré s nimi súvisia.

Program má toto obsahové zameranie: Súčasná situácia na drogovej scéne, základné črty protidrogovej politiky, národné opatrenia na redukcii požiadavky po drogách (prevencia, terapia, postterapia), národný boj proti kriminalite viazanej na drogy, legislatívne opatrenia. Národný program boja proti drogám za jednu z najdôležitejších úloh spoločnosti považuje dosiahnutie kvalitatívneho obratu v komplexnom uskutočňovaní prevencie, terapie a postterapeutickej starostlivosti.

Súčasná situácia na drogovej scéne - po roku 1989 nastala explózia drog, na ktorú nebol dostatočne pripravený ani represívny ani preventívny systém spoločnosti. Slovensko sa postupne mení z tranzitnej krajiny na krajinu s vlastným trhom odberateľov drog, včleňuje sa do medzinárodnej siete nezákonného obchodovania s drogami. Na Slovensku nastáva posun od alkoholových drog k drogám nealkoholovým, vzrastá počet najmä heroinistov. Alarmujúce je to, že prudko narastá počet osôb, ktoré prišli do styku s drogou a tých, čo sa stali na nej závislými.

OŠETROVATEĽSKÁ A EDUKAČNÁ STAROSTLIVOSŤ

„Cieľom ošetrovatelstva a sociálneho pracovníka je pomáhať jedincovi, rodine, skupine, komunite, ktoré v zdraví, alebo v chorobe, vykonáva tie činnosti, ktoré prispievajú k zdraviu, uzdraveniu, alebo pokojnému a dôstojnému umieraniu a smrti, a ktoré by vykonával sám, keby mal na to potrebnú silu, vôľu alebo vedomosti“ (Stančiak, Novotný, 2011).

Ošetrovateľská starostlivosť v zmysle zákona je zdravotná starostlivosť, ktorú poskytuje sestra s odbornou spôsobilosťou metódou ošetrovateľského procesu v rámci ošetrovateľskej praxe. Ošetrovateľská prax je praktické uskutočňovanie činnosti sestry pri: poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, riadení a poskytovaní ambulantnej zdravotnej starostlivosti a ústavnej zdravotnej starostlivosti.

Ošetrovateľská starostlivosť sa poskytuje v štátnych a neštátnych zdravotníckych a sociálnych zariadeniach, v domácnostiach a komunitách. Chápe sa ako odborná činnosť zameraná na zachovanie, upevňovanie a obnovu zdravia jednotlivcov i skupín. Vykonávajú ju sestry, a to samostatne, na základe indikácie lekára samostatne a v spolupráci s lekárom ako: komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť, špecializovanú ošetrovateľskú starostlivosť, základnú ošetrovateľskú starostlivosť.

Na definitívny záver si dovoľujeme zopakovať výrok špičkového vedca, nositeľa Nobelovej ceny a otca Teórie relativity Alberta Einsteina:

„Civilizácia nášho storočia pripravuje prostriedky vonkajšieho zotročenia a vnútorného zničenia.“

Sme presvedčení, že tento výrok nestratil nič zo svojej aktuálnosti i dnes, v hektickej dobe plnej civilizačnej záťaže, dobe plnej nástrah a ponúka nám čas zamyslieť sa nad našou existenciou a nami samotnými.

Drogová závislosť je globálnym celosvetovým problémom. Táto „pandémia“ sa posúva do čoraz nižších vekových skupín, pubescentov a adolescentov, pod 15 rokov. Bohužiaľ, „zamatová revolúcia“ nevynechala ani Slovensko, ktoré tento fenomén zastihol nepripravené.

Dôsledky drogovej závislosti sú zničujúce, poznačujú životy ľudí, rozbiehajú vzťahy, narušujú manželstvá a rodiny, a čo je najhoršie, prehľbujú zúfalstvo v duši ľudí, ktorí sa stali závislými. Štatistiky sú neúprosne, percento závislých sa neodváža dnes odhadnúť žiadny prognostický ústav. Sociálne, právne a ekonomické charakteristiky iba pasívne kopírujú realitu a jej hrozivý trend (Novomeský, 1995; Novotný, 1998).

Slovo závislosť naznačuje, že ide o skrytý fenomén, ktorý tkvie v samotnom človeku. Spoločnosť mnohé závislosti nevie rozoznať. Definícií závislosti je viac. Drogy ako globálny problém majú tri obdobia: 1. obdobie do roku 1960, ktorým sa zaoberala iba úzka skupina vysoko kvalifikovaných špecialistov - kriminalistov a lekárov pre oblasť liečenia závislostí. 2. obdobie v rokoch 1960 až 1990. V tomto období sa drogy vo vyspelých krajinách stali spoločenským problémom, ktorý sa

dotýkal mnohých sociálnych skupín, či profesií. 3. obdobie - od roku 1990 kedy už medzinárodné spoločenstvo (v Globálnom akčnom pláne od roku 1991) označuje problém drog ako globálny problém, ktorý ovplyvňuje všetky krajiny sveta. Závislosť je chronické a doživotné duševné ochorenie a neschopnosť existovať bez drogy. Závislosť vzniká postupne. Má zložku psychickú a fyzickú. Pri dlhodobom zneužívaní návykových látok vzniká psychologická závislosť. Drogová závislosť je teda vážnym spoločenským problémom nielen z medicínskeho hľadiska, ale aj ekonomickým a sociálnym problémom. Stále sa hľadajú príčiny zhubného pôsobenia drogy na ľudský organizmus a zároveň aj cesty, ako sa od závislosti oslobodiť. Nestačí represia, oveľa dôležitejšia je prevencia, aby mladý človek na základe dôkladného poznania problému a uváženia dokázal čeliť tým, ktorí sa ho pokúšajú negatívne ovplyvniť.

Omamné látky sú staré ako samotné ľudstvo. Presne nemožno určiť, kedy ich ľudia začali používať. Ópium, kokaín a alkohol sa konzumovali už v kultúrach mladšej doby kamennej. Nemenej závažné sú už zmienky v diele Hippocrata (Canon medicorum) či Odyseove zážitky s čarodejnicou Kirké, veštenie Pythie v Apolónovom chráme v Delfách a mnohé ďalšie (Stančiak, Novotný, 2011).

Pôsobenie drogy na organizmus a spoločnosť spôsobuje problémy človeka, ktoré sú často extrémne závažné až neriešiteľné. Výrok nositeľa Nobelovej ceny Alberta Einsteina je platný i dnes *„Civilizácia nášho storočia pripravuje prostriedky vonkajšieho zotročenia a*

Rozvoj vedy a techniky, rozvoj nových odvetví prispieva aj k tomu, že sa stále objavujú nové spôsoby a vyrábajú stále dokonalejšie prostriedky. Droga je predovšetkým prostriedkom úniku pred vlastnou neschopnosťou zvládnuť reálny svet. Názory odborníkov nie sú jednotné, no väčšina z nich uvádza, že základné determinanty podmieňujúce závislosť sú: osobnosť človeka – porucha sebakritiky; životné situácie a podnety; droga a jej prítomnosť v bezprostrednom okolí; životné prostredie a spoločnosť.

Protidrogová prevencia je úzko špecializovanou oblasťou. Zaoberá sa hlavne prevenciou návykových a škodlivých látok s cieľom čo najviac obmedziť škody spôsobené týmito látkami. Pozostáva z troch častí: primárnej, sekundárnej a terciárnej. Všetky tri časti prevencie ako aj prevencia recidívy sú kľúčové. Prevencia musí zameraná na: rodinné prostredie (rodič-dieťa); školské prostredie (žiak-učiteľ); pracovné prostredie (zamestnávateľ-zamestnanec); komunálna oblasť (mesto, obec, farnosť, obyvateľ, farník); vzájomná sféra a sféra voľného času. V prevencii sú mimoriadne dôležité cieľové skupiny. V prevencii a v zariadeniach je nutná absolútna diskretnosť. Mimoriadne dôležitá je resocializácia drogovu závislého a spolupráca všetkých odborníkov (Stančiak, Novotný, 2011).

V boji proti drogám je potrebný nielen Národný program, ale najmä Medzinárodná spolupráca na všetkých úrovniach. Národný program boja proti drogám, ktorý bol prijatý v marci 1995 predstavuje snahy

na potlačenie nebezpečenstva, ktoré so sebou prináša zneužívanie drogy. Základné črty protidrogovej politiky: boj proti drogám sa orientuje na rizikové skupiny, na ponuku drogy a na obchod s nimi, z čoho je zrejmé, že je potrebná medzinárodná spolupráca. Najdôležitejším faktorom je však prevencia, ktorá je aj podstatnou časťou programu.

Je nutné akcentovať, že problematika je mimoriadne dôležitá, a všetci zúčastnení v boji s drogovou závislosťou potrebujú svojim konaním a azda i osobným príkladom preukázať dostatok príkladu i odvahu proti tomuto škodlivému fenoménu. Tento globálny problém však stále zostáva behom na dlhé trate.

POĎAKOVANIE

Úprimne ďakujeme pánu Mgr. et Bc. Matúšovi Albertovi za technickú spoluprácu.

1. BERGERT, J.: Toxikomanie a osobnost. Praha : Victoria publishing, 1995
2. ČERŇAN, M.: Primárna, sekundárna a terciárna prevencia v rámci protidrogovej politiky. Bratislava, 1996
3. DROBNÁ, H., VELEMÍNSKY, M.: Problematika drogových závislostí matiek a novorodencov. Jihočeská univerzita, České Budějovice : Zdravotné sociální fakulta JCU, 2000, 128 s.
4. HAJNÝ, M.: O rodičích, dětech a drogách. Praha : Grada, 2001
5. HELLER J., PECINOVSKÁ O. et al.: Závislost, známa neznáma. Praha : Grada, 1996
6. JANOUŠEK, J. et al.: Sociální psychologie. Praha : SPN 1998
7. KALINA, K. et al.: Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup. Praha : Úrad vlády České republiky 2003
8. KOMÁRIK E., PODHRADSKÝ J.: Drogová závislost. Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990
9. MASÁR, O., DROBNÁ, H.: Niektoré medicínske problémy spojené s toxikomániou v spoločnosti. Bratislava : Charis, 2001, 122 s., ISBN 80-8874342-7
10. MILOVSKÝ, M.: LSD a jiné halucinogeny. Brno, 1996
11. NEŠPOR, K.: Návykové chování a závislost. Praha : Portál, 2000
12. NOCIAR, A.: Alkohol, drogy a osobnost. Bratislava : ASKLEPIOS, 2001. 364 s. ISBN 80-7167-044-8
13. NOVOMESKÝ F.: Drogy. Advent. Orion, 1995
14. NOVOTNÝ, J.: Klinická toxikológia. In: Štandardné diagnostické postupy, Martin : Osveta, 1998, s. 293-307.
15. NOVOTNÝ, I.: Program Škola bez alkoholu, drog cigariet. Bratislava, 1996
16. NOVOTNÝ, J.: Etické problémy diagnostiky a farmakoterapie v ochrane života. In: Folia Universitatis Tyrnaviensis, Trnava, Vol. 9, 2002, s. 25-26.
17. OKRUHLICA Ľ.: Medicínske aspekty drogovej závislosti. Bratislava, 1995
18. ONDRUŠ, D.: Toxikománia strašiak či hrozba? Martin : Osveta 1994
19. PODHRADSKÝ, J., KOMÁRIK, E.: Drogová nezávislosť alebo ako sa nestať toxikomanom. Bratislava, 1990
20. PRESL, J.: Drogová závislosť, môže byť ohrozeno i Vaše dieťa? 1. vydání, Praha : Maxdorf, 1994.
21. ROTGERS, F. et al.: Léčba drogových závislostí. Praha : Grada, 1999
22. SKÁLA, J.: Alkohol a jiné / psychotropní/ drogy: abusus závislost. Praha, 1986
23. SKÁLA, J.: Závislost na alkoholu jiných drogách. Praha, 1987
24. STANĚKOVÁ, D. et al.: Štúdia prevalence infekcie HIV a iných sexuálne s krvou prenosných infekcií u gravidných žien. In: Derma, 2005, 5(1):10-14
25. STANČIAK, J., NOVOTNÝ, J., ŠEVCOVÁ, H.: Intoxikácie a návykové látky u jedincov vo vyššom veku. In: Folia Universitatis Tyrnaviensis, Trnava, Vol. 9, 2002, s.126-139
26. STANČIAK, J., NOVOTNÝ, J.: Drogová závislosť a prevencia. Bratislava : EXPOL PEDAGOGIKA, 2011, 103 s.

27. STANČIAK, J., NOVOTNÝ, J., KOPÁČIKOVÁ, M.: Problematika drogových závislostí a ich prevencia. Monografia, Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, 2009, 221 s., ISBN 978-80-8084-499-8
28. URBAN, E.: Toxikománie. Praha : Avicenum 1993
29. VICÁŇOVÁ, M., ROVNÁ, S.: Ošetrovateľstvo a alkoholická závislosť. In: Integrující přístupy v prevenci a péči o zdraví. Zlín, 2008, s. 202-206, ISBN 978-80-7318-778-1
30. VIŠŇOVSKÝ, P., VALENTÍK, M.: Človek v bludnom kruhu. Martin : Osveta, 1989

DRUG ADDICTION, RISK FACTORS LEADING TO RELAPS AND PREVENTION

¹JOZEF NOVOTNÝ, ²JAROSLAV STANČIAK, EVA ĎURIŠOVÁ.

¹COLLEGE OF POLYTECHNICS
JIHLAVA, DEPARTEMENT OF
HEALTH CARE STUDIES

²UNIVERSITY OF SS. CYRIL AND
METHODIUS, FACULTY OF SOCIAL
SCIENCES

ABSTRACT

Civilisation burden of the population is huge what about mortality and morbidity. The quick life style and changing life conditions, for which we are not adapted, carry new risks and traps for every human. High working expectations need high concentration, which is usually too hard for a sensitive human and drugs that can help to impair the stress are sometime the way how to cover human's "imperfection". Of course, this is not the truth, this kind of "perfection" is not real and the vicious circle starts with this. This vicious circle could be fatal, if there is no help, no friends and family background, no cooperation. Drugs are the

reason for personality degradation and health damage and especially the low age group of population is vulnerable to this pandemic. Last but not least there are the marginal groups, too. The „velvet revolution“ did not prepare our society for this phenomenon. Our country is a part in the chain of drug transportation and of course, there is a part of society that is using this fact for their own purpose. We don't talk only about alcohol, because the combination of it and other drugs is more frequent. The society is passive what about this phenomenon, there is criticism, but no action at all.

We often talk about prevention, but we don't realise it. Drug abuse prevention may be in law, but is not working in real life. Nursing care and social work plays an important role in prevention, therapy and education what about drug addiction. The essential part of prevention is helping the patient to survive without drug for the rest of the life. The patients have to learn about selfcontrol and how to overcome previous social conditions. They have to

become a part of a new social group and to enjoy other activities without drug. They have to find different ways how to react to stress and pain - they simply have to find a new life style. Life changes and stress situations have to be identified and solved without the help of the drug. Life without drugs is sometimes frustrating and this can be the reason for relaps. That is why new social contacts have to be created - the old ones could be dangerous.

KEYWORDS:

drugs, drug addiction, risk factors, relaps, prevention

KONTAKTNÉ ÚDAJE

doc. PhDr. Jaroslav Stančiak, PhD.,
MPH

Univerzita sv. Cyrila a Metoda
v Trnave
Fakulta sociálnych vied
Bučianska 4/A
917 01 Trnava

j.stanciak@gmail.com

Prof. MUDr. Jozef Novotný, CSc.

Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotníckych štúdií
Tolstého 16
586 01 Jihlava

jozef.novotny@vspj.cz
prof.novotny@gmail.com

HODNOTENIE SVOJHO ZDRAVOTNÉHO STAVU ZÁVISLÝMI PRI VSTUPE DO RESOCIALIZAČNÉHO STREDISKA

ĽUBA PAVELOVÁ

UNIVERZITA KOMENSKÉHO
V BRATISLAVE, PEDAGOGICKÁ
FAKULTA, ÚSTAV SOCIÁLNYCH
ŠTÚDIÍ A LIEČEBNEJ PEDAGOGIKY,
KATEDRA SOCIÁLNEJ PRÁCE



ABSTRAKT

Závažnosť somatických, psychických a sociálnych dôsledkov závislostí nemožno spochybniť. Tieto ovplyvňujú konanie závislého pred, počas i po liečbe. Často sú aj formálnou vonkajšou motiváciou závislého k liečbe. Ich rozpoznanie a včasné diagnostikovanie je predpokladom k urýchleniu a zefektívneniu procesu liečby. Príspevok prináša čiastkové údaje výskumu VEGA č. 1/0221/11 pod názvom: Evaluácia výsledkov procesu resocializácie klientov resocializačných stredísk v podmienkach Slovenskej republiky - hodnotenia svojho zdravotného stavu závislými pri vstupe do resocializačného strediska prostredníctvom štandardizovaného dotazníka Europsasi.

KLÚČOVÉ SLOVÁ:

závislosť, zdravie, resocializácia,
resocializačné stredisko

ÚVOD

Zneužívanie návykových látok má svoje dôsledky, ako somatické, tak psychologické a sociálne. Mnohé medzinárodné štúdie uvádzajú značnú závažnosť somatických, psychologických a sociálnych problémov u závislých klientov. Kodporúčaniu na liečbu, resp. resocializáciu závislých evidujeme okrem iných (napr. vysoké riziko relapsu, nízka miera vnútornej motivácie a deficit sociálnej opornej siete) prevalenciu závažných zdravotných a psychologicko-psychiatrických komplikácií. Tieto ovplyvňujú tak život závislého pred nástupom na liečbu alebo resocializáciu, tak aj počas nej, i v doliečovacom procese. Tieto dôsledky môžu byť dôležitým prvkom pri tlaku sociálneho okolia závislého na riešenie svojej situácie, ale i motivačným faktorom k rozhodnutiu závislého nastúpiť na liečbu.

ZDRAVIE

Zdravie je vnímané v kontexte komunitného, ekologického ale i politického priestoru každého človeka, pričom rozlišujeme jeho telesný, psychický, sociálny a spirituálny rozmer.

Všetky tieto charakteristiky určujú aký je náš zdravotný stav, aj keď niekedy máme tendenciu posudzovať iba svoj telesný stav. Havlíková (1998) zdôrazňuje, že zdravie má nielen fyzickú, ale i psychickú (duševnú, emocionálnu), sociálnu a duchovnú (morálnu) dimenziu. Telesné zdravie je teda pohodou tela, bezproblémový chod funkcií. Duševné zdravie je pohodu myslenia, prežívania. Sociálne zdravie je pohoda vo vzťahoch, ktoré sú pre nás

významné. Duchovná dimenzia zdravia naznačuje vzťah k hodnotám. To, do akej miery dokážu dať do súladu svoje presvedčenie, svoj život s hodnotami. Autorkine úvahy pokračujú v odpovedi na otázku, prečo by sme mali dbať o svoj zdravotný stav:

- Zdravie je vo všeobecnosti veľmi uznávanou hodnotou. Je pre každého človeka dôležité, dáva mu pocit pohody, ale zároveň umožňuje uskutočňovať to, čo je pre neho hodnotné.
- Súčasné vnímanie zdravia kladie dôraz na súvislosti. Celkové zdravie človeka je považované za výslednicu jeho zdravia telesného, duševného, duchovného a sociálneho, ale zároveň ako súčasť zdravia užšej a širšej komunity a prírody. Zdravie učiteľov ovplyvňuje zdravie žiakov, zdravá atmosféra je vytváraná zdravou komunitou
- Na zdravie človeka vplýva aj jeho správanie a spôsob života. Keď máme podiel na ujme na zdraví, je nádej, že máme i možnosť ujme na zdraví predísť. Proti chorobám, zhoršovaniu zdravotného stavu, pocitom nepohody a skracovaniu plnohodnotného života nie sme úplne bezmocní.

Faktory, ktoré ovplyvňujú zdravotný stav obyvateľstva sú podľa Kopeckej, Kopeckého (2003) interné a externé:

- Medzi interné (vnútorné) faktory zaraďuje: dedičnosť, pohlavie, vek, vývin.
- Medzi externé (vonkajšie) faktory patria: fyzikálne, chemické, biologické, sociálno-spoločenské.

Křivohlavý (2001) charakterizoval zdravie nasledovne:

- Zdravie je dôležité pre uskutočňovanie životných cieľov.
- Zdravie je dynamický jav: môže sa zlepšovať i zhoršovať.
- Dobré zdravie je mimoriadne vysokou hodnotou.
- Zdravie je viac ako fyzické fungovanie.
- Zdravie úzko súvisí s kvalitou života.
- Zdravie je predmetom osobnej zodpovednosti každého.

Následne Křivohlavý (2001, s. 40) prepája tento koncept s kvalitou života: „Zdravie je celkový (telesný, psychický, sociálny i duchovný) stav človeka, ktorý mu umožňuje dosahovať optimálne kvality života a nie je prekážkou obdobnému snaženiu druhých ľudí. Problematika kvality života je úzko spojená s otázkou cieľov a zmyslu života, hodnotového systému človeka. Kvalita je subjektívny súd, ktorý je výsledkom porovnávania viacerých hodnôt.“

Závislé osoby v tomto smere vykazujú veľkú mieru nespokojnosti so svojou kvalitou života, ktorá sa často odvíja práve od problémov so svojím zdravotným stavom. Podľa Balážiovej (20012) závislí prichádzajú na liečbu s narušeným sebaobrazom a základnými piliermi svojho života. Základné piliere, ktorými rozumieme rodinu, zdravie, prácu a vzťahy sú nadmerným užívaním, alebo závislosťou narušené natoľko, že ovplyvňujú sebahodnotenie závislého a často mu bránia v zdravom fungovaní, prežívaní seba a znižujú jeho schopnosť nastúpiť cestu úzdravy a začať žiť nový život. Autorka zároveň predpokladá, že

abstinencia prináša so sebou zmeny, ktoré jednotlivé oblasti ovplyvňujú kladným smerom a podporuje rast zdravého sebavedomia abstinujúceho, čo sa odrazí v jeho postoji k sebe, k blízkym, ochote abstinovať a tým zvyšuje mieru jeho subjektívne prežívanej životnej spokojnosti a následného vnímania vyššej vlastnej kvality života.

Koncept úzdravy je pojmom, ktorý v poslednom období rezonuje medzi odborníkmi. De Leon(2000) ho popisuje ako jeden zo stavebných kameňov perspektívy terapeutických komunit, ktorá na úzdravu nahliada ako na zmenu životného štýlu a zmenu identity. Ak sa pozrieme na závislosť ako chronické a recidivujúce ochorenie - dôležitým je práve vývinový pohľad na zmenu – závislý sa vyvíja zo stavu aktívneho abúzu a popierania problému k stabilizovanej abstinencii od psychoaktívnej látky a k neustálemu udržiavaniu „čistého“ stavu (De Leon, 1995, Gorski, 1989, Prochaska, Di Clemente, Norcross, 1992, Zackon, McAuliffe, Chi'en, 1985, Zweben, 1993, In De Leon, 2000). Predpokladáme zníženie somatických problémov už samotným vysadením drogy, tiež vhodnou medikamentóznou liečbou a pozitívnym prístupom samotného klienta k zlepšovaniu svojho životného štýlu, do ktorého zakomponáva pohyb, starostlivosť o svoje telo i myseľ. Výskumov, ktoré zachytávajú tieto zmeny nie je dostatok.

V indikátoroch kvality života podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) evidujeme faktor zdravie v týchto dimenziách:

- fyzické zdravie – od neho závisí energia a únava, bolesť a diskomfort, spánok a rozvoj,
- psychologické zdravie – vyjadruje image, negatívne a pozitívne city, sebahodnotenie, spôsob myslenia, učenie, pozornosť (sústredenosť),
- úroveň nezávislosti: je to pohyb, denné aktivity, pracovná kapacita, závislosť od liekov,
- sociálne vzťahy – osobné vzťahy, sociálna opora, sexuálna aktivita,
- prostredie – prístup k finančným zdrojom, sloboda, bezpečie, zdravé prostredie a sociálna starostlivosť, domov, prístup k informáciám, účasť na rekreácii, cestovanie, fyzické prostredie,
- spiritualita – osobná viera a presvedčenie, hodnotová orientácia (Kováč, 2003).

Tieto indikátory spojil Mühlpachr (2005):

- fyzické zdravie a úroveň nezávislosti - tie označil ako fyzické zdravie a úroveň samostatnosti,
- psychologické zdravie a spiritualitu – tieto označil ako psychické zdravie a duchovnú stránku zdravia.

Nástroje merania kvality života (ktoré obsahujú aj konštrukt zdravie) by sa mali zameriavať na tieto oblasti:

- rodinný život, vzťahy s inými, zdravie a

pod.,

- kritéria posudzovania vyššej a nižšej úrovne kvality života,
- dôležitosť jednotlivých oblastí.

Dôsledky užívania návykových látok sa prejavujú aj v oblasti subjektívneho prežívania kvality života závislého. Vo všeobecnosti sa prejavujú v oblastiach: rodina a komunita, zdravie, školstvo, kriminalita, práca a zamestnanie vznikajúce zo sociálnych rizík. Kvalitné pôsobenie protektívnych faktorov terapeutickkej komunity považujeme za dôležité z hľadiska zlepšovania zdravotného stavu závislých osôb. Za jeden z indikátorov pozitívneho pôsobenia liečby/resocializácie v TK považuje tiež Newcombe (2000 In Kalina, 2008) zlepšovanie somatického zdravia.

Výskumné zistenia Kapustovej (2013) poukazujú na vysoké hodnotenia dôležitosti prvku starostlivosti o zdravie participantmi výskumu z resocializačných stredísk a zároveň poukazujú na skutočnosť, že participujúce resocializačné strediská venujú vo veľkej miere pozornosť súčasťami programu so zameraním na posilňovanie somatického zdravia a náhľadu na zdravotné riziká užívania PL. Podľa autorky je rovnako udržiavanie dobrého zdravotného stavu a fyzickej pohody, schopnosť vnímať svoje somatické potreby a ich odlišenie od baženia, dôležitou podmienkou prevencie relapsu.

Naše rozhodnutie zaoberať sa touto témou podnietila naša skúsenosť s prácou s osobami závislými a ich rodinnými príslušníkmi a potreba identifikovať niektoré účinné faktory resocializačného procesu pre efektívnejšie intervencie.

Projekt VEGA č. 1/0221/11 pod názvom: Evaluácia výsledkov procesu resocializácie klientov resocializačných stredísk v podmienkach Slovenskej republiky sa zameriava na sledovanie účinnosti a výsledkov resocializačného procesu jednotnou metodikou Europassi, Teen passi, CMRS s dlhodobým sledovaním výsledkov tohto procesu a ktorý prinesie prvotné výsledky o účinnosti pobytovej formy procesu resocializácie u závislých klientov.

Výskumný súbor pri vstupe do resocializačného strediska tvorilo 137 respondentov, závislých od návykových látok, prijatých do 14 resocializačných stredísk v priebehu jedného roka- od 1.mája 2011 do konca apríla 2012.

Charakteristika súboru: N = 137 z toho mužov 83,3 %, žien 16,7 %, stav: slobodní: 75,4 % .

Charakteristika metodiky: štandardizovaný dotazník EUROPASI - Európsky index závažnosti užívania návykových látok, ktorý sleduje 7 oblastí : Zdravotný stav. Práca-zdroj obživy. Drogy, alkohol. Právne postavenie. Rodinná anamnéza. Rodinné a sociálne vzťahy. Psychický stav. V rámci rodinného prostredia vnímame ako dôležité informácie respondentov zo štyroch dôležitých oblastí: rodinná anamnéza, vzťahy s rodičmi, bývanie, voľný čas. V tomto príspevku prinášame niektoré čiastkové výsledky týkajúce sa hodnotenia svojho zdravotného stavu klientmi, vstupujúcimi do resocializačného procesu.

VÝSLEDKY

DESKRIPCIA

Tab. 1.

Koľkokrát v živote ste bol(a) v nemocnici pre telesné ochorenie? (Zahrňte predávkovanie a delírium tremens, nie detoxifikáciu.)											
počet	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	a viac 10
%	14,5	14,5	22,5	18,1	9,4	6,5	1,4	2,2	2,9	1,4	6,4

85 % respondentov bolo hospitalizovaných v nemocnici pre telesné ochorenie, z toho u 6,4 % pravdepodobne ide o chronifikáciu. Len 14,5 % respondentov nebolo hospitalizovaných v nemocnici pre telesné ochorenie.

Tab. 2.

Ako je to dlho, čo ste boli(a) naposledy v nemocnici pre telesné problémy? (roky mesiace)	%
0	15,9
do 6 mesiacov	27,3
7 – 12 mesiacov	9,1
13 – 24 mesiacov	9,8
25 – 36 mesiacov	9,1
37 a viac mesiacov	28,8

27,3% respondentov bolo hospitalizovaných v priebehu 6 mesiacov pred nástupom do RS, čo nasvedčuje zhoršovaniu zdravotných problémov viac ako ¼ závislých a potvrdzuje predpoklad motivácie k nástupu na liečbu.

Tab. 3.

Máte nejaké trvalé zdravotné problémy, ktoré Vám komplikujú život?	%
Nie	57,2
Áno	42,8

Zdravotné problémy, komplikujúce život udáva 42,8 % respondentov.

Tab. 4.

Mali ste niekedy infekčnú žltáčku?	%
Nie	78,8
Áno	17,5
Nevie	3,6
Odmietajú povedať	-

1/5 respondentov malo niekedy infekčnú žltáčku.

Tab.5.

Užívate pravidelne na predpis nejaké lieky pre telesné problémy?	%
Nie	75,9
Áno	24,1

Pravidelné užívanie liekov pre telesné problémy udáva 24,1 % respondentov.

Tab.6.

Máte invalidný dôchodok z dôvodu telesného ochorenia? (Nezapočítavajte invalidný dôchodok pre duševné ochorenie.)	%
Nie	87,0
Áno	13,0

Z dôvodu telesného ochorenia má invalidný dôchodok 13 % respondentov.

Tab. 7.

Máte invalidný dôchodok kvôli psychickej poruche?	%
Nie	89,9
Áno	10,1

Kvôli psychickej poruche má invalidný dôchodok 10,1 % respondentov.

Vzhľadom k údajom v predchádzajúcej tabuľke môžeme konštatovať, že skoro ¼ respondentov poberá invalidný dôchodok.

Tab. 8.

Liečil Vás v posledných troch mesiacoch nejaký lekár pre telesné problémy?	
Nie	69,6
Áno	30,4

30,4 % respondentov sa liečilo pre telesné problémy v krátkom období pred nástupom na liečbu/resocializáciu.

Tab. 9.

Mali ste niekedy obdobie (mimo následkov užívania alkoholu alebo drog), keď ste mali tieto problémy?	Posl. 30 dní	Celý život
vážnu depresiu	25,4	43,5
závažné stavy úzkosti	32,6	47,1
stavy, pri ste niečo chápal(a), nesústredil(a) ste sa, nepamätal(a) si	37,0	49,3
halucinácie (hlasy)	4,3	13,8
neschopnosť ovládať sa	18,8	38,4
mal predpísané psychiatrické lieky	40,6	47,8
myšlienky na samovraždu	19,6	56,5
pokus o samovraždu	2,9	31,2

Tabuľka prináša odpovede respondentov k závažným problémom. Zaujímavé a vhodné na diskusiu je zistenie, že respondenti udávajú vo zvýšenom počte trvanie týchto problémov po celý život i mimo užívania návykovej látky alebo alkoholu.

Tab.10.

Koľkokrát ste sa pokúsil(a) o samovraždu?	%
0	66,2
1	11,8
2	9,6
3	4,4
4	1,5
5	2,9
8	0,7
9	0,7
10	0,7
20	0,7
30	0,7

33,8 % respondentov sa pokúsilo o samovraždu, z toho 1/3 jeden krát a 9,6 % má za sebou dva pokusy.

Tab. 11. LSD komparatívna analýza – oblasť EuropASI: zdravotný stav

Dependent Variable	(I) SK_VEK	(J) SK_VEK	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
MED	51r. a viac	18-21r.	0,22	0,09	0,013	0,05	0,40
		22-25r.	0,18	0,08	0,025	0,02	0,34
		26-30r.	0,19	0,08	0,014	0,04	0,34
		31.-35r.	0,14	0,08	0,093	-0,02	0,29
		36-40r.	0,12	0,09	0,188	-0,06	0,31
		41-50r.	0,21	0,09	0,022	0,03	0,39

Tab. 11a Deskriptívna štatistika – zdravotný stav

Oblasti EuropASI	Vek	N	M	SD	SE	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
MED	18-21r.	15	0,27	0,18	0,05	0,17	0,36	0,00	0,50
	22-25r.	23	0,30	0,24	0,05	0,20	0,41	0,00	0,92
	26-30r.	35	0,30	0,16	0,03	0,25	0,35	0,00	0,62
	31.-35r.	25	0,35	0,27	0,05	0,24	0,46	0,00	0,83
	36-40r.	12	0,36	0,21	0,06	0,23	0,50	0,00	0,83
	41-50r.	14	0,28	0,29	0,08	0,11	0,45	0,00	0,75
	51r. a viac	13	0,49	0,32	0,09	0,29	0,68	0,08	1,00
	Spolu	137	0,33	0,24	0,02	0,29	0,37	0,00	1,00

Najzávažnejší zdravotný stav vykazuje skupina respondentov vo veku 51 a viac rokov, ktorá dosiahla kompozitórne skóre M=0,49 (SD=0,32). Štatisticky významne významný rozdiel v závažnosti zdravotného stavu je to v porovnaní s vekovou skupinou od 18 do 30 rokov a 41-50 rokov (tab. 11).

Tab.12. Miera závažnosti zdravotných problémov verzus priemerný vek prvého užívania návykovej látky pre N = počet respondentov 132

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Vek prvého užívania PL (pri alkohole začiatky abúzu)	Between Groups	600,92	2	300,46	4,177	0,017
	Within Groups	9350,28	130	71,93		
	Total	9951,20	132			
Vek prvého užívania PL (pri alkohole pitie v akomkoľvek množstve)	Between Groups	214,78	2	107,39	3,235	0,043
	Within Groups	4315,30	130	33,19		
	Total	4530,08	132			

Tab. 12a. Deskriptívna štatistika

	Závažnosť zdravotného (somatického) stavu					95% Confidence Interval for Mean			
		N	M	SD	SE	Lower Bound	Upper Bound	Min	Max
Vek prvého užívania PL (pri alkohole začiatok abúzu)	Menšia	62	19,82	8,20	1,04	17,74	21,90	9	53
	Stredná	54	19,80	7,25	0,99	17,82	21,77	8	50
	Veľká	17	26,18	12,41	3,01	19,80	32,56	16	52
	Spolu	133	20,62	8,68	0,75	19,13	22,11	8	53
Vek prvého užívania PL (pri alkohole pitie v akomkoľvek množstve)	Menšia	62	17,05	5,34	0,68	15,69	18,40	5	43
	Stredná	54	17,83	4,45	0,60	16,62	19,05	8	33
	Veľká	17	21,06	9,78	2,37	16,03	26,09	13	46
	Spolu	133	17,88	5,86	0,51	16,87	18,88	5	46

Štatisticky významne vyšší priemerný vek prvého užívania primárne užívaných psychoaktívnych látok sme zistili v skupine respondentov s vyššou mierou závažnosti zdravotného stavu ($M=26,18$, $SD=12,41$ vo vzťahovanosti na začiatky škodlivého užívania alkoholu u závislých od alkoholu, $p=.017$; $M=21,06$, $SD=9,78$, $p=.043$ vo vzťahovanosti na začiatok pitia alkoholu v akomkoľvek množstve).

ZÁVER

Čiastkové výsledky poukazujú na zložitú a problémovú situáciu v oblasti zdravotného stavu závislých od alkoholu i návykových látok, ktorí nastupujú na liečbu/resocializáciu. Miera závažnosti zdravotných problémov môže predikovať možné medicínske i terapeutické intervencie so snahou včas eliminovať zdravotné dôsledky zneužívania návykových látok a otvoriť tak rýchlejšie priestor k úzdruke závislých klientov.

POUŽITÁ LITERATÚRA:

1. BALÁŽIOVÁ, P. 2012. Životná spokojnosť abstínujúcich závislých v koncepcii kvality života. Dizertačná práca, VŠZaSP Bratislava. Nepublikované.
2. DE LEON, G. 2000. *Therapeutic community. Theory, Model, and Method*. New York: Springer Publishing Company, 2000. s.450. ISBN 0-8261-1349-4.
3. EMCDDA. 2004. *Stav drogovej problematiky v Európskej únii a v Nórsku. Výročná správa 2004*. Luxemburg: Úrad pre vydávanie úradných publikácií Európskych spoločenských, 2004. 113 s. ISBN 92-9168-213-6.
4. HAVLÍNOVÁ, M. (ed.) 1998. *Program podpory zdraví ve škole. Praha: Portál, 1998*. 280 s. ISBN 80-7178-263-7.
5. KALINA, K. 2008. Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí. Praha: Grada, 2008. s. 400. ISBN 978-80-247-2449-2.
6. KAPUSTOVÁ, K. 2013. *Profily terapeutických komunit v rámci resocializačnej starostlivosti o závislých v Slovenskej republike a náčrt ich účinnosti*. Dizertačná práca, UKF Nitra. Nepublikované
7. KOPECKÁ, K. – KOPECKÝ, P.: 2003. *Zdravie a klinika chorôb*. Martin: Osveta. 2003, s. 28-46, ISBN 80-8063-117-4.
8. KOVÁČ, D.: 2003. *Quality of life: A paradigmatic challenge to psychologists*. *Studia psychologova*, 2003. Vol. 45, Nr. 2, 81-101.
9. KŘIVOHLAVÝ, J.: 2001. *Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2001*, 278 s. ISBN 80-7178-774-4.
10. VAĐUROVÁ, H. – MÜHLPACHR, P.: 2005. *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita. 2005, 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

Príspevok vznikol v rámci riešenia projektu VEGA č.1/0221/11: Evaluácia výsledkov procesu resocializácie klientov resocializačných stredísk v podmienkach Slovenskej republiky.

EVALUATION OF YOUR HEALTH DEPENDENT ON ENTRY INTO THE SOCIAL REINTEGRATION CENTERS



KONTAKTNÍ ÚDAJE NA
AUTORA:

Doc. PhDr. Ľuba Pavelová, PhD.
Univerzita Komenského v Bratislave
Pedagogická fakulta
Ústav sociálnych štúdií a liečebnej
pedagogiky
Katedra sociálnej práce
pavelova@fedu.uniba.sk

ABSTRACT

The severity of somatic, psychological and social consequences of addiction can not be disputed. These consequences affecting the dependent conduct before, during and after treatment. They are often a formal external motivation dependent on treatment. Their detection and early diagnosis is prerequisite for to accelerate and more effective the treatment process. The paper reports partial research data VEGA č. 1/0221/11: The Evaluation of the Outcomes from the Resocialisation Process of the Clients in the Resocialisation Centers in the Slovak Republic about dependent's assessment of their families when they enter to re-socialization centre. As a research instrument we have used standardized questionnaire called Europpasi.

KEYWORDS:

dependence, health, social reintegration,
resocialization center

ZDRAVIE AKO JEDEN Z HLAVNÝCH ČINITEĽOV OVPLYVNÚJÚCICH ŽIVOTNÚ SPOKOJNOSŤ ABSTINUJÚCICH ZÁVISLÝCH V KONCEPCII KVALITY ŽIVOTA

BALÁŽIOVÁ PETRA

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICA,
VEĽKÉ ZÁLUŽIE



ABSTRAKT

Životná spokojnosť je spájaná s otázkami kvality života, týkajúcich sa spokojnosti s rôznymi oblasťami života (spokojnosť so zdravím, prácou a zamestnaním, bývaním, finančnou situáciou, trávením voľného času, partnerom, vzťahom k deťom a sebe samému, sexualitou, priateľmi, príbuznými a známymi). Príspevok prináša parciálne výsledky výskumu, realizovaného na vzorke 462 respondentov. Zameriava sa na zdravie, ako jeden z hlavných činiteľov ovplyvňujúcich životnú spokojnosť abstINUJÚCICH závislých.

KLÚČOVÉ SLOVÁ:

závislosť, kvalita života,
životná spokojnosť, zdravie

Kvalita života, kvalitný život sa najbližšie spája s tzv. dobrým životom. Odpoveď na otázku: „Čo chápeme ako dobrý život?“ dáva návod na tvorbu kritérií kvality života.

Problematika kvality života a jej vymedzenie patrí k veľmi diskutovaným pojmom a je ťažké ju z hľadiska jej rozmanitosti definitívne vymedziť, nakoľko kategória kvality života nespočíva kvôli svoju multidimenziálnemu, kultúrne podmienenému, dynamickému a značne subjektívnemu charakteru na jednoznačnom teoretickom základe. K pojmu kvalita života je dôležité pristupovať ako k spoločenskému pojmu, ktorý sa vzťahuje k individuálnemu a spoločenskému životu človeka. Podľa Halečku (2002, s.2) je človek bytosť bio –psycho –sociálna. Na základe tejto konkretizácie spomínaný autor člení ľudský život ako: *„biologický, sexuálny, duchovný, individuálny a spoločenský, ale aj ako bohatý, chudobný, či úbohý alebo ako zdravý a nezdravý, tvorivý, netvorivý až prázdny, a to hmotne alebo duchovne z hodnotového hľadiska, ako šťastný a nešťastný, ako zmysluplný a absurdný a pod. Zo spoločenského hľadiska môže ísť o život rodinný, skupinový, národný, náboženský, klubový, profesionálny, organizovaný alebo chaotický, cieľavedomý alebo spontánny, slobodný, či neslobodný atď“*.

Pojem kvalita života má veľmi veľa podôb a pre každého človeka znamená okrem všeobecne uznávaných hodnôt, aj

niečo osobité. V odbornej diskusii je to nový termín, ktorý existuje len niekoľko desaťročí. Rôznorodosť konceptov viedla ku vzniku mnohých definícií kvality života (Vagač, 2004). Domnievame sa, že kvalitu života je treba posudzovať z hľadiska rôznych väzieb, ktoré môžeme porovnať s hierarchiou potrieb človeka. Medzi ne patria základné schopnosti a činitele, napríklad samostatnosť, schopnosť rozhodovať sa, zachovanie zmyslových schopností, sociálneho podporného systému, určitý finančný štandard, pocit užitočnosti pre ostatných, šťastia, mravnosti a pod. Tieto základné väzby sú významné v živote človeka, hoci so zreteľom na ich špecifickosť, ich možno pokladať za pomerne relatívne. Teda kvalita života môže predstavovať rôzne hodnoty pre rôzne osoby.

Jedným zo základných problémov, spájajúcich sa s výskumom kvality života je určenie ukazovateľov, či indikátorov dôležitých z hľadiska jej merania. Riešenie tohto problému v podstate vychádza zo stanovenia si kľúčových zložiek ľudského života, resp. faktorov, ktoré majú najvýraznejší vplyv na jeho kvalitu. Z tohto hľadiska sa potom výskum môže zamerať na kvalitu života ako celok, alebo skúmať len niektoré z jeho dimenzií (Ira, 2003). WHO podľa Hrozenskej (2011) vychádza z predpokladu, že na kvalite života sa podieľajú štyri základné oblasti – domény, ktoré sa vnútorne členia na ďalšie indikátory. Štyri základné oblasti sú: telesné zdravie a úroveň nezávislosti, psychické funkcie, sociálne vzťahy, prostredie.

Oblasť telesné zdravie a úroveň nezávislosti obsahuje tieto indikátory: energia a únava, bolesť a nepohoda, spánok a odpočinok, mobilita, aktivity v každodennom živote, závislosť od liekov a zdravotných pomôcok, pracovná kapacita.

Oblasť psychické funkcie obsahuje tieto indikátory: imidž vlastného tela a zjavu, negatívne emócie, pozitívne emócie, sebahodnotenie, myslenie, učenie, pamäť, pozornosť, spiritualita, osobné presvedčenie.

Oblasť sociálne vzťahy obsahuje indikátory: osobné vzťahy, sociálna podpora, sexuálne aktivity.

Oblasť prostredie obsahuje tieto indikátory: finančné zdroje, sloboda, fyzická bezpečnosť, zdravotná a sociálna starostlivosť, prostredie domova, možnosti získať informácie a kompetencie, participácia na voľnočasových a rekreačných aktivitách, fyzikálne prostredie (emisie, hluk, premávka, klíma), doprava.

Kvalita života sa výrazne zmení, pokiaľ je človek závislý od nejakej návykovej látky a pojem kvalitný život v takomto prípade nadobúda úplne iné rozmery, aj keď závislý by nám na otázku, čo mu dáva návyková látka a či je spokojný so svojím životom, dal s určitosťou kladnú odpoveď. Ondrejko (2008, s. 11) hovorí, že *“človek závislý od drog pôsobením dopamínu pociťuje šťastie, radosť, nádej.... Takéto pocity zohrávajú kľúčovú úlohu, ako dôvod užívania návykových látok.”*

ŽIVOTNÁ SPOKOJNOSŤ A JEJ VYMEDZENIE V KONCEPCII KVALITY ŽIVOTA

Môžeme teda uvažovať, že životná spokojnosť je termín, ktorý súvisí s pojmom kvalita života veľmi úzko, aj keď je ťažko definovateľný a nie vždy sa dá jednoznačne vymedziť. Pokiaľ by sme chceli charakterizovať životnú spokojnosť, musíme ju v prvom rade definovať vo všeobecnosti ako subjektívny zážitok, ktorý u človeka súvisí s objektívne jestvujúcimi potrebami.

Životnú spokojnosť môžeme všeobecne definovať ako subjektívny zážitok, ktorý u človeka vzniká v súvislosti s objektívne existujúcimi potrebami. Podľa Koivumaa-Honkanena a kol. (In: Verešová, 2009). slúži na hodnotenie života ako celku, na základe vzťahu medzi osobnými cieľmi a ich plnením Kollárik (2002, str. 124) všeobecne o spokojnosti hovorí, že *„vyjadruje určitú mieru osobného vyrovnanie sa, osobného šťastia a často i mieru osobného prežívania vlastného zaradenia sa v užšom sociálnom rámci“*. Grob (in Lašek, 2004) zase chápe subjektívnu životnú spokojnosť ako komplexný termín, ktorý na jednej strane zahŕňa nízke sebahodnotenie, malé uspokojenie alebo negatívne stránky života, na strane druhej šťastie a spokojnosť so životom, so sebou samým a pozitívne stránky života.

Vychádzame z tvrdení N. Donovana a D. Halperna (2002), ktorí hovoria, že životná spokojnosť je subjektívne široká miera ľudského blaha (osohu). Subjektívna,

pretože v prieskume sa ľudí jednoducho pýtajú, či sú spokojní so svojim životom ako celkom, a široká, pretože výskumníci bližšie nedefinujú komponenty sociálneho blaha - je na každom jednotlivcovi posúdiť, či je spokojný. Životná spokojnosť sa týka života ako celku, ale aj jeho jednotlivých oblastí. Preto je dôležité, aby sme rozlišovali celkovú životnú spokojnosť a spokojnosť s jednotlivými oblasťami života ako napríklad spokojnosť so zdravím. Celkovú spokojnosť so životom určuje spokojnosť v jednotlivých oblastiach života, kam patrí napríklad zdravie, práca, rodina, priatelia.

J. Fahrenberg (1994) vymedzuje životnú spokojnosť ako individuálne hodnotenie predchádzajúcich a terajších podmienok života a očakávanej životnej perspektívy. Rozlišuje medzi spokojnosťou so životom ako celkom a okrem toho aj spokojnosťou s týmito špecifickými oblasťami života každého z nás: zdravie, práca a povolanie, finančná situácia, voľný čas, manželstvo a partnerstvo, vzťah k vlastným deťom, spokojnosť s vlastnou osobou, sexualita, priatelia, známi a príbuzní, bývanie.

ZDRAVIE AKO JEDEN Z HLAVNÝCH ČINITEĽOV OVPLYVŇUJÚCICH ŽIVOTNÚ SPOKOJNOSŤ

V koncepcii životnej spokojnosti nachádzame veľa dôležitých oblastí, ktoré majú pre jednotlivca rôzny význam. Vzhľadom k množstvu týchto oblastí sa v našom príspevku zameriame na vybraný faktor, ktorý subjektívne považujeme za veľmi dôležitý v určovaní miery životnej spokojnosti a tým je zdravie.

Zdravie je na prvom mieste všetkých hodnôt v živote väčšiny ľudí. Zdravý človek zdraviu nevenuje toľko pozornosti, berie ho ako samozrejmosť, ale len pokiaľ sa cíti dobre a nič mu nechýba. Zvyčajne si ho začne vážiť až keď sa u neho objavia nejaké symptómy ochorenia, ktoré vedú k zníženiu kvality života a životnej spokojnosti (Mojtová, 2008). Ústava Svetovej zdravotníckej organizácie, ktorú schválila medzinárodná zdravotnícka konferencia v New Yorku v roku 1946, stanovila zdravie za jedno zo základných ľudských práv a deklarovala právo každej osoby tešiť sa z najvyššie možnej úrovne dobrého zdravia vo svojej spoločnosti. Na úrovni jednotlivca je zdravie predpokladom jeho celkovej pohody a kvality života. Na úrovni spoločnosti je zdravie obyvateľstva nevyhnutnou podmienkou a súčasne výsledkom prosperujúceho života spoločnosti. Dominantným pojmom v definícii zdravia podľa WHO (1948, In: Mojtová, 2008, str. 7) je, že *„zdravie je stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody, a nie iba neprítomnosť ochorenia alebo poruchy funkcie.“* Zdravie je síce jednou z najvýznamnejších manifestovaných hodnôt, no je prekvapujúce a zarážajúce zároveň, ako málo sa venujeme tak prevencii, tak aj liečbe jednotlivých chorôb.

Veľmi často sa stáva, že máme tendenciu vnímať zdravie iba ako fyzický stav. Havlíková (1998) popisuje, že zdravie má ale nielen fyzickú, ale i psychickú (duševnú, emocionálnu), sociálnu a duchovnú (morálnu) dimenziu. Telesné zdravie je teda pohodou tela, bezproblémový

chod funkcií. Duševné zdravie je pohodu myslenia, prežívania. Sociálne zdravie je pohoda vo vzťahoch, ktoré sú pre nás významné. Duchovná dimenzia zdravia naznačuje vzťah k hodnotám. To, do akej miery dokážu dať do súladu svoje presvedčenie, svoj život s hodnotami. Už spomínaná autorka ponúka odpovede na otázku, prečo by sme sa mali zaoberať zdravím:

- Zdravie je vo všeobecnosti veľmi uznávanou hodnotou. Je pre každého človeka dôležité, dáva mu pocit pohody, ale zároveň umožňuje uskutočňovať to, čo je pre neho hodnotné.
- Súčasné vnímanie zdravia kladie dôraz na súvislosti. Celkové zdravie človeka je považované za výslednicu jeho zdravia telesného, duševného, duchovného a sociálneho, ale zároveň ako súčasť zdravia užšej a širšej komunity a prírody (zdravie učiteľov ovplyvňuje zdravie žiakov, zdravá atmosféra je vytváraná zdravou komunitou ...).
- Na zdravie človeka vplýva aj jeho správanie a spôsob života. Keď máme podiel na ujme na zdraví, je nádej, že máme i možnosť ujme na zdraví predísť. Proti chorobám, zhoršovaniu zdravotného stavu, pocitom nepohody a skracovaniu plnohodnotného života nie sme úplne bezmocní.

Podľa Kopeckej (2003) je zdravotný stav obyvateľstva ovplyvňovaný internými a externými faktormi. Medzi interné (vnútorné) faktory zaraďuje: dedičnosť, pohlavie, vek, vývin. Medzi externé (vonkajšie) faktory patria: fyzikálne, chemické, biologické, sociálno-

spoločenské.

Spoločné prvky teórii o zdraví zhrnul Křivohlavý (2001) nasledovne:

- zdravie je dôležité pre uskutočňovanie životných cieľov,
- zdravie je dynamický jav: môže sa zlepšovať i zhoršovať,
- dobré zdravie je mimoriadne vysokou hodnotou,
- zdravie je viac ako fyzické fungovanie,
- zdravie úzko súvisí s kvalitou života,
- zdravie je predmetom osobnej zodpovednosti každého,
- zdravie je vnímané v kontexte komunitného, ekologického ale i politického priestoru.

DOPAD ZÁVISLOSTI NA ZDRAVOTNÝ STAV JEDINCA

Z uvedených skutočností vyplýva, že životná spokojnosť v jednotlivých oblastiach života súvisí aj s tým, ako človek naplňuje svoj život, čo robí pre zvyšovanie svojej životnej spokojnosti. Po preštudovaní dostupnej literatúry a výskumných zistení vnímame ako problematický spôsob, ako so svojou životnou spokojnosťou nakladajú závislí od návykových látok, ktorí v základných oblastiach subjektívnej pohody zlyhávajú, čo nepriaznivo ovplyvňuje celkovú životnú spokojnosť ich samotných aj ich blízkych. Pojem závislosť je v povedomí širokej verejnosti zvyčajne spájaný, resp. chápaný ako závislosť od drog alebo omamných látok. Závislosť však nie je len dôsledkom požívania zakázaných látok. V každom prípade ale komplexným znakom, v zmysle tak fyzickej ako aj psychickej potreby, ktorá

je taká silná, že riadi nielen telo, ale aj myseľ jedinca. Človeka charakterizujeme ako bio-psycho-sociálnu bytosť. Ondrejko (2009, str. 265) kvalifikuje ako drogovú závislosť *„chorobný vzťah k drogám, ktorý je charakterizovaný nekontrolovateľnou túžbou vpravovať si drogy akýmkoľvek spôsobom do organizmu“*. Medzinárodná klasifikácia chorôb (MKCH-10) (In: Nešpor, 2007) vymedzuje syndróm závislosti ako skupinu fyziologických, behaviorálnych a kognitívnych fenoménov, ktorých užívanie akejkoľvek látky, alebo skupiny látok má u jednotlivca väčšiu prioritu, než akékoľvek iné správanie, ktoré si kedysi vážil viac. Bernhard von Treeck (In: Gölhert a Kühn, 2001, s. 11) hovorí, že *„drogová závislosť sa začína tam, kde pôvodné životné perspektívy zlyhávajú a význam drog narastá do takej miery, že nekontrolovateľným spôsobom preberajú prvoradé miesto v prežití jednotlivca i spoločenstva.“*

Závislosť od drog sa prejavuje v duševnej (psychickej) aj fyzickej (somatickej) oblasti. Preto hovoríme o psychickej a somatickej drogovej závislosti:

- **psychická závislosť** - je duševný stav človeka. Tento vzniká po podaní drogy a prejavuje sa rôznym stupňom túžby užívať ju znova a mať z nej príjemné pocity. Ide teda o zmenu duševného stavu dôsledkom opakovaného podávania drogy,
- **somatická závislosť** je stav ľudského organizmu, ktorý sa prejavuje určitými symptómami, ak sa droga nejaký čas nepodáva. Označujeme ich odvykacími príznakmi, alebo abstinenčným syndrómom.

Fyzickú závislosť je možné medicínsky prekonať v pomerne krátkom čase, zatiaľ čo psychická závislosť môže trvať doživotne. To znamená, že ten, kto sa raz stane závislým, ostane závislým počas celého života. Šteliar (2004) okrem psychickej a somatickej závislosti hovorí aj o závislosti sociálnej. Vzniká v súvislosti s rituálnym užívaním drogy v rámci daného spoločenstva, kedy potreba užívať drogu nevyplýva z fyzickej závislosti ani zo subjektívnej potreby užiť drogu, ale užívanie je súčasťou určitého rituálu (náboženského, profesionálneho, skupinového....) určitej sociálnej skupiny. Je možné ju chápať ako psychologickú závislosť, pri ktorej sú príjemné pocity sprostredkované nepriamo, cez posilnenie sociálnych vzťahov v spoločenstve a nie priamo drogou.

Vymedziť dôsledky závislosti nie je vôbec jednoduché, pretože problematika závislosti je veľmi rozsiahla a zasahuje do všetkých sfér života človeka. Benkovič, Garaj (2009) uvádzajú, že závislosť od alkoholu súvisí podľa viacerých výskumov (napr. Machú, Dokoupilová, Zbořilová, 1999; Tumpachová, 2005; Zahradník, 2006) predovšetkým s poklesom sebaúcty, s klesom pocitu sociálneho prijatia, s nárastom pocitu sociálnej nepotrebnosti. Dochádza k pocitom neužitočnosti, zmarenia, straty zmyslu života, smútku, objavujú sa príznaky depresii a neurózy, ktoré môžu viesť k suicidálnym pokusom i k dokazovaným samovraždám. Nielenže dochádza k zhoršeniu psychického, ale aj zároveň fyzického zdravia. Alkohol primárne môže viesť k subjektívnemu pocitu sebaapresadenia, k pocitom sociálneho uznania, ale dlhodobý abúzus alkoholu sekundárne vedie k zhoršeniu

kvality života danej osoby. Obaja autori považujú zdravie z hľadiska sledovanej problematiky závislosti od alkoholu jedným z hlavných činiteľov, ktorý ovplyvňuje kvalitu života.

Lindenmeyer (2009) rozlišuje dopad závislostí na somatickú, psychickú ale aj sociálnu stránku.

- Telesné škodlivé následky: gastritída, abstinenčný syndróm, traumy, zlomeniny kostí, bolesti kĺbov, anémia, záchvaty kŕčov, kardiomyopatia, malnutrícia, zvýšená náchylnosť k infekciám, zvýšené riziko rakoviny, poruchy sexuálnych funkcií, cirhóza pečene, polyneuropatia, steatóza pečene, pankreatitída a vysoký krvný tlak, nervový systém a mnohé ďalšie. Môžeme skonštatovať, že tieto zdravotné dôsledky sa prejavujú na vzhľade osoby závislého. Miera poškodenia závisí od pravidelnosti užívania návykových látok, množstva a od odolnosti organizmu závislého.
- Psychické škodlivé následky: sociálne úzkosti, agresívne vykoľajenia, depresia, žiarlivosť, delírium tremens, znížený pocit vlastnej hodnoty, ťažkosti s koncentráciou, suicidalita, selektívne vnímanie, kolísanie citov, alkoholická halucinóza, poruchy pamäti, chýbanie odstupu. Okrem týchto môžeme doplniť psychózy, poruchy osobnosti.
- Medzi sociálne dôsledky závislosti podľa vyššie uvedeného autora patria: strácanie priateľov, partnerské konflikty, dlhy, strata bytu, strata zamestnania, väzenie, trestné činy, strata vodičského preukazu, konflikty v zamestnaní.

Človek závislý od drog by nemal svoj boj vzdávať hneď na začiatku, lebo terapiou môže zmeniť svoje doterajšie návyky a žiť „čistý“ plnohodnotný a kvalitný život. Pre zmenu životného štýlu abstinujúceho je veľmi dôležité, aby problémy, ktoré nastanú po absolvovaní liečby dokázal riešiť po novom a to bez alkoholu, alebo drog. Resocializáciu – doliečovanie považujeme za rozhodujúcu fázu liečby, nakoľko rozhoduje o zaradení sa chorého napäť do rodiny, zamestnania, a celkovo do spoločnosti. Záleží len od konkrétneho človeka, ako svoju drogovú skúsenosť pre ďalší život spracuje a čo z nej dokáže vyťažiť pre zlepšenie a hlavne skvalitnenie svojho života. Súvislosť kvality života a abstinencie je celkom zrejmá – len uspokojivý život môže závislého motivovať, aby zotrval v abstinencii.

V roku 2012 sme realizovali výskum miery životnej spokojnosti osôb závislých od návykových látok s akcentom na dĺžku abstinencie. Predpokladáme, že životná spokojnosť osôb závislých od návykových látok sa zvyšuje v celom procese – od nástupu na liečbu až po doliečovací proces, čo potvrdzujú aj výskumy Hellera, Pecinovskej (1996), Benkoviča a Garaja (2009): „Kvalita života u ľudí závislých od alkoholu a jej zmena v priebehu liečby“, Fleškovej Marty (2008): „Životná spokojnosť mužov a žien závislých od alkoholu“, Marty Popelkovej (2004): „Pohľad na životnú spokojnosť závislých od alkoholu“.

Ako výskumný nástroj sme použili štandardizovaný Dotazník životnej spokojnosti (ďalej len DŽS) od Fahrenberga

a kol. (2001). V príspevku ponúkame empirické zistenia a interpretáciu parciálnych výsledkov výskumu v oblasti rodina, ktorého sa zúčastnilo 462 respondentov, rozdelených do nasledovných skupín:

- **A súbor** - závislí nastupujúci na základnú liečbu – 187 respondentov,
- **B súbor** - abstinujúci závislí – 161 respondentov, rozdelení do dvoch podsúborov:
- **B1** – závislých abstinujúcich do troch rokov – podľa preštudovanej literatúry sú práve tieto tri roky určujúce pre stabilizáciu postoja a fixáciu rozhodnutia abstinovať,
- **B2** – závislých abstinujúcich 3 a viac rokov - štvrtý a piaty rok abstinencie je obdobie prirodzeného návratu do spoločnosti a s tým možností návratu k „plnohodnotnému životu“,
- **C súbor** - kontrolný súbor – 114 respondentov – konzumenti, ktorí neudávajú problémy s užívaním návykových látok.

Výskumný súbor bol konštruovaný zámerným výberom. Kritériu výberu súboru A podliehali respondenti nastupujúci na základnú liečbu závislosti od akejkoľvek návykovej látky v Psychiatrickej nemocnici vo Veľkom Záluží, na 1. a 2. psychiatrickom oddelení, v termíne od apríla 2010 do apríla 2012. Kritériu výberu súboru B podliehali abstinujúci závislí v procese doliečovania v svojpomocných skupinách: BUDÚCNOSŤ Nitra, A klub MAJÁK Veľké Zálužie, A klub Trnava, A klub Piešťany, v termíne máj 2011 – apríl 2012. Súbor C podliehal kritériu výberu z okruhu našich priateľov

a známych, konzumentov, ktorí neudávajú problémy s užívaním návykových látok. Súbory A, B boli oslovené pri osobnej návšteve uvedených zariadení, súbor C e-mailovou poštou.

Ako doplnkovú metódu sme použili dotazník autorov O`Boyla, McGeeho - SEIQoL – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life - Program hodnotenia individuálnej kvality života (1994, in Křivohlavý, 2001, 2002). Spomínaný dotazník je jednou z desiatich metód zisťujúcich kvalitu života, ktoré uvádza Svetová zdravotnícka organizácia. Spomedzi nich je jediným, ktorý sa venuje individuálnej kvalite života (Joyce et al., 2003).

Pre zistenie prítomnosti rozdielov v sledovaných ukazovateľoch sme použili Studentov T-test. Sledovali sme namerané hodnoty Studentovho T-testu a príslušnú P hodnotu. Vzťahy medzi skúmanými veličinami sú štatisticky významné, keď pre príslušnú P hodnotu platí $P \leq 0,05$, štatisticky vysoko významné pre $P \leq 0,01$ a štatisticky veľmi vysoko významné pre $P \leq 0,001$.

Tab. 1: Životná spokojnosť respondentov závislých abstínujúcich do troch rokov oproti životnej spokojnosti respondentov na základnej liečbe v oblasti zdravie

STE		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ZDRAVIE	1,00	187	30,4385	7,1173	5205,
	2,00	89	37,3820	5,0621	5366,

		t-test for Equality of Means			
		t	df	.Sig (2-tailed)	Mean Difference
ZDRAVIE	Equal variances assumed	-8,259	274	000,	-6,9435

Nameraná hodnota T-testu v oblasti zdravie je $t = -8,259$. Pri testovaní 1(závislí na základnej liečbe) vs.2(závislí abstínujúci do troch rokov) na hladine významnosti $p \leq 0,001$ bol preukázaný štatisticky veľmi vysoko signifikantný rozdiel. Hladina významnosti rozdielu spokojnosti v oblasti zdravia je $\text{sig}(2\text{-tailed}) = 0,000$, preto konštatujeme: respondenti závislí abstínujúci do troch rokov v sledovanej vzorke vykazujú oproti respondentom na základnej liečbe veľmi vysokú spokojnosť v oblasti zdravie.

Respondenti na základnej liečbe udávajú signifikantne nižšiu spokojnosť so zdravím ako závislí abstínujúci do troch rokov. V dotazníku životnej spokojnosti v položke zdravie sa podľa Benkoviča, Garaja, (2009) potvrdil signifikantný rozdiel medzi sledovanými skupinami. To chápú ako potvrdenie toho, že skupina alkoholikov vníma svoju telesnú kondíciu, svoju fyzickú výkonnosť a odolnosť proti chorobe za zníženú v porovnaní so skupinou

nealkoholikov. Dodávajú aj vysokú dôležitosť zlepšenia v tejto oblasti, pretože vzhľadom na mieru vecnej signifikancie, najvýraznejšie sa zmenila spokojnosť so zdravotným stavom.

Telesné a psychické ťažkosti sa počas liečby znižujú. Abstínovaním sa upravuje zdravotný stav odňatím návykovej látky, čo potom zlepšuje aj subjektívne vnímanie životnej spokojnosti so zdravím. Za dôležité považujeme poskytovanie informácií o rizikách spojených s konzumovaním návykových látok v tehotenstve pre páry a budúce matky, za účelom zvyšovania pocitu zodpovednosti, čo vyplýva aj z ustanovení Zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (Zmena:662/2007 Z. z. s účinnosťou od 31.marca 2008). Tento zákon upravuje poskytovanie zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,

práva a povinnosti fyzických osôb a právnických osôb pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, postup pri úmrtí a výkon štátnej správy na úseku zdravotnej starostlivosti.

Tab. 2: Životná spokojnosť závislých abstínujúcich viac ako tri roky oproti životnej spokojnosti respondentov na základnej liečbe v oblasti zdravie

STE		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ZDRAVIE	1,00	187	30,4385	7,1173	5205,
	3,00	72	35,9167	6,4322	7580,
		t-test for Equality of Means			
			t	df	.Sig (2-tailed)
					Mean Difference
ZDRAVIE	Equal variances assumed		-5,696	257	000,
					-5,4782

Nameraná hodnota T-testu v oblasti zdravia je $t = -5,696$. Pri testovaní 1(závislí na základnej liečbe) vs.3(závislí abstínujúci 3 a viac rokov) na hladine významnosti $p \leq 0,001$ bol preukázaný štatisticky veľmi vysoko signifikantný rozdiel. Hladina významnosti rozdielu spokojnosti v oblasti zdravia je $\text{sig}(2\text{-tailed}) = 0,000$, preto konštatujeme: respondenti závislí abstínujúci 3 a viac rokov v sledovanej vzorke vykazujú oproti respondentom na základnej liečbe veľmi vysokú spokojnosť so zdravím.

Zistili sme, že životná spokojnosť závislých abstínujúcich viac ako tri roky je vyššia, ako životná spokojnosť respondentov na základnej liečbe, čo je i štatisticky významné. Podporuje to informácie o tom, že na základnú liečbu prichádzajú závislí pod veľkým sociálnym tlakom, ktorý je spôsobený problémami v oblasti fyzického a psychického zdravotného stavu a v oblasti finančnej, sociálnej a vzťahovej. Kvalita ich života sa znižuje, čo sa odráža

v subjektívnom prežívaní spokojnosti so svojím životom. Dopady zneužívania návykových látok zasahujú do všetkých oblastí života človeka, najčastejšie ide o zdravotné problémy (fyzické, psychické) a sociálne dôsledky (strata zamestnania, bezdomovectvo, disfunkčné vzťahy...)

Lindenmeyer (2009) upozorňuje na závažné fyzické problémy závislých, ako je gastritída, abstinenčný syndróm, traumy, zlomeniny kostí, bolesti kĺbov, anémia, záchvaty kŕčov, kardiomyopatia, malnutrícia, zvýšená náchylnosť k infekciám, zvýšené riziko rakoviny, poruchy sexuálnych funkcií, cirhóza pečene, polyneuropatia, steatóza pečene, pankreatitída a vysoký krvný tlak, nervový systém. Môžeme dodať, že sa mení zovňajšok závislého človeka, rapídne chudne a nedodržiava hygienu.

Medzi psychické problémy môžeme zaradiť rôzne psychózy, poruchy osobnosti a organické psychické poruchy. Podľa Benkoviča (2007) sú to najmä delírium

tremens, alkoholická halucinóza, alkoholická paranoidná psychóza, Korsakovova psychóza, alkoholická demencia, alkoholická paranoja, samovraždy, alkoholická epilepsia. Konštatujeme, že závislý človek je labilnejší, má sklony k extrémnemu emočnému prežívaniu a tým dochádza k deformácii celkového emočného prežívania.

Domnievame sa, že je dôležité nepodceňovať nebezpečenstvo závislosti na jednotlivca, a celú spoločnosť. Závislí sú ohrození okrem zdravotných problémov aj sociálnymi poruchami, ktorými sú :

- strata zamestnania - Fichcer, Škoda (2009) uvádzajú, že akákoľvek závislosť má negatívny vplyv na pracovný výkon človeka. Na alkohol sa vydávajú veľké sumy, alkoholik v dôsledku chronického vynechávania v práci prináša nižší zárobok a v súčasnej dobe sa najpravdepodobnejšie stáva nezamestnaným. Podľa Nejdlovej (In: Janiaková, 2003) nie sú zamestnávateľia k závislým zhovievaví, často ich prepúšťajú, pretože potrebujú zamestnancov, ktorí budú podávať plný a kvalitný výkon.
- chudoba a bezdomovectvo – chudoba je veľmi úzko prepojená s bezdomovectvom. Poloňová a kol. (In: Mátel, Schavel, 2011) uvádzajú, že v skupinách najviac ohrozených chudobou okrem iných, patria aj spoločensky neprispôsobivé osoby. Sú to osoby so sociálno-patologickým správaním, ku ktorému priradujú aj závislosti. Podľa nich bezdomovectvo patrí k extrémnym formám chudoby, resp. biedy. Predchádza mu správanie

a procesy vedúce k strate zázemia, životných istôt a je prejavom sociálneho vylúčenia. Pavelová, Tomka a Balážiová (2011) chápu sociálne vylúčenie závislých z dvoch rovín: z jednej roviny ako dôsledok sociálneho vylúčenia, z druhej roviny ako jeho príčinu. Dôsledkom sociálneho vylúčenia môže byť podľa nich nadmerný konzum akejkoľvek drogy(i alkoholu!) , ktorý má za cieľ zmierniť prežívanie, spojené s exklúziou. Môže slúžiť ako náhradný prostriedok na uvoľnenie, zabudnutie, skreslené vnímanie skutočností, zmiernenie nepríjemných pocitov neužitočnosti, zbytočnosti. Pod vplyvom akejkoľvek omamnej látky je svet okolo nás krajší. Užívanie drog, hlavne následná závislosť od nich je často príčinou sociálneho vylúčenia závislých. V neskorších štádiách závislosti nie sú závislí schopní rešpektovať požadované normy, správať sa primeraným spôsobom, zapájať sa do pracovného procesu. Status vylúčených prijímajú často v partii podobne zmýšľajúcich.

- disfunkčné vzťahy – závislosťou svojho člena, trpí jeho najbližšie okolie a tým je rodina, v ktorej viazne komunikácia, sú oslabené rodinné emocionálne väzby, dochádza k fyzickému i psychickému násiliu voči partnerovi a deťom. Podľa Levickej (2004) je dysfunkčná rodina charakteristická napätou atmosférou, jej členovia sú neustále vystavení stresovým situáciám, z čoho pramení ich neschopnosť socializovať sa. V rodinách so závislým členom veľmi často dochádza k rozvodom.

Dôslednou abstinenciou je možné upraviť vzniknutú situáciu, čo môže byť pre

abstinenta výhodné, a to sa ukázalo aj v skupine závislých abstinujúcich viac ako 3 roky. Súhlasíme s tvrdením Nešpora (2004) a aj naše výsledky to dokumentujú, že môžeme evidovať niektoré výhody abstinencie v týchto oblastiach:

- zdravie – lepšia funkcia pečene, lepšia kondícia, lepší postreh, lepšia sexuálna kondícia, stabilnejší krvný tlak, nižšie riziko nádorov,
- duševné zdravie – lepšia pamäť, väčší životný klúd, lepšie svedomie, lepšie sebaovládanie, lepší odhad vlastných možností a schopností, väčšia sebadôvera,
- vzťahy k druhým ľuďom - odpadnú zbytočné hádky kvôli pitiu, väčšia autorita v rodine i v okolí, človek je schopný lepšie riešiť rôzne problémy, rovnoprávnejšie vzťahy

v rodine a v práci, väčší okruh skutočných priateľov, lepší vzor pre vlastné deti i pre ďalších ľudí, väčší rešpekt zo strany okolia (napríklad susedia),

- financie - úspory za alkoholické nápoje, peniaze, ktoré predtým človek utrácal za alkohol, môže výhodne investovať, finančné úspory v dôsledku lepšieho zdravotného stavu,
- životný štýl, ušľachtilé radosti - rozmanitejší a zaujímavejší život, viac času na dobré koníčky a ušľachtilé záľuby, viac času na seba vzdelávanie, lepšia výživa, lepší spánok, väčšia starostlivosť o zovňajšok,
- práca - lepší pracovný výkon, väčšia spoľahlivosť, lepšia pozícia voči nadriadeným, väčšia autorita vo vzťahu k podriadeným, zdravá sebadôvera, väčšia bezpečnosť práce, lepšie pracovné vzťahy.

Tab. 3: Životná spokojnosť respondentov na základnej liečbe oproti životnej spokojnosti respondentov kontrolného súboru v oblasti zdravie

STE		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ZDRAVIE	1,00	187	30,4385	7,1173	5205,
	4,00	114	36,7368	5,6928	5332,

		t-test for Equality of Means			
		t	df	.Sig (2-tailed)	Mean Difference
ZDRAVIE	Equal variances assumed	-8,013	299	000,	-6,2983

Nameraná hodnota T-testu v oblasti zdravie je $t = -8,013$. Pri testovaní 1(závislí na základnej liečbe) vs. 4(kontrolný súbor) na hladine významnosti $p \leq 0,001$ bol preukázaný štatisticky veľmi vysoko signifikantný rozdiel. Hladina významnosti rozdielu spokojnosti v oblasti zdravie je $\text{sig}(2\text{-tailed}) = 0,000$, preto konštatujeme: respondenti kontrolného súboru v sledovanej vzorke vykazujú oproti respondentom na základnej liečbe veľmi

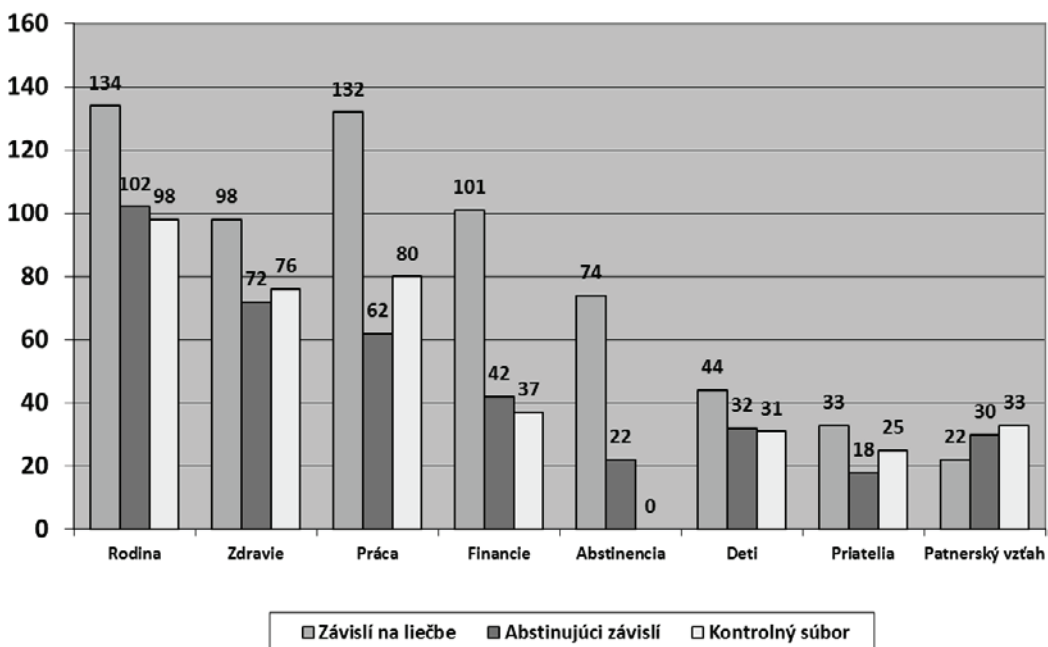
vysokú spokojnosť v oblasti zdravia.

Pri skúmaní rozdielu vo vnímaní životnej spokojnosti závislých na základnej liečbe a kontrolného súboru v oblasti zdravia sme zistili, že v našej vzorke respondentov udáva vyššiu spokojnosť kontrolný súbor. Môžeme uvažovať o tom, že ak človek nepadne do osídíel závislosti, uberá sa jeho život iným, hodnotnejším smerom. V tomto kontexte je treba zobrať na zreteľ možnosti prevencie vzniku sociálno-patologických javov u mládeže, hlavne prevencie primárnej, resp. univerzálnej, ktorá zastrešuje najmä oblasti výchovy v rodine, pôsobenia školy a rovesníckych skupín.

Ako samotní respondenti hodnotia kvalitu svojho života sme zistili pomocou dotazníka SEIQoL, ktorý priamo zachytáva individuálnu kvalitu života tak, ako ju subjektívne vidí, chápe a definuje samotný respondent.

Medzi najčastejšie uvádzané životné ciele podľa Křivohlavého (2001) patrí: zdravie, rodina, práca, náboženstvo (viera), financie a vzdelanie, pričom napr. starší ľudia najčastejšie uvádzajú sociálnu činnosť, zdravie, rodinu, životné podmienky a náboženstvo. V uvažovaní o tom, čo spôsobuje zníženú kvalitu života, sme sa zamerali na to, čomu vo svojom živote respondenti prisudzujú vysokú dôležitosť a s ktorými oblasťami svojho života sú spokojní. Ponúkame nasledovné poradie

Tab. 1 Najčastejšie uvádzané životné ciele respondentov v dotazníku SEIQoL



piatich najčastejšie uvádzaných cieľov podľa súborov:

- Súbor A- závislí na základnej liečbe: rodina, práca, financie, zdravie, abstinencia, a deti.
- Súbor B- abstinujúci závislí: zdravie, rodina, práca, deti, partnerský vzťah.
- Súbor C- kontrolný súbor: rodina, práca, zdravie, financie, deti.

Pri vyhodnocovaní výsledkov dotazníka SEIQoL evidujeme nárast skóre subjektívne vnímanej kvality života jednotlivých respondentov v tomto poradí - priemerná hodnota kvality života je:

- u závislých, ktorí nastúpili na základnú liečbu 57,75%,
- u abstinujúcich závislých 65,96%,
- kontrolný súbor uvádza priemernú hodnotu 69,69%.

Je evidentné, že u závislých sa subjektívne hodnotenie kvality života zvyšuje v procese abstinencie, teda efektívne profesionálne intervencie tento proces urýchľujú.

Kontrolný súbor vykazuje najvyššiu mieru subjektívne vnímanej kvality života, čo podporuje ideu univerzálnych protidrogových preventívnych stratégií v našej spoločnosti.

ZÁVER

Ústrednou témou nášho príspevku bola životná spokojnosť závislých nastupujúcich na liečbu, abstinujúcich závislých a bežnej populácie, ktorá nevykazuje problémy a konzumom návykových látok. v oblasti zdravie. To, ako bude závislý v abstinencii prežívať svoj život, je dôležitým predpokladom jeho vnútornej snahy o udržanie pocitu a rozhodnutia pokračovať v abstinencii. Na tomto rozhodnutí sa podieľa tiež jeho

vnútorné sebahodnotenie, kontakty s najbližším prostredím, trávenie voľného času, vnímanie zdravotného stavu – čo môžeme považovať za protektívne faktory, udržiavajúce abinentovo rozhodnutie žiť bez návykovej látky. Výsledky poukazujú na zvyšovanie životnej spokojnosti nielen v oblasti zdravie závislých abstinujúcich dlhšiu dobu, teda smerom k zvyšovaniu dĺžky abstinencie, taktiež k subjektívnemu vnímaniu kvality života.

1. BENKOVIČ, J. 2007. Pacient-alkoholik, zdravotné riziká, možnosti liečby v ambulantnej starostlivosti praktického lekára. In: *Via practica*. ISSN: 0009-0786, 2007, roč. 57, č. 4, s. 198-199.
2. BENKOVIČ, A. – GARAJ, V. 2009. Kvalita života ľudí závislých od alkoholu a jej zmena v priebehu liečby. In: *Alkoholizmus a drogové závislosti*. ISSN 0862-0350, 2009, roč. 44, č.3, s. 129-152.
3. DONOVAN, N. - HALPERN, D. 2002. *Life satisfaction: the state of knowledge and implications for government*. UK: Cabinet Office.
4. FAHRENBERG, J. et.al. 2001. *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum, 2001. 116s. ISBN 80-86471-16-0.
5. FISCHER, S. – ŠKODA, J. 2009. *Sociální patologie. Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
6. FLEŠKOVÁ, M. 2008. Spokojnosť mužov a žien závislých od alkoholu so životom. In: *Socialia 2007 – Prevencia sociálnopatologických javov u detí, mládeže a dospelých*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, 2008, s. 331-336. ISBN 978-80-8083-595-8.
7. GÖLHERT, CH. – KUHN, F. 2001. *Falošné vedomie*. Banská Bystrica: Ikar, 2001, 142 s. ISBN 80-551-0207-4.
8. HALEČKA, T. 2002. Kvalita života a ľudské práva v kontextoch sociálnej práce a vzdelávania dospelých. In: Tokárová, Anna et al. *Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou*, konanej v dňoch 2. a 3. apríla 2001 v Prešove. Prešov: FF PU 2002, s. 65 – 82. ISBN 80-8068-088-4.
9. HAVLÍNOVÁ, M. (ed.) 1998. *Program podpory zdraví ve škole*. Praha: Portál, 1998. 280 s. ISBN 80-7178-263-7.
10. HELLER, J. – PECINOVSKÁ, O. 1996. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada, 1996, 162 s. ISBN 80-7169-277-8.
11. HROZENSKÁ, M. 2011. *Kvalita života starších ľudí v priestore spoločenských vied*. Nitra: Effeta, 2011, 155 s. ISBN 978-80-89245-24-6.
12. IRA,V. 2003. Územná diferenciacia vybavenosti bytov v SE ako jednej z dimenzií kvality života. In: *České a slovenské regiony na počátku třetího milénia*. Vaishar, A., Ira, V.(eds), Brno: Ústav geoniky AV ČR, 2003, s. 20-26.
13. JANIÁKOVÁ, D. 2003. *Tak už dosť! Východiská zo závislosti*. Bratislava: KONTAKT, 2003. 220 s. ISBN 80-968985-0-7.
14. JOYCE, C., R.; HICKEY, A.; MCGEE, H., M.; O'BOYLE, C., A. 2003. A theory-based
15. method for the evaluation of individual quality of life: the SEIQoL. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 2003, vol.12, no. 3, p. 275-80.
16. KOLLÁRIK, T. 2002. *Sociálna psychológia práce*. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2002,192 s. ISBN 80-223-1731-4.

17. KOPECKÁ, K. – KOPECKÝ, P. 2003. *Zdravie a klinika chorôb*. Martin: Osveta. 2003, s. 28-46, ISBN 80-8063-117-4.
18. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 198s. ISBN 80-247-0179-0.
19. KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001, 278 s. ISBN 80-7178-774-4.
20. LAŠEK, J. 2004. *Subjektivní životní spokojenost u tří věkových skupin respondentů*. In: *Československá psychologie*. ISSN 0009-062X., 2004, Roč. 48, č. 3, s. 215-223.
21. LINDENMEYER, J. 2009. *Závislosť oo alkoholu – pokroky v psychiatrii*. Vyd. F: Pro mente sana. 2009. 138s. ISBN 978-80-88952-54-1.
22. MÁTEL, A. – SCHAVEL, M. a kol. 2011. *Aplikovaná sociálna patológia v sociálnej práci*. Bratislava. VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2011. 441 s. ISBN 978-80-8132-009-5.
23. MOJTOVÁ, M. 2008. *Sociálna práca v zdravotníctve*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., 2008, 137 s. ISBN 978-80-89271-45-0.
24. NEŠPOR, K. 2007. *Návykové chováni a závislosť*. Praha: Portál, 2007, 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6
25. NEŠPOR, K. 2004. *O zdravém životním stylu*. In Příručka pro život ve 21.století. [online]. [citované 2012-06-26]. Praha: Psychiatrická léčebna Bohnice. s. 47-48. Dostupné na internete: <<http://www.eknizky.sk/docs/1267/prirucka-pro-zivot-ve-21-stoleti>>.
26. ONDREJKOVIČ, P. et al. 2009. *Sociálna patológia*. Bratislava : VEDA, 2009. 580 s. ISBN 978-80-224-1074-8.
27. ONDREJKOVIČ, P. 2008. *Prečo ľudia užívajú drogy*. In Sociálna prevencia. ISSN 1336-9679, 2008, roč. III., č. 2, s. 11–12.
28. PAVELOVÁ, Ľ.- TOMKA, M.- BALÁŽIOVÁ, P. 2011. Je zneužívanie návykových látok príčinou alebo dôsledkom sociálnej exklúzie závislých ?, 2011. In: *Rizikové súvislosti chudoby a rodiny v súčasnej slovenskej spoločnosti : zborník príspevkov*. Ružomberok : VERBUM, 2011. ISBN 978-80-8084-751-7, s. 265-269.
29. POPELKOVÁ, M. 2004. Pohľad na životnú spokojnosť závislých od alkoholu. In: *Psychologické dny 2004 : Svět žen a svět mužů : polarita a vzájemné obohacování: sborník příspěvků z konference Psychologické dny, Olomouc 2004*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1059-1.
30. ŠTELIAR, I. 2004. Čo viete o drogách? Bratislava : ÚV SR, 2004. 31 s.
31. VAGÁČ, Ľ. 2004. Kvalita života. In: *Kollár, Miroslav – Mesežnikov, Grigorij (eds.): Slovensko 2004. Súhrnná správa o stave spoločnosti*. Bratislava: IVO. 2004, 895 – 910 s.
32. VEREŠOVÁ, M.: 2009. *Zdravie, kvalita života, životná spokojnosť*. In: *Psychológia zdravia*. [online]. 2009 [citované 2009-01-18]. Dostupné na internete: <<http://marcela.veresova.googlepages.com/Zdraviekvalitaivotaitvotnspokojnos.pdf>>.

Zákon NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

HEALTH AS ONE OF THE MAJOR FACTORS AFFECTING LIFE SATISFACTION ABSTINENT ADDICTS IN THE CONCEPT OF QUALITY OF LIFE

KONTAKTNÍ ÚDAJE NA
AUTORA/AUTORY:

PhDr. Petra Balážiová, PhD.
Psychiatrická nemocnica
Veľké Zálužie
balaziovap@gmail.com



ABSTRACT

Life satisfaction is associated with quality of life issues relating to satisfaction with different areas of life (satisfaction with health, labor and employment, housing, financial situation, leisure, partner, relationship to the children and himself, sexuality, friends, relatives and acquaintances). This paper reports partial results of research conducted on a sample of 462 respondents. It focuses on health as one of the major factors affecting life satisfaction abstinent addicts.

KEYWORDS:

dependence, quality of life,
life satisfaction, health

MOŽNOSTI PSYCHOANALYTICKÉ PSYCHOTERAPIE A MIMOTERAPEUTICKÉ INDIVIDUÁLNĚ- PSYCHOLOGICKÉ PRÁCE S DOSPÍVAJÍCÍMI

ZUZANA BLÁHOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA TECHNICKÁ
A EKONOMICKÁ V ČESKÝCH
BUDĚJOVICÍCH, KATEDRA CIZÍCH
JAZYKŮ



ABSTRAKT

Stať nabízí v úvodu krátký přehled psychologických charakteristik období dospívání a úkolů, které k tomuto životnímu období náležejí. Dále přináší stručný psychoanalytický a individuálně-psychologický pohled na vlivy, které jsou zásadní pro vývoj dítěte a následně také pohled obou přístupů na delikventnost a pseudonormalitu adolescenta. Poté se dotýká psychoanalytického pohledu na delikvenci a upozorňuje na kritéria indikace psychoanalytické psychoterapie a na význam přenosu a protipřenosu v psychoanalytické psychoterapii a v zainteresovaných institucích. V další části přináší stručný přehled klíčových konceptů individuální psychologie a upozorňuje na potenciál jejich mimoterapeutické aplikace v rodičovství a v profesích, jejichž podstatou je každodenní práce s lidmi, přičemž zmiňuje i možnosti získání kompetencí pro toto mimoterapeutické využití. V závěru pak nabízí konkrétní příklad ze studijního prostředí, v němž lze zmíněné způsoby intervence využít.

KLÍČOVÁ SLOVA:

delikvence, dětství, dospívání, individuální psychologie, mimoterapeutická intervence, normalita, pseudonormalita, psychoanalytická psychoterapie, rodičovství, sociální práce, učitelství, vychovatelství, vývoj dítěte

Dospívání je vývojovou spojnici mezi dětstvím a dospělostí: v dospívajícím lze nalézt zároveň rysy bývalého dítěte i vytouženého budoucího dospělého. Dospívání je tedy plným právem zcela samostatná vývojová fáze: adolescent se během ní má vypořádat s vývojovými úkoly individuace, separace, vlastnictvím těla, založením zralejší identity a stát se autonomní jednotkou, která řídí sama sebe. Daleko více než jako krok za krokem postupující vývoj je však dospívání prožíváno jako zmatek, jehož část zahrnuje právě pocity při hledání vlastní individuality a separace.

Rodiče, ale i další zúčastnění dospělí často bezmocně bojují s narůstající mohoucností potomků a také s obavami, že svět spatří jejich selhání, když druzí budou posuzovat činy adolescenta. Proto se často (ačkoli je jim jasné, s jakými úkoly se dospívající na cestě k autonomii a intimitě musejí vypořádat) cítí puzení k tomu, aby je stáhli zpět k sobě, čímž však vyvolávají ještě větší, a někdy i delikventní¹, úsilí po osamostatnění.

Psychoanalytické hledisko podle Horneové (2006) podstatně přispívá k porozumění delikvenci. Vedle toho individuálně-psychologický postoj k člověku lze dobře uplatnit i v mimoterapeutickém působení (Širůčková a Štěpánková, 2011). Pohled na

adolescenci v tomto článku je tedy veden pouze z úhlu pohledu psychologického, ačkoli adolescence přináší úkoly i z jiných dimenzí (fyziologické, sociální a spirituální), a v jeho rámci právě jen z pohledu těchto dvou psychologií, ačkoli o adolescenci pojednává řada dalších autorů.

Psychoanalytický postoj k delikventnímu způsobu osamostatňování se hovoří o tom, že nevědomý strach z rozpojení s rodičovskými objekty je stejně mocná síla, jako puzení k separaci – a obojí má přímý dopad na společnost i rodinu a na jejich reakce (Horneová, *ibid.*). Adlerovský postoj k témuž je, že bez správně stanovených hranic, které dávají smysl a jistotu životu v sociální struktuře, se dítě cítí zcela ztracené a jeho neutuchající úsilí „najít sebe sama“ nabírá zničující směr (Dreikurs a Soltzová, 2012).

Delikventní adolescent se ocitá podle zákona o sociálně právní ochraně dětí, příp. podle zákona o soudnictví ve věcech mládeže v systému opatření daných těmito zákony, přičemž psychoterapie je vyjma velkých metropolí pro klienty orgánů sociálně právní ochrany (OSPOD) či Probační a mediační služby téměř nedostupná (v dosahu není poskytovatel, resp. pokud je, nedisponuje dotacemi, díky nimž by mohl poskytovat psychoterapii bezplatně – na placenou psychoterapii

¹ Delikvencí je v užším smyslu míněno páčání trestných činů a přestupků, resp. činů jinak trestných a jinak přestupků (to v případě delikventů nedosahujících věku trestní odpovědnosti). Zde je delikvencí míněno protispolečenské chování v širším smyslu, tj. včetně např. poruch chování majících za následek střet se společenskými normami. V témže smyslu je v textu užíván výraz rizikový – tj. rizikový ve směru delikvence.

klienti OSPOD obvykle nedosáhnou). Co je pro tyto adolescenty a jejich rodiny dostupné, jsou služby jiného charakteru, než je psychoterapie (např. socioterapeutické aktivity v sociálních službách). Základní limity a možnosti obou přístupů (psychoterapeutického psychoanalytického a mimoterapeutického individuálně-psychologického) shrnuje tento článek.

RIZIKOVÝ VERSUS „NORMÁLNÍ“ ADOLESCENT

Analytický pohled na vývoj dítěte ukazuje, jak kojenec zkoumá důkladně matku a okolí, aby zjistil, zda prožívané je v souladu nebo v rozporu s jeho očekáváními vůči sobě a jeho světu. Na základě toho dítě během dalšího vývoje rozpoznává a na základě podobnosti zkušeností pak konstruuje ostrůvky průměrně očekávatelných zkušeností, aby si vytvořilo pocit sebe sama založený právě na těch aspektech sebe, které je možno sdílet. Tak se to, co je možno sdílet, stane normou. Podle Campbella (2006) si právě tímto způsobem dítě buduje pocit, co je normální², a na zcela zárodečné rovině buduje struktury, posiluje určité afekty, chování a uvažování o sobě, které této normě vyhovují (Freud pak ve svém díle upozorňuje, že pokud se to, co je normativní uvnitř rodiny, odlišuje od širší kulturní normy, může to být patologické mimo rodinu).

Adlerova teorie také přikládá význam ranému vztahu s matkou, neboť právě v ní dítě prožívá prvního bližního (Adler, 1994).

Skrze matku se začíná zajímat o druhé a je tedy velmi důležité, jak ji dítě prožívá. Matka má probuzený sociální zájem dítěte dále zaměřit také na druhé a nepoutat ho jen k sobě. Prvních čtyři až pět let života stačí dítěti k tomu, aby si vůči vnitřním i vnějším vlivům vytrénovalo „vlastní svobodnou vůli“ a aby poté tyto vlivy neasimilovalo a nehodnotilo libovolně, nýbrž podle zákonů právě vytvořeného světového názoru, tzv. „životního stylu“. Podle Adlera je pak těmito zákony dítě celý další život determinováno: tato síla řídí afekty, myšlenky i činy jedince, k čemuž utváří jeho charakterové rysy i názor na svět.

Co se normality týče, McDougallová (1980) připomíná, že v psychoanalytické teorii je normalita definována v pojmech týkajících se termínu „oidipské organizace“ každého jedince, a v souvislosti s tím upozorňuje na pacienty, kteří nepřijatelnou oidipskou situaci vyřešili tím, že se stali „obyčejnými lidmi“: přizpůsobili se „pravidlům“ a zapadli do „normy“. Tito jedinci se zprvu zdají být dobře přizpůsobení, ale při bližším pohledu se ukáže, že normalita je symptom, v němž tito jedinci fungují pomocí neotřesitelného systému předjímaných idejí, které brání jakékoli další myšlence, a které dodávají ego-struktuře sílu naprogramovaného robota. Campbell (2006) užívá pojmu pseudonormalita, přičemž takto nazývaný útvar má podle něj mnoho společného s Winnicottovým pojmem falešného self. To je sice jednou z nejúspěšnějších obranných organizací určených k ochraně pravého, jaderného self, avšak jeho součástí je pocit prázdnoty, neboť nemůže zakoušet živost

² V souladu s Campbellem je zde *normálním* míněno vyhovující pravidlům, obvyklé, průměrné, obyčejné; *normativním* je pak míněno vytvářející takto definovanou normu, resp. normalitu.

a cítit se opravdově.

Adlerián Walton (2008) také upozorňuje, že vedle vzdoru a boje o moc se lze u dospívajících setkat s konformitou. Z hlediska duševního zdraví na tom mladý člověk, který chodí po vyšlapaných stezkách a za každou cenu se snaží vyhnout se chybám, vůbec nemusí být lépe, než problematický adolescent, který vzdoruje a bojuje s autoritami: rebelové se podle Waltona dostávají do poraden v období dospívání, zatímco konformisté, kteří chtějí dospěle potěšit, tam končí okolo třicítiky.

Z výše uvedeného jako by vyplývalo, že „zdravý“ adolescent neexistuje: buď je rizikový (ve směru k delikvenci), nebo „příliš normální“. Tischlerová (2006) však podotýká, že ani v průběhu zdravého vývoje se dítě nevyhne psychickým bolestem, které patří k růstu a které pocházejí z vnitřních i vnějších zdrojů.

INDIKACE PSYCHOANALYTICKÉ PRÁCE S ADOLESCENTEM

Podle Horneové (2006) lze v jistém smyslu pohlížet na delikvenci jako na součást přiměřeného vývojového procesu a součást normální separace spočívající v potřebě odlišit se a experimentovat; nebo přinejmenším tak, že delikvence leží na tomto kontinuu. Je také nutno vzít v úvahu to, na co Horneová upozorňuje, když odkazuje na postřeh svého kolegy z Portmanovy kliniky, Edwarda Glowera: že totiž často

není rozlišována delikvence způsobená pubertálním stresem od delikvence náležející k oidipskému konfliktu, vyvíjející se z organizované symptomatické formy se sklonem k přetrvávání až do dvacátých let věku. Nevědomý konflikt samozřejmě existuje ve všech případech, nejen v delikventních, ovšem především v nich vytvoří obrannou symptomovou konstrukci. Pro volbu vhodného přístupu k mladistvým delikventům je podstatné rozlišovat právě to, kdy jde o přechodnou krizi poruchy objektního vztahu způsobenou funkčním stresem, a kdy jde o symptomatickou reakci na oidipský konflikt.

V prvním případě je prospěšná nabídka konzultací adolescentově podpůrné síti a jeho okolí, v druhém případě je nutné a výhodné nabídnout adolescentovi terapii. Ovšem do analytického procesu se s mladistvým delikventem lze pustit pouze v případě, že je zajištěna podpůrná ego posilující struktura, která je pružná a odolná. Je totiž nutné očekávat, že mladá osoba bude agovat (v terapii i mimo ni) a vytvářené struktury musejí být natolik pružné, aby v této nevyhnutelné zkoušce obstály (Horneová, 2004; Horneová, 2006). Adolescent přímo oplývá schopností vymáhat si reakce na své počínání či dokonce vyvolávat krajně trestající reakce společnosti, neboť okolí je v přenosu³ logicky tlačeno k tomu, aby reagovalo (re-agovalo) stejně aktivně a bez přemýšlení, jako on aguje. Tischlerová (2004) k tomu poznamenává, že instituce

³ Přenosem je míněno přítomné prožívání pocitů, fantazií, postojů, úsilí a obran klienta vůči osobě, vůči které jsou však nepatřičné (zde vůči terapeutovi či jinému pracovníkovi), a jsou opakováním, posunutím reakcí přináležejících k určité osobě z raného dětství klienta.

jako společenské systémy s vlastní hierarchií a sítí vztahů skýtají dokonce mnoho příležitostí projikovat nevídané a bolavé pocity v přenosu a protipřenosu⁴. Dokonce i tam, kde nepracujeme terapeuticky a kde se neočekává, že budeme přenos interpretovat, jsme různým přenosům vystaveni a musíme se s nimi nějak vyrovnat. Dále je nutno počítat s tím, jak upozorňují Borgogno a Vallino Macciò (2013), že v některých případech tzv. „pokažených dětí“ (angl. spoilt s celým spektrem významů tohoto pojmu) důkladná terapie vyžaduje opravdu dlouhou řadu let.

INDIKACE INDIVIDUÁLNĚ-PSYCHOLOGICKÉ PRÁCE S ADOLESCENTEM

Alfred Adler byl na přelomu 19. a 20. století blízkým spolupracovníkem Sigmunda Freuda, ale po několika letech vystoupil z psychoanalytické společnosti a poté založil vlastní myšlenkovou školu, kterou nazval individuální psychologie a která je podle Dreikursové Fergusonové (1993) teorií osobnosti sociálně psychologickou, vývojovou a kognitivní. Adlerovy myšlenky rozpracovali jeho následovníci, mezi nimi také Rudolf Dreikurs. Byly to nepochybně prožité hrůzy první světové války, co přivedlo Dreikurse k odhodlání pomáhat lidem k tomu, aby se při řešení konfliktů spoléhali spíše na spolupráci, než na destrukci (Dreikurová Fergusonová, 2012). Sám Adler (1994) upozorňuje, že vždy, když mluví o psyché, má tím na mysli

sociální souvislost a sociální pohyb: sociální kontext je v teorii Adlerově i v teorii jeho následovníků neopominutelný a z něj vychází i individuálně-psychologická práce s klientem, když klade důraz na spolupráci a sounáležitost ve vztazích.

Také individuální psychologie má vlastní ucelený psychoterapeutický přístup, avšak kromě toho z individuálně-psychologického pojetí člověka těží i další přístupy uplatňující se v pedagogice, výchově, psychologii organizace a řízení, ale i v sociální práci: myšlenky individuální psychologie se tedy uplatňují v oblastech, v nichž jde o každodenní setkávání a práci s lidmi, včetně tzv. edukativní rodičovské terapie (Širůčková a Štěpánková, 2011) nebo rodičovských či učitelských vzdělávacích skupin (Smékal, 2008; Dinkmeyer a McKay, 2008; Čechová, 2012; Širůčková, Štěpánková a Valášková, 2013). Právě díky tomu jsou indikační možnosti individuálně-psychologického přístupu poměrně široké.

Čechová (2012) zdůrazňuje, že tato psychologie je subjektivní psychologií, tedy že pro vyvíjejícího se jedince je důležité jeho subjektivní vnímání sebe a světa. Tak je důležité, jak dítě vnímá svou pozici v rodině a mezi sourozenci (rodinná konstelace), jaké používá měřítko v sociální percepci, prožívání a interpretacích svých pozorování (životní styl). Individuální psychologie také bývá označována jako psychologie užití (není důležité, s čím se člověk narodí, ale co udělá s tím, co má), a v tomto duchu lze identifikovat základní

⁴ Protipřenosem jsou pak míněny analogické reakce terapeuta či jiného pracovníka na konkrétního klienta, zvláště na jeho přenosy vůči terapeutovi/pracovníkovi.

cíle problémotvorného chování (získat pozornost, boj o moc, pomsta a vyhnutí se neúspěchu) a další cíle doplňkové. Tyto cíle jsou ovšem neuvědomované a jako společný jmenovatel za nimi stojí snaha jedince být právoplatným členem skupiny (společnosti) v případě, že potřeba patřit, tj. potřeba sounáležitosti, není naplněna zdravým, produktivním způsobem.

Dalšími velmi důležitými koncepty ve výuce aplikace individuální psychologie jsou tzv. logické důsledky, povzbuzování, komunikace a rodinné rady. Logické důsledky jsou účinnější alternativou trestů: jak vyplývá z názvu, jsou v logické souvislosti se vzniklou situací a při jejich aplikaci je třeba spolehlivé důslednosti. Uplatňování logických důsledků souvisí s budováním schopnosti dítěte rozhodovat o svém jednání a nést za tato rozhodnutí odpovědnost. Povzbuzování je efektivnější alternativou chvály či odměn, ale jde spíše o postoj, než o speciální techniku: povzbuzování se zaměřuje na úsilí, nikoli na výsledky, avšak vyžaduje čas, než přinese výsledky. V oblasti komunikace se edukace zaměřuje jednak na tzv. vstřícné naslouchání, kdy se posluchač snaží rozpoznat a projevit porozumění pro afekt autora sdělení, a na tzv. já-sdělení, kdy se řečník zaměřuje na reflexi a konstruktivní sdělení svých afektů namísto označování druhého. Obě komunikační techniky souvisí s určením příslušnosti problému, o který v komunikaci jde (typicky rodič vs. dítě nebo učitel vs. student). Rodinné rady (nebo školní/třídní rady) poskytují platformu pro společné rozhodování a jejich pomocí se buduje schopnost spolupracovat, být platnou součástí skupiny a být vůči skupině zodpovědným. Tento koncept lze také

velmi dobře využít pro řešení problémů ve skupině.

Na rozdíl od získání psychoterapeutických kompetencí v dlouhodobém výcviku je pro rodiče, učitele, volnočasové či sociální pracovníky získání kompetencí k mimoterapeutické aplikaci výše uvedených individuálně-psychologických konceptů poměrně snadno dostupné (Dinkmeyer a McKay, 2008; Wágnerová, 2008; Širůčková, Štěpánková a Valášková, 2013) avšak i zmínění je mohou v kontaktu s dítětem uplatňovat každodenně tak, že výsledný efekt může být až překvapující. Walton (2008, s. 46) např. uvádí, že na jedné střední škole v USA, která přistoupila ke komplexní aplikaci těchto principů, klesl po roce trvání tohoto projektu počet disciplinárních přestupků a případů vandalismu opravdu rapidně: přestupky ze 127 na 27 za měsíc a vandalismus ze 157 na 11 za měsíc.

Podstatné také je, že tento přístup lze (samozřejmě vedle rodičovského působení na vlastní děti) uplatňovat v profesionální práci s dětmi od předškolního věku až po vysokoškoláky. Na to, že mateřská škola je prodlouženou rukou rodiny, upozorňoval už Adler (1994). Pro učitele a školní psychology základních i vyšších stupňů škol již existuje akreditované vzdělávání (Širůčková, Štěpánková a Valášková, 2013), z něž mohou těžit i pracovníci dalších pomáhajících profesí vč. sociálních pracovníků. Adaptovaná pilotní verze rodičovského vzdělávání pro rodiče klientů orgánu sociálně-právní ochrany dětí, specificky kurátorů pro mládež, a pro delikventní teenagery samotné byla již také v roce 2013 ověřena

v projektu⁵, jehož je autorka tohoto článku odbornou garantkou. Práce s oběma skupinami (s každou zvlášť) v projektu zahrnovala témata všech zmíněných konceptů aplikovaného individuálně-psychologického přístupu, adaptace spočívala především v přizpůsobení výukových metod nemotivovaným účastníkům (účast v programu jim byla uložena OSPODem). Pro adolescenty pak adaptace zahrnovala ještě úpravu pojetí témat v tom smyslu, že dospívající

je aktivním partnerem, nikoli pouze objektem výchovných snah rodičů. Tento projekt realizovala nezisková organizace v rámci sociální práce financované z dotací MPSV, přičemž služby tohoto typu organizací jsou pro klienty OSPOD, na rozdíl od psychoterapie, poměrně dobře dostupné, jak bylo zmíněno již v úvodu. Je tedy jisté, že kterákoli instituce, která pracuje s dětmi či mladými lidmi, se může vydat tímto mimoterapeutickým směrem a začít tyto principy využívat, rozhodne-li

ZÁVĚR

V posledních ročnících základní školy, ale především pak ve středním a vysokém školství se setkáme jak s rizikovými, tak s pseudonormálními dospívajícími. Pseudonormální adolescenti se ovšem vzhledem k míře svého přizpůsobení obvykle nestanou terčem pozornosti pedagogických či výchovných pracovníků pro své výchovné nebo studijní problémy. Této pozornosti (a následně i péče) se naopak dostává adolescentům rizikovým, označovaným také jako delikventní nebo s poruchami chování. Tito rizikovní adolescenti se pak často ocitají v péči řady institucí, z nichž každá má svůj způsob práce s nimi. Pro školství specifickou skupinou jsou mladí lidé, kteří se před dokončením studia „nechají

vyhodit“: může se jednat o situaci, kdy takový dospívající prožívá krizi identity ve smyslu ztráty „školního já“ a obav z budoucnosti vyjádřené otázkou „kým budu po škole?“.

Jakékoli z naznačených problémů lze samozřejmě řešit pomocí psychoterapie (v případě delikvence velmi výhodně pomocí psychoterapie psychoanalytické), ale i ostatní dospělí, kteří jsou s dospívajícím v nějakém vztahu (rodiče, učitelé, vychovatelé, vedoucí zájmových aktivit, apod.) mohou udělat velký kus práce, budou-li v každodenním kontaktu uplatňovat zmíněné principy individuálně-psychologického postoje k člověku.

⁵ BLÁHOVÁ, Z. Nemusíme být perfektní – stačí, když budeme dost dobří. Aneb Adleriánský přístup v práci s klienty OSPOD a/nebo PMS. Vimperk, 2013. Nepublikovaný rukopis. Přijato časopisem Psychologie dnes.

1. ADLER, A. Psychologie dětí: Děti s výchovnými problémy. Praha: Práh, 1994. ISBN 80-85809-22-2.
2. BORGOGNO, F., VALLINO MACCIÒ, D. „Pokažené“ děti. Revue psychoanalytická psychoterapie, 2013, roč. 15, č. 1, s. 9 – 32.
3. CAMPBELL, D. O pseudonormalitě: příspěvek k patologii dospívání. Revue psychoanalytická psychoterapie, 2006, roč. 8, č. 1, s. 18 – 26.
4. ČECHOVÁ, D. Výchova detí ako veda i umenie – prístup individuálnej psychológie. In DREIKURS, R.; SOLTZOVÁ, V. Deti jako výzva. Bratislava: Adlerovská psychoterapeutická spoločnosť, 2012, s. 285 – 293.
5. DINKMEYER, D.; MCKAY, G. Efektivní rodičovství krok za krokem. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-445-8.
6. DREIKURS, R.; SOLTZOVÁ, V. Deti jako výzva. Bratislava: Adlerovská psychoterapeutická spoločnosť, 2012. ISBN 978-80-970869-0-9.
7. DREIKURSOVÁ FERGUSONOVÁ, E. Adlerovská teorie: úvod do individuální psychologie. Tišnov: Sursum, 1993. ISBN 85-799-01-4.
8. DREIKURSOVÁ FERGUSONOVÁ, E. O autorovi: Rudolf Dreikurs. In DREIKURS, R.; SOLTZOVÁ, V. Deti jako výzva. Bratislava: Adlerovská psychoterapeutická spoločnosť, 2012, s. 7 – 8.
9. HORNEOVÁ, A. Jaké zajímavé věci říkat dětem – a proč. Revue psychoanalytická psychoterapie, 2004, roč. 6, č. 1, s. 4 – 14.
10. HORNEOVÁ, A. „Přestaň, nebo uvidíš!“/“Necháš toho?!“: vnitřní a vnější svět dospívajícího delikventa. Revue psychoanalytická psychoterapie, 2006, roč. 8, č. 1, s. 27 – 43.
11. MCDOUGALL, J. Plea for a Measure of Abnormality. New York: International Universities Press, 1980. ISBN neuvedeno.
12. SMÉKAL, V. Předmluva. In DINKMEYER, D., MCKAY, G. Efektivní rodičovství krok za krokem. Praha: Portál, 2008, s. 7 – 8.
13. ŠIRŮČKOVÁ, M., ŠTĚPÁNKOVÁ, M. Edukativní rodičovská terapie: Adleriánský přístup. Studijní text pro účastníky výcviku. Brno: Mansio, 2011. ISBN neuvedeno.
14. ŠIRŮČKOVÁ, M., ŠTĚPÁNKOVÁ, M., VALÁŠKOVÁ, M. Spolu a jinak ve výchově a vzdělávání. Brno: Mansio, 2013. ISBN neuvedeno.
15. TISCHLEROVÁ, L. Přenos a protipřenos v práci s dětmi a dospívajícími v institucích. Revue psychoanalytická psychoterapie, 2004, roč. 6, č. 1, s. 15 – 22.
16. TISCHLEROVÁ, L. Zdravý psychický vývoj – mýtus, nebo realita? Revue psychoanalytická psychoterapie, 2006, roč. 8, č. 1, s. 9 – 17.
17. WÁGNEROVÁ, V. Efektivní rodičovství krok za krokem aneb Jak se stát zodpovědným, respektujícím a chápajícím rodičem. Manuál pro lektory vzdělávání pro rodiče. Brno: CRSP, 2008. ISBN neuvedeno.
18. WALTON, F. X. Ako porozumieť deťom a adolescentom. Bratislava; Nové Zámky: Slovenská adlerovská spoločnosť; Psychoprof, 2008. ISBN 978-80-970089-0-1.

OPTIONS OF PSYCHOANALYTICAL PSYCHOTHERAPY AND NON- PSYCHOTHERAPEUTICAL INDIVIDUAL- PSYCHOLOGICAL WORK WITH ADOLESCENTS

**KONTAKTNÍ ÚDAJE NA
AUTORA:**

Bc. et Bc. Zuzana Bláhová
Vysoká škola ekonomická a technická
v Českých Budějovicích
Katedra cizích jazyků
Okružní 517/10
370 01 České Budějovice
zuzana.l.blahova@gmail.com

ABSTRACT

The publication starts with a short review of the psychological characteristic periods of adolescence and the tasks which are a part of this life stage. Furthermore it adds a brief psychoanalytical and individually-psychological view on the factors which essentially influence a development of child. Apart of this it provides a combined view of both approaches to the issue of troublousness and pseudo-normality of adolescent. Further it deals with a psychoanalytical concept of delinquency and it points to the criteria of indication of psychoanalytical therapy and the significance of transference and counter-transference in psychoanalytical psychotherapy and in participating institutions. The next part gives a brief review of the key concepts of individual psychology and it points to their potential use beyond the therapy in application to the parental issues and in professions which essentially deal with people on daily basis. Finally it offers a case study which provides an opportunity apply the above mentioned ways of intervention.

KEYWORDS:

delinquency, childhood, adolescence, individual psychology, intervention beyond therapy, normality, pseudo-normality, psychoanalytical psychotherapy, parenthood, social work, teaching, education, development of child

AGEIZMUS – CELOSPOLOČENSKÝ PROBLÉM

TERÉZIA HUDÁKOVÁ

SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA
UNIVERZITA V BRATISLAVE,
FAKULTA OŠETROVATEĽSTVA A
ZDRAVOTNÍCKYCH ODBORNÝCH
ŠTÚDIÍ

ABSTRAKT

Celosvetovo sa zaznamenáva starnutie populácie, a to nielen vo vyspelých krajinách Európy a sveta. Zdravotná a sociálna závažnosť ageizmu seniorov je vysoká. Článok prináša stručný prehľad o zanedbávaní, zneužívaní a týraní seniorov, jeho formách, príznakoch, príčinách a načrtáva možnosti prevencie a riešenie problému.

KLÚČOVÉ SLOVÁ:

senior, ageizmus, zanedbávanie,
zneužívanie, týranie, rizikové skupiny,
geriatrické ošetrovateľstvo

Každý z nás žije svoj individuálny a neopakovateľný život. V spoločnosti by mali mať starí i mladí ľudia svoje čestné miesto, kde skúseností vekom zrelých občanov sú vyvážené aktivitou mladých a nerozvážnosť mladých vyrovnaná múdrosťou seniorov. Vo väčšine vyspelých štátov je čoraz aktuálnejší problém starostlivosti o seniorov.

Ľudský vek sa predlžuje, index starnutia sa zvyšuje, populácia starne čím narastá počet ľudí starších nad 65 rokov a tým stúpa aj potreba sociálnych služieb, zabezpečovanie kvalitnej zdravotnej, opatrovateľskej a ošetrovateľskej starostlivosti, ale i problém v rámci medzigeneračnej solidarity a s tým súvisiaci nedostatok menovaných služieb zo strany spoločnosti / štátu. Jedným z vážnych problémov je stále častejšie sa vyskytujúci problém týrania, zneužívania a zanedbávania starších, čo je potrebné riešiť na národnej, ale aj európskej úrovni (1).

CHARAKTERISTIKA PROBLEMATIKY NÁSILIA

Vroku 2002 sa začala Svetová zdravotnícka organizácia (World report in violence and health) aktuálne zaoberať v „*Správe o násilí a zdraví vo svete*“ kde jasne definuje násilie ako:

„úmyselné použitie či hrozbu použitia fyzickej sily alebo moci proti sebe, inej osobe, proti skupine či komunite, a to sily (moci), ktorá má, alebo s vysokou pravdepodobnosťou bude mať za následok

poranenie, smrť, psychickú ujmu, poruchu vývoja či depriváciu“.

V geriatricke sme sa s týmto pojmom stretli až v 70. rokoch 20. storočia v USA, kedy sa násilie páchané na starých ľuďoch označilo ako „geriatrický sociálny syndróm“. Zneužívanie a zanedbávanie seniorov sa označuje termínom „elder abuse“, „elder mistreatment“, alebo „geront abuse and neglect“ (2).

Seniorská populácia býva spravidla vnímaná ako zdanlivo homogénna sociálna skupina. Predstavuje však najrôznorodejšiu skupinu ľudí v našej spoločnosti z pohľadu zdravotníckeho i sociálneho. Rozdielnosť priorít, prání a potrieb v zdraví i v chorobe vyplýva od individuálnych odlišností u seniorov, ako aj od životného prostredia a životnej úrovne, civilizačných zvyklostí, kultúrnej úrovne na vidieku, alebo v meste. V Slovenskej a Českej republike sa pozornosť zanedbávaniu, zneužívaniu a týraniu seniorov venuje až od 90. rokov 20. storočia.

Seniori sa navzájom diferencujú okrem veku najmä zdravotným stavom, funkčnou zdatnosťou, rodinnou situáciou a sociálnym zázemím, ekonomickými podmienkami, vzdelaním, životnými skúsenosťami a hodnotovým systémom (3).

Na 62. zasadnutí Regionálneho výboru Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) na Malte v r. 2012 boli prijaté rezolúcie prístupu a starostlivosti o seniorov - nový rámec európskej zdravotnej politiky:

„Zdravie 2020“ i „Stratégie a akčný plán v oblasti zdravého starnutia na roky 2012-2020“ (4).

NÁSILIE PÁCHANÉ NA ĽUDOCH V SÉNIU

Ageizmus je zjednocujúci názov viacerých foriem nežiaduceho správania sa okolia voči seniorovi. Týranie, zneužívanie a zanedbávanie sa môže týkať seniorov - jednotlivcov hlavne v závislom postavení, osôb duševne chorých a invalidných. Do tejto skupiny v posledných rokoch pribudli počty jednotlivcov mimoriadne závislých z dôvodov ekonomických, etnických a iných skupín úmerne k ich bezbrannosti, strachu, neschopnosti sa sťažovať, izolovanosti ako aj verejnej/ spoločenskej nechránenosti.

Pojmom „ageizmus“ sa vyjadrujú predsudky, negatívne predstavy o starých ľuďoch alebo prejavy diskriminácie voči staršiemu človeku alebo skupine starších ľudí (5).

Tento novodobý pojem predstavuje jeden z najaktuálnejších problémov našej spoločnosti, ktorý je viac tabuizovaný a bagatelizovaný než riešený. Ide o diskrimináciu človeka na základe jeho vyššieho veku v rôznych sférach spoločenského života (6).

Má výrazný sociálny charakter vyskytujúci sa prevažne vnútri rodín a spôsobuje nepredstaviteľnú fyzickú i duševnú bolesť, s ktorou starý človek často odchádza z tohto sveta.

Gáliková (1) uvádza vo svojom prieskume venovanom „Situácií starších na Slovensku“, že nielen v SR, ale aj v správe WHO/ EU sa konštatuje, že vzhľadom k demografickému vývoju a nízkym príjmom sú starší ľudia vystavení jednému z najväčších rizík medzi všetkými vekovými skupinami – riziku chudoby.

Štatistiky posledných rokov ukazujú, že týranie a zneužívanie sa uskutočňuje najčastejšie v domácom prostredí a páchatelmi sú zväčša najbližší príbuzní (partner, či dospelé deti), prípadne osoby s ktorými daný človek /senior žije v spoločnej domácnosti (7).

Starší ľudia žijú často osamelí a nemajú dostatok informácií. Mnohí nemajú ani dostatok právneho vedomia a prístup k ochrane vlastných práv a tak sú často zneužívaní a týraní. Trpia demenciou a duševnými chorobami, tým je viac pravdepodobné, že budú zneužití. To vedie obeť k zvýšenej závislosti a obeť musí žiť v rovnakej domácnosti ako páchatel'. Obzvlášť smutné je ak takto žijú celé rodiny, ktoré sú na hranici chudoby, alebo sú to komunity v najchudobnejších vrstvách občanov. Alternatívou je nevhodné zaobchádzanie v ústavnej starostlivosti.

Agresia, agresivita a agitovanosť sú v psychopatologických prejavoch pacientov - seniorov s demenciou veľmi časté.

Agresiou sa zvykne označovať jednorazové správanie, ktoré má nepriateľský obsah voči iným ľuďom a objektom a škodlivé, či ničivé následky.

Agresivita sama o sebe nie je psychopatologickým javom. Je jednou z foriem správania najmä vtedy, keď ide o potrebu ochrany potrieb dementných seniorov a záujmov, či prežitia organizmu. Psychopatologickým javom sa však agresivita stať môže, keď sa stáva súčasťou určitej psychopatologickej štruktúry.

Agresivita je komplexná forma správania. Je to stálejšia zjavná alebo skrytá tendencia či pohotovosť k útočným reakciám v širšom zmysle (8, 9), inokedy sa agresivita včleňuje pod širší koncept agitovanosti (10).

FORMY TÝRANIA A ZANEDBÁVANIA, ZNEUŽÍVANIA SENIOROV

Týraním sa rozumie predovšetkým zlé zaobchádzanie so zverenou osobou, vyznačujúce sa vyšším stupňom hrubosti a bezcitnosti, neúcty až ponižovania, ktoré poškodená osoba pociťuje ako ťažké príkorie.

Zahrňa obsahové charakteristiky ako:

Telesné týranie – je najviditeľnejšou formou násillia. Jeho podstatou je zámerné spôsobovanie bolesti, zraňovanie, alebo zámerné odopieranie základných životných potrieb. Ide nielen o fyzické napádanie, bitie, škrtenie či iné agresívne výpady, ale tiež o rafinovanejšie spôsoby - vystavovanie chladu (napr. umývanie studenou vodou, alebo neumývanie vôbec), odopieranie jedla, ošatenia, liekov, neprimerané podávanie množstva sedatív, nevykurovanie bytu, nezabránenie hroziacemu poraneniu, zámerné neodstránenie rizík pádov a neposkytnutie pomoci. Nevšimavosť

člena rodiny až ignorácia jeho požiadavky o pomoc ako napr. v zime chôdza po zľadovatenom povrchu. Z vlastnej skúsenosti môžeme konštatovať, že telesné týranie vedie z mnohým opakovaným poraneniam, ale čo je veľmi smutné k podvýžive. Dochádza k tomu, že starší sú často trestaní zato čo neurobili tým, že nedostanú ani najesť. Stalo sa aj to, aby ho nemuseli príbuzní prebaľovať, tak radšej okrem tekutín nepodávali nič jesť...(!). Ich znížená mobilita, nestabilita, choroby končatín, nedostatočná sila v rukách im neumožňovala tento stav zvrátiť. Vedie to až ku kachexii a depresii u seniora.

Citové a psychické týranie – je jednou z najčastejších, ale zároveň aj najťažšie dokázateľných foriem násillia. Zahrňa verbálnu agresivitu (urážky, ponižovanie, vyhrážanie, zastrasovanie), znižovanie sebaúcty ich sebavedomia, zdôrazňovanie nepotrebnosti, nadbytočnosti a príťažie seniora pre domácnosť i celú rodinu.

Vyhrázaním sa seniorovi jeho presťahovaním a umiestnením v ústavnom zariadení. Citové týranie a vydieranie sa môže prejavovať aj úmyselným likvidovaním, či poškodením predmetov s emočným významom, agresia voči ich obľúbeným zvieratám či rastlinám. Najťažšie seniori znášajú pocity ak ich príbuzní obmedzujú v možnosti kontaktov s blízkymi osobami, vnúcatami, zakázu sledovanie obľúbených televíznych a rozhlasových relácií, zákaz vychádzania z miestnosti, obmedzovanie práva rozhodovať o svojom konaní počas dňa a o svojich záľubách.

Sexuálne obťažovanie a zneužívanie – je

v starobe záležitosťou menej častou a má podobu jednorazovej agresie (7). U žien nebýva raritou znásilnenie osamelo žijúcich žien vo vyššom veku zo strany zvrátených mladých narkomanov a zlodejmi.

Finančné a majetkové zneužívanie – je v starobe veľmi častým javom. Ide o vynucovanie peňazí (úspor) či závetu, o nevýhodné prevody majetku ako aj obmedzovanie užívateľských a vlastníckych práv. Prisvojovanie si ich dôchodku a za týmto účelom aj pozbavenia svojprávnosti seniora. Nevýhodné prevody majetku (bytu, domu) na rodinných príslušníkov nebývajú zriedkavosťou.

Čoraz častejšie sa vyskytujúcou formou násilia v treťom tisícročí predstavuje opustenie bezmocného človeka blízkymi ľuďmi, ktorí sa oň starali a nechali ho napospas osudu bez zabezpečenia náhradnej starostlivosti.....nech sa o neho postará štát!?

V Slovenskej republike napriek novelizácii zákona č. 448/ 2008 Z. z. o sociálnych službách s účinnosťou od 1.marca 2012 sa podľa § 84 ods.9 výrazne rozšíril okruh osôb, určených pre poskytovanie opatrovateľskej starostlivosti. Situácia v spoločnosti medzi občanmi sa ešte viac vyhrotila, lebo podmienky pre prijatie do štátnych Zariadení pre seniorov sa podstatne sprísnil (11).

Ekonomické zneužívanie starých ľudí je zdravotníkom a sociálnym pracovníkom dobre známe. Má veľa podôb: rodina prichádza na návštevu starého človeka iba vtedy, keď dostáva sociálne dávky, alebo zdravotníci vymáhajú neoprávnené

priame platby za ošetrovateľské výkony v niektorých zariadeniach.

Druhotné ponižovanie = Systémové týranie je charakterizované ako utrpenie spôsobené spoločenskými normami, inštitúciami, postupmi a často priamo systémom, ktorý bol založený na pomoc a ochranu postihnutých.

Ide o upieranie práv byť vypočutý a podieľať sa na rozhodovaní o sebe samom. Nevhodné a nedôstojné oficiálne postupy, nevhodný režim ústavnej a sociálnej starostlivosti, nevhodný spôsob podávania informácií, nerešpektovanie práv pacientov na možnosti rozhodovania o ústavnej starostlivosti (premiestňovanie v rámci ústavov), nerozvinutie mechanizmov práv determinovaných u dementných osôb.

Inou formou je nedostupnosť či zlá kvalita služieb umožňujúcich osobám s poruchami sebestačnosti pobyt v obvyklom domácom prostredí, či vytváranie neprirodzeného prostredia v ústavoch dlhodobej starostlivosti.

K najzávažnejším súčasným prejavom systémového týrania zaraďuje Kalvach (4) prerušenie sociálnych kontaktov s rodinou a známymi pre veľkú vzdialenosť ústavu, v ktorom je senior umiestnený od jeho pôvodného bydliska.

Zanedbanie starostlivosti - chápeme ako zlyhanie osoby zodpovednej za bezpečnosť a uspokojenie primeraných potrieb závislej osoby. Zanedbanie starostlivosti nastáva, ak nesebestačný človek zostáva nezabezpečený, alebo je mu odopreté

splnenie ošetrovateľských záväzkov, čím sa nenaplní odstránenie jeho potrieb.

Typické prejavy zanedbávania sú poruchy výživy a hydratácie, prechladnutie, hrubé nedostatky v osobnej hygiene a v oblečení, poranenie z pádov, hnisajúce rany, dekubity, výrazná zanedbanosť odevu a príbytku. Obvyklá je sociálna, komunikačná izolácia, úzkosť až apatia (1).

Zanedbanie starostlivosti o seba, tzv. Self – neglect , je označenie asociálneho spôsobu života s nedodržaním základných hygienických a sociálnych noriem. Takýto človek je neupravený, špinavý, má nehygienické bývanie, hnisavé choroby kože, parazity, často trpí podvýživou. Zanedbávanie starostlivosti v plnom rozsahu je typické u bezdomovcov, tulákov, alkoholikov, narkomanov a ľudí s nízkou kultúrnou a spoločenskou úrovňou (7).

Nevhodné správanie - mistreatment je súhrnné označenie všetkých prípadov zanedbávania a zneužívania (tzv. zlého zaobchádzania). Ide o označenie nevhodných postojov a správania, ktoré majú negatívny dopad na starých ľudí, pričom nenapĺňajú podstatu týrania, zanedbávania, zneužívania. Nežiaduce formy ošetrovania, nadmerné a neindikované podávanie tlmivých psychofarmák a obmedzujúcu hyperprotektívnu starostlivosť (aj keď nejde o zlý úmysel) hodnotíme ako nevhodné zaobchádzanie.

OKOLNOSTI TÝRANIA A ZANEDBÁVANIA OBČANOV VO VYŠŠOM VEKU

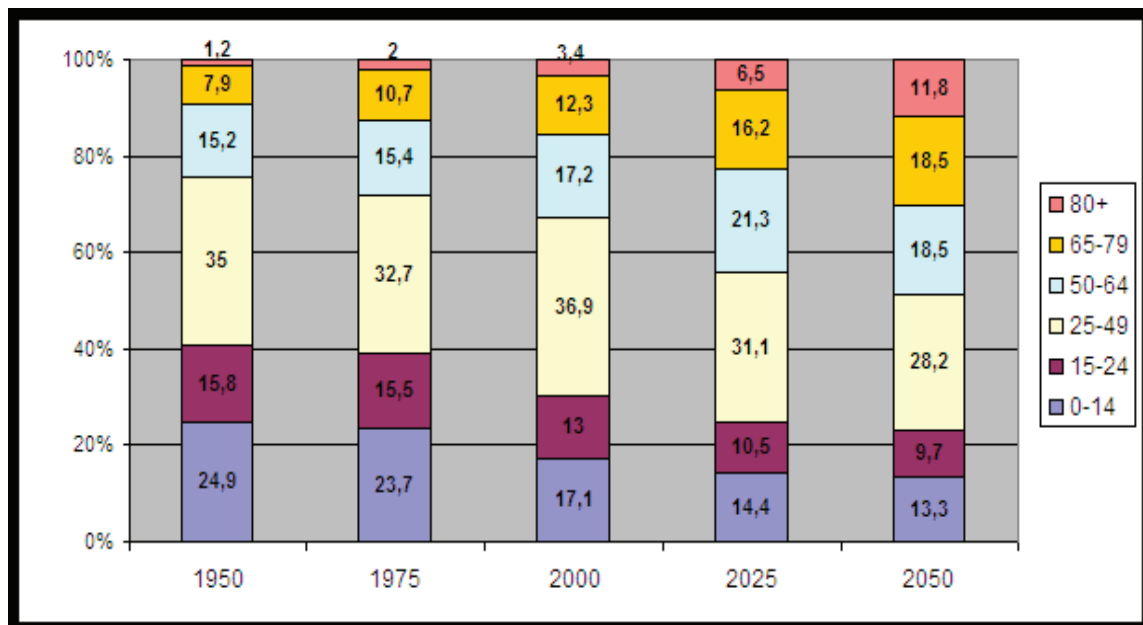
Pre týranie a zanedbávanie je príznačná opakovanosť, dlhé trvanie tohto stavu a v prípade ponížovania - systémovosť tohto jednania. Pozornosť nesmie byť sústredená iba na identifikovanie potenciálnych agresorov, ale predovšetkým na ovplyvniteľnosť nebezpečných situácií a pomerov, v ktorých sa rizikovní seniori nachádzajú.

„Legislatívna ochrana občanov je zaručená trestným zákonom § 215 o týraní blízkej a zverenej osoby“.

Týranie môžu ohroziť aj okolnosti súvisiace so zlým funkčným stavom, stratou sebestačnosti, celkovo zlý zdravotný stav seniorov, sociálna izolácia (sekty, etnické komunity, osamelosť), súžitie s agresívnym človekom a závislosť na ňom. Týranie, šikanovanie, zneužívanie a zanedbávanie osôb nesebestačných, všeobecne odkázaných, zraniteľnejších, menej schopných obrany je patológiou spoločenskou a individuálnou (1).

Údaje uvedené v správe EÚ o starnutí za rok 2009 svedčia o tom, že vzhľadom na demografický vývoj potreba služieb a starostlivosti si bude vyžadovať nielen v Európe ale i na Slovensku neustále

Graf č.1 Starnutie európskej populácie – distribúcia populácie EÚ25 podľa vekových skupín (1950-2050).



Zdroj: UN World Population Prospect (12).

Príčiny a prejavy zanedbávania, zneužívania a týrania seniorov.

viac pozornosti ako aj prijatie vhodných koncepcií a riešení.

Z uvedeného grafu vplýva uvedený fenomén dvojitého starnutia, kde najrýchlejšie pribúdajúcou skupinou budú seniori nad 80 rokov veku.

PRÍČINY A PREJAVY ZANEDBÁVANIA, ZNEUŽÍVANIA A TÝRANIA SENIOROV

Základné príčiny týchto javov u seniorov pochádzajú z viktimológie charakterizovanej ako *obetavosť obete* (z lat./ang. victim – obeť) *trpieť páchané násilie*. Na základe sledovania javov u seniorov ako sú odmietanie o danej problematike rozprávať, zaujímať pasívnu polohu a na odhalení týrania sa radšej nepodieľať.

Zdrojom tolerancie a vedomého i nevedomého popierania problematiky zanedbávania, zneužívania a týrania sú obavy z opustenia prípadnej nasledujúcej agresie, z vylúčenia z rodinného kruhu, odmietnutia starostlivosti s následnou inštitucionalizáciou, z medializácie problematiky a z hanby priznať konanie narušujúce ich imidž dobrého rodiča a starého rodiča svojich vnúčat.

Úloha rodiny v podpore seniorov sa stáva čoraz významnejšia narastajúcim počtom seniorov v populácii odkázaných na sociálnu starostlivosť a aj v dôsledku meniacej sa štruktúry viacgeneračného spoložitia v rodinách na Slovensku (13).

Starí ľudia často pre svoj zlý zdravotný stav ani nie sú schopní rozoznať tieto



Obrázok 1 **Rizikové faktory zlého zaobchádzania u seniorov**

stavy ubližovania. Prítomnosť faktorov u agresora, ktoré vedú k zachyteniu už nenápadných a začiatkových prejavov týrania a zanedbávania (obrázok 1):

Diagnostikovanie a rozpoznanie elder abuse je citlivý a náročný problém pre sestru, ktorá by ho mala vedieť rozoznať u každého pacienta patriaceho do rizikovej skupiny pri ošetrovaní geriatrického pacienta. Medzi rizikové skupiny občanov u ktorých sa elder abuse môže vyskytnúť zaraďujeme:

- ženy a vdovy vo veku 80 – 70 rokov,
- ženy s nižším ako stredoškolským vzdelaním,
- dôchodcovia na hranici chudoby,
- starí ľudia bývajúci v spoločnej domá-

nosti s príbuznými,

- bezbranné a zraniteľné osoby s fyzickým a mentálnym postihnutím.

Klinické príznaky zanedbávania, týrania a zneužívania seniorov sú rôznorodé. Líšia sa v závislosti od formy (fyzické týranie, psychické týranie, sexuálne zneužívanie, finančné zneužívanie, zanedbávanie) a pomôže ich identifikovať „súhra zvláštností“ akou sú: podozrivý vzhľad, nepresvedčivé vysvetlenie poraní na tele, opakované hospitalizácie s rovnakou diagnózou prípadne permanentne nedodržiavanie dohodnutých kontrol u všeobecného lekára pre dospelých, alebo na geriatrickej, internej či psychiatrickej ambulancii (7).

Všetci prežívajú, ba aj pociťujú starnutie ináč. Jednotná definícia staroby neexistuje. „Je to obdobie života so svojimi vlastnými kvalitami“ (13).

Starobu nemožno chápať len ako zmenu k horšiemu. Starnutie, staroba, smrť sú javy, ktorým sa odpradáva venovala a bude musieť venovať mimoriadna pozornosť celej spoločnosti.

So starnutím populácie, chudobou, nárastom kriminality, nedostatočnou sociálnou sieťou, ale najmä ignorovaním problému spoločnosťou sa zanedbávanie, zneužívanie a týranie seniorov stáva závažným problémom aj našou vlastnou nevšímavosťou.

Čím dlhšie sa bude odkladať jeho pomenovanie a riešenie, tým ťažšie sa bude odstraňovať z bežného života nás všetkých (14).

Cieľom k odstráneniu stavu ageizmu sú systémové, predovšetkým preventívne opatrenia.

Prevencia násilia môže byť:

- individuálna,
- rodinná,
- celospoločenská.

Pri riešení problematiky zlého zaobchádzania je nutné brať v úvahu či je starý človek schopný primerane mentálne zhodnotiť svoju situáciu a či si on sám praje túto situáciu aj zmeniť (15).

Ak ponúkanú pomoc akceptuje, je schopný reálne vnímať, pochopiť a pomoc od nás prijať - je povinnosťou sociálnych pracovníkov a sestier ho oboznámiť s jeho právami a so všetkými možnosťami riešenia situácie v ktorej sa nachádza a v ktorej sme schopní mu pomôcť sa z ageizmu vymaniť.

1. GÁLISOVÁ, Ľ. 2010. *Situácia starších na Slovensku*. [online] [cit.2013.05.06] Dostupné na internete: <http://ec.europa.eu/employment_social/2010againstpoverty/export/sites/default/downloads/Topic_of_the_month/SK_Thematic_article7_Situation_of_elder_people.pdf>
2. KALVACH, Z., KOVAL, Š.: Zanedbávanie a týranie seniorov(elder abuse). (V: KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. A KOL.: *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004, s.352 – 362.
3. ONDRUŠOVÁ, J. 2009. *Měření kvality života u seniorů*. [online]. PRAHA: ČES GER REV 2009. 7(1)s.36-39 [cit.2011.04.17.] Dostupné na internete: <http://www.geriatrckarevue.cz/pdf/gr_09_01_07.pdf>
4. ROVNÝ, J. 2013. *Program zdravie 2020*. [online] [cit.2013.04.10.] Dostupné na internete: <http://www.uvzs.sk/index.php?view=article&catid=125%3Amedzinarodna-spolupraca-a-eu&id=1688%3Aprogram-zdravie-2020&tmpl=component&print=1&layout=default&page=&option=com_content&Itemid=111>
5. POLEDNÍKOVÁ, Ľ. a kol. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.(s.24-25).
6. HATÁR, C. 2008. *Edukácia seniorov v sociálnych zariadeniach* . 1.vyd. Nitra: Effeta, 2008. 125s. ISBN 978-80-89245-08-6.(s.43).
7. ZVALOVÁ, D., MIKLOVIČOVÁ, E.: *Zanedbávanie, zneužívanie a týranie seniorov ako celospoločenský problém*. 2007. In. *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 1336-5606. Ročník IV, č.1-2 (2007),s. 11-14.
8. MONFORT, J., HERVEY, M.P., FELIVE, A.: Troublea psycho- comportementaux dans la maladie d'Alzheimer. *Ann Médico- psychologiques*, 158, 2000, č.5, s.357 – 369.
9. NEUGROSCHL, J.: Agitation. How to manage behavior disturbances in the older patients with dementia. *Geriatrics*, 57, 2002, č. 4, s.33 -37.
10. ONDRIÁŠOVÁ, M. : *Agresivita a agitovanosť u pacientov vyššieho veku s demenciou*. 2007. In. *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 1336 -5606. Ročník IV, č. 3 (2007). s. 54 -57.
11. Zákon č.448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č.455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.
12. *Starnutie populácie – výzva pre spoločnosť*. (Zdroj:UN World population Prospects). Dostupné na internete: [online] [citované dňa 2013.11.11]. <http://www.ruvztn.sk/starnutie_populacie_2.pdf > .
13. PADYŠÁKOVÁ, H. 2009. Úloha rodiny v podpore seniorov. In: *Seniori v 21. Storočí*. Zborník prednášok z odborného seminára k medzinárodnej konferencii Seniori 2009, Bratislava, 6.11.2009. Bratislava : SZU, 2009. ISBN 978-80-89352-33-3. S. 54-62.
14. *Ako vysvetľuje sociológia život starých ľudí v spoločnosti*. [online] [cit. 2011.05.29.] Dostupné na internete: <<http://referaty.hladas.sk/referat.php/ako-vysvetluje-sociologia-zivot-starych-ludi-v-spolocnosti-/23/20762>>.

15. HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2004. *Geriatría pre praktického lekára*. Bratislava: Herba, 2004, 298 s. ISBN 80-89171-06-0.
16. HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2010. *Geriatría*. Bratislava: Herba, 2010. 601 s. ISBN 978-80-89171-73-6.

AGEISM - SOCIAL PROBLEM



KONTAKT NA AUTORA:

PhDr. Terézia Hudáková
FOaZOŠ SZU
Limbova 12
833 03 Bratislava
e-mail:
terezia.hudakova@szu.sk

ABSTRACT

Globally, monitors the aging of the population, not only in the developed countries of Europe and the world. Health and social gravity of ageism elderly is high. Article provides a brief overview of neglect, abuse and mistreatment of seniors, its forms, symptoms, causes and outlines opportunities for prevention and tackling.

KEYWORDS:

senior, ageism, neglect, abuse, maltreatment, risk groups, geriatric nursing

THE HEALTH CARE SYSTEM IN THE UNITED STATES

HELENA LUSTOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA TECHNICKÁ
A EKONOMICKÁ V ČESKÝCH
BUDĚJOVICÍCH

ABSTRACT

The article deals with the basic structure of the United States health care system, first by introducing the most important parts and showing how the system works. It points out the most serious problem of the system, mainly high number of uninsured people (which is currently changing for the better) and extremely high health expenditures. The article provides brief information about the recent health care reform, the expected solution for the health system. The reform has been dealing with high number of uninsured people as well as setting fair conditions of health insurance for all Americans. The article points out the newest OECD health data, showing enormous financial expenditures of American health care system, in comparison with other OECD countries and several successful numbers as well. The statistics show that despite the high technical quality of the United States health care and high financial expenditures, the results do not appear to be better than in other OECD countries. The United States health care system also has to deal with obesity as the number one health risk factor.

KEYWORDS:

private health insurance, medicare, structure, the flow of funds, medicaid, high health expenditures, private health insurers, uninsured americans, health care reform, the affordable health care act, health insurance exchange

1. INTRODUCTION

W ealthy, highly industrialized countries usually have high quality health care for their citizens and health care quality is often regarded to be a reflection of a nation's prosperity. The United States spend more than the all other countries on health care. At 17.6 % of GDP in 2010, the United States health expenditures are one and a half times as much as any other country, and nearly twice the OECD average, and yet, in spite of this, not every citizen is covered by health insurance. Freely available technology can be pointed as the symbol of the United States health care. On the other side, higher spending is largely due to higher prices and despite being more expensive, the quality of health care in the United States appears to be variable and struggling with massive number of uninsured people. (1, 4)

This article presents the basic structure, organization and financing of the United States health system, introducing my position from an international perspective by using the present OECD health data. The new Health Care reform was signed into law in 2010 and should bring improvements in deficiencies, mainly by reducing expenditures in health care and providing more Americans with the access to affordable health care.

2. STRUCTURE OF THE UNITED STATES HEALTH CARE

I n all industrialized countries, with the exception of the United States, health care is provided by a universal insurance-

based or tax-financed system. There are both public and private insurers in other countries, but what is unique in the United States is the near complete dominance of the private element over public element. In the United States, public funds contribute to health through insurance programs like Medicare, Medicaid, the State Children's Health Insurance Program (S-CHIP) and the Veteran's Administration (VA). Private health insurance in the United States consists of employer-sponsored insurance and the individual market (private non-group). According OECD statistics in 2010, Private health expenditures were higher than Public expenditures. (1)

2.1 PUBLIC HEALTH INSURANCE

MEDICARE

Medicare is a federal program created in 1965 providing the health care to 50 million Americans over 65 years of age and to millions of younger adults with permanent disabilities (such as end-stage renal disease or amyotrophic lateral sclerosis). It consists of 4 parts. Part A, also known as Hospital Insurance (HI), pays for the care provided to patients in the hospitals, skill nursing facilities and hospices. Part B, called Supplementary Medical Insurance (SMI), covers physicians' services, outpatient hospital care and other medical services not covered under part A. Part C is called Medical Advantage. It expands the beneficiaries' ability to participate in private health care plans. Part D offers a prescription drug benefit. Generally, Medicare covers inpatient hospital stays, physician visits and other outpatient services, and prescription drug

coverage. Medicare is administered by the federal government and financed by federal income taxes, a payroll tax shared by employees and employers as well as individual enrollee premiums. Medicare does not cover some services that are critically important for the population, including dental care, vision care, and long-term care services. (1, 8, 9)

MEDICAID

Public Health Insurance Program for low-income Americans was enacted in 1965. It provides health and long-term care services for nearly 60 million low-income individuals, including children and many of the sickest and poorest in the American population. This program offers a set of benefits for its enrollees such as health insurance coverage, assistance to Medicaid beneficiaries and long-term care assistance (such as nursing homes). Medicaid is under the responsibility of the District of Columbia and each state, so states actually run their own Medicaid program. Each state has the authority to decide about who is qualified for Medicaid and can be enrolled in this program. States can increase the income eligibility levels. Medicaid is financed by the states and federal government through taxes. Despite the benefits which the program offers, many enrollees consider it difficult to find physicians and hospitals that accept Medicaid due to its low and slower reimbursement rate. (1, 6, 3)

THE STATE CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM (S-CHIP)

The program was enacted in 1997 and it provides coverage to uninsured low-income children who did not qualify for Medicaid. In other words, their families earn too much money to qualify for Medicaid yet not enough money to pay for private insurance. S-CHIP often has the same administration and financing as Medicaid. (1, 3)

THE VETERANS' ADMINISTRATION (VA)

The Veterans' Health Administration is America's largest integrated, federally-administered health care system. It is financed from taxes and offers affordable or free health care to military service veterans. It serves to 8.3 million veterans each year in government-owned VA hospitals and clinics. (7)

2.2 PRIVATE HEALTH INSURANCE

EMPLOYER-SPONSORED INSURANCE

This type constitutes the most common form of health insurance for American employees. The employer cuts insurance costs from the employee's paycheck or the insurance is included in the benefits package for employees. The Affordable Health Care Act (2010) has brought new rules for employees. They must provide insurance that meets the standards of "ObamaCare" or pay a penalty. (1, 12, 14)

Insurance plans are administered by a selection of private companies (e.g. Aetna, Cigna, Blue Cross/Blue Shield). Larger employers pay for insurance costs directly. The larger part of the employer-sponsored health insurance is paid by the employer and the rest is paid by employee. Annual premiums for employer-sponsored family health coverage reached \$16,351 in 2013, up 4 percent from the costs in the year 2012. The average payment for workers was \$4,565 (toward the cost of their health insurance coverage). Benefits for employers depend on the specific insurance plans. The Affordable Health Care Act has brought Qualifying Health Plans. Every health plan has to meet the minimum standards, including Prescription drugs, Maternity and newborn care, and others. **(1, 12, 14)**

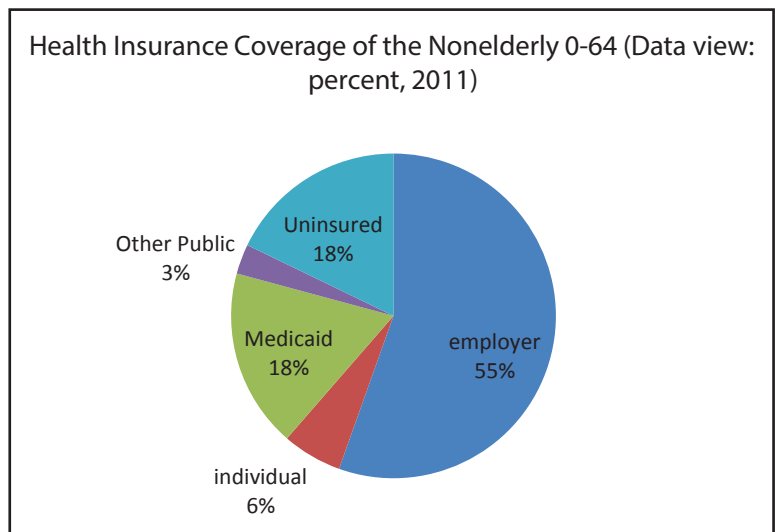
THE INDIVIDUAL MARKET (PRIVATE NON-GROUP)

The individual market is an option for self-employed, retired, or those who cannot obtain health insurance from their employer. Insurance plans are administered by private insurance companies. People pay premiums out-of-pocket. Insurance companies may refuse the individuals for many reasons (e.g. high-risk, sick patients) or require paying the higher premiums. Benefits depend on the specific insurance plan. HIX (the Health Insurance Exchange) - are online marketplaces for health insurance programs. HIX represents one part of the

Affordable Health Care Act. Americans may choose the best possible health insurance plan for them and their families. **(1, 14)**

In 2011, 56% of nonelderly people in the United States acquired insurance from their employees, 6% bought their insurance on individual market, 18% were enrolled in Medicaid, 3% were enrolled in other public programs, 18% were uninsured. These statistics represent the situation before the Affordable Health Care Act was enacted. **(5)**

Figure 1



Health Insurance Coverage of the Nonelderly 0-64, 2011 **(5)**

Sicko, Michael Moore's film produced in 2007, was a popular documentary dealing with the poignantly weak points of the United States health care system. It primarily focused on health insurance companies and their profits-above-everything-else practices. Initially, rather than the large number of uninsured people in the United States, Moore presents Americans who are insured

and become victims of unfair practices. Health insurance companies often deny coverage for important health tests and surgeries causing serious harm and even death of patients. President Bill Clinton and his wife struggled for better and fairer health care system but could not get a law passed Congress in the mid-1990s because Congress faced incredible pressure from Health Insurance money and their lobbyists. While President Obama's health care reform passed Congress after the film was produced some of the issues raised in Sicko are still relevant. (16)

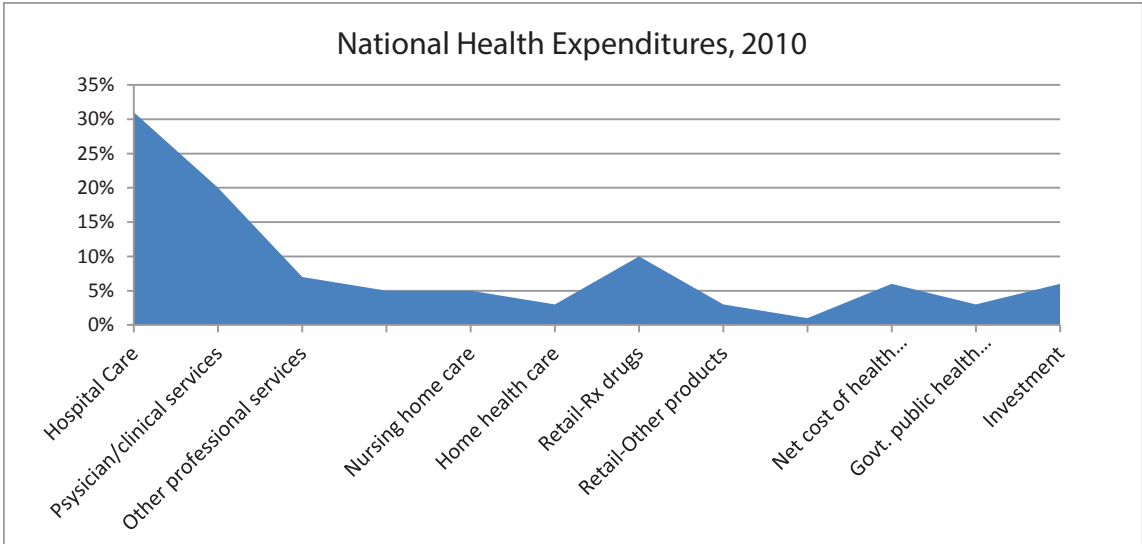
3. FINANCING OF THE HEALTH CARE SYSTEM

Health Care expenditures in the United States amounted to close to \$2.6 trillion in 2010 and were a justification for the Affordable Health Care Act. The amount is over ten times bigger than in 1980 (\$256 billion).The United States has been in a recession for more than a half decade. It caused higher unemployment and lower incomes

for many Americans. Enrollment has grown in Medicare with the aging of the baby boomers and in Medicaid due to the recession. These conditions have contributed to greater attention paid to health expenditures and affordability. Since 2010, health care regulation in the United States has been reformed by the Affordable Health Care Act. (10, 13)

In total, health expenditures accounted for 17.9% of the nation's Gross Domestic Product (GDP) in 2010. Hospital care and physician/clinical services combined account for half (51%) of the nation's health expenditures and it is \$2.594 trillion in a total sum. (10)

Figure 2
National Health Expenditures in the United States, 2010 (10)



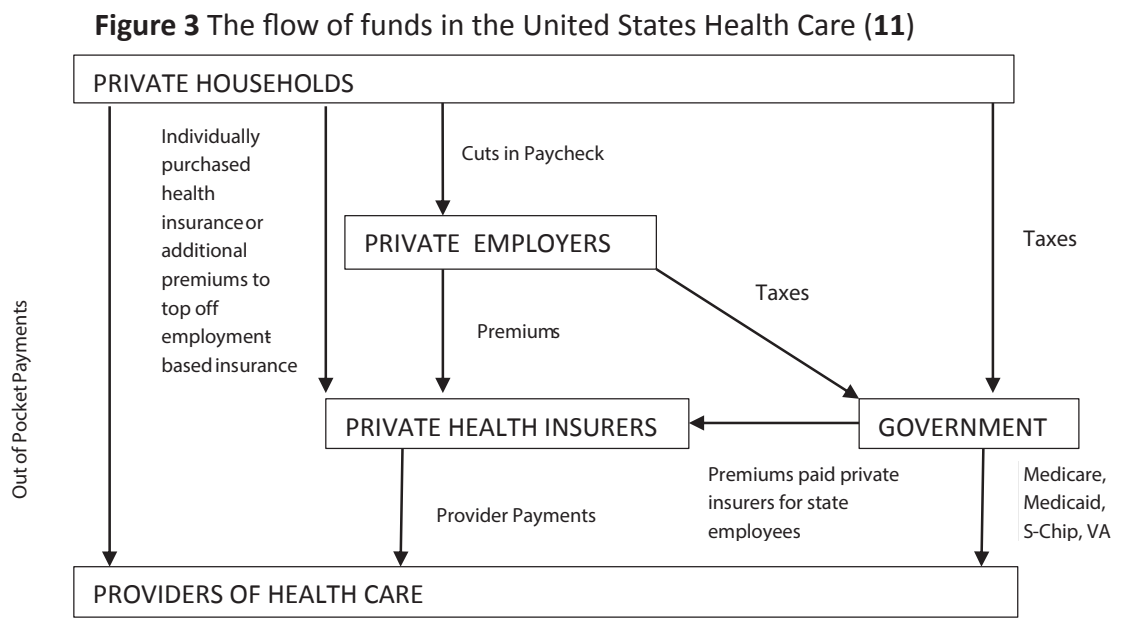
HOW THE MONEY FLOWS IN HEALTH CARE SYSTEM

The Unites States Health Care system can be considered to be a multi-payer system. Money is collected from private households and private employers (called “money going in”). Providers of health care have to pay reimbursements (called “money going out”). (1)

Private households and private employers pay taxes to the government (including a payroll tax to finance Medicare) and premiums. Most of the premiums are paid by private employers (Employer-based insurance) and employees (Private households) pay the rest of premiums. Private households (individuals) can purchase individual health insurance and pay all premiums out of pocket. All Premiums are collected by Private Health Insurers. Out of pocket payments go from private households directly to providers of health care. (1, 11)

The government collects taxes from private households and private employers, and uses them to pay health providers with the reimbursements for people enrolled in Medicaid, Medicare, S-chip and the VA programs. The government pays premiums to private insurers for federal and state employees. Government ensures a tax subsidy of the employers-based insurance. Tax-free health insurance benefits constitute a sort of compensation for employees. Employers can take off health insurance benefits as business expenses and subsequently reduce their tax liability. Thus, it represents a tax subsidy for employers. (1, 11)

Private insurers collected premiums from private households, private businesses and government. Since 2010, the private insurers do not collect money from the government anymore. They have to pay reimbursement to health care providers for all individuals covered with their private insurance. Health care providers take care



of individuals and they are reimbursed by Private insurers, Government or Individuals (Out of pocket payments). (1, 11)

4. HEALTH CARE REFORM – OBAMACARE

“ObamaCare”, officially known as the Affordable Health Care Act, represents a national health care plan which was signed into law on March 23, 2010. The main aims of this reform plan include: providing more Americans with access to affordable health care (helps to ensure that health care coverage is available to any legal United States resident who cannot otherwise obtain proper healthcare through his employer), reducing expenditures in health care, raising the standards of the quality of basic health care coverage and regulating the health insurance industry. (13)

MEDICARE AND MEDICAID

There are about 44 million Americans who (up to 2010) could not afford health insurance. President Obama’s Health Care reform helps these people to get health insurance by expanding Medicare and Medicaid and offering assistance with this issue. The changes of this comprehensive law are being phased in gradually. (13)

HIX

Through HIX (The ObamaCare Health Insurance Exchange), an online marketplace for health insurance, Americans can obtain coverage from competing private health care providers. Buyers may find out and get the best

possible health insurance plan for individual coverage or for family coverage. Smaller employers can use the exchanges to purchase affordable health coverage for their workers. Although the Health Insurance Exchanges are available to the public, those who have other options, such as employer based insurance, Medicare, Medicaid or CHIP will not be able to use the exchanges. If the employer's plan does not meet the law's minimum standards, one may be eligible to purchase insurance through this exchange using premium tax credits. (14)

PREMIUM TAX CREDITS

After enrolling in to the Health Insurance Marketplace, families and small businesses will be able to apply for premium tax credits. Tax credits work in the form of advanced payments applied to people’s monthly premium and are sent directly to their insurance company. (14)

QUALIFYING HEALTH PLANS

Qualifying Health Plans meet the minimum standards set forth by ObamaCare. All plans in ObamaCare Health Care Exchange must include:

1. Outpatients’ services
2. Emergency services
3. Hospitalization
4. Maternity and newborn care
5. Mental health and substance use disorder services, including behavioral health treatment
6. Prescription drugs
7. Rehabilitative services and devices
8. Laboratory services

9. Preventive and wellness services and chronic disease management
10. Pediatric services, including oral and vision care (14)

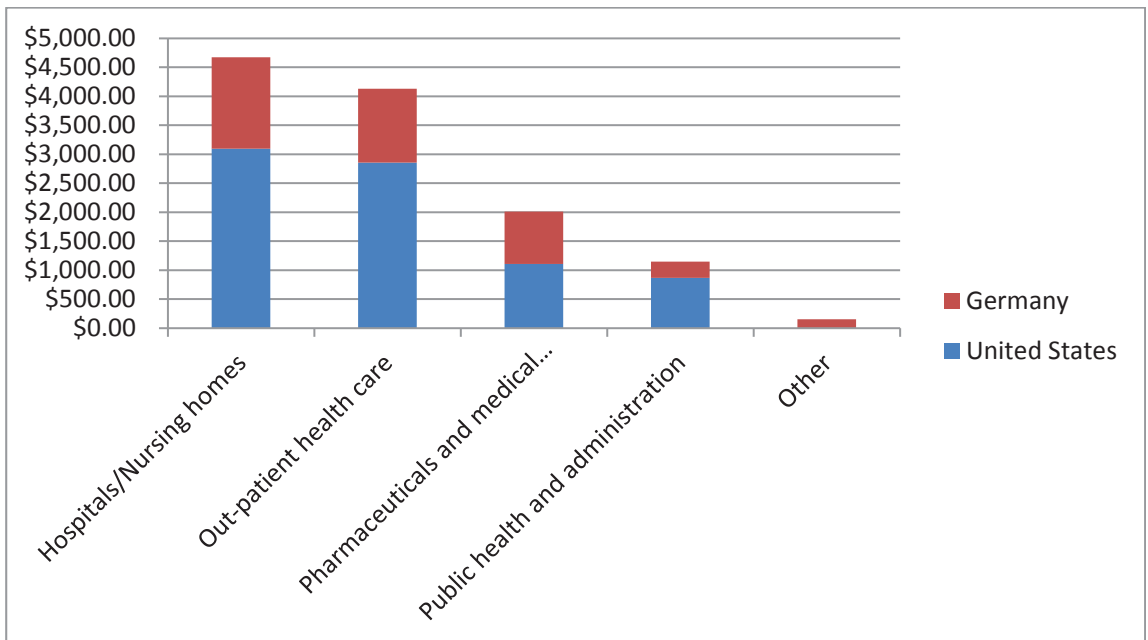
5. THE UNITED STATES HEALTH CARE SYSTEM FROM AN INTERNATIONAL PERSPECTIVE - OECD HEALTH DATA 2012

PENALTY

ObamaCare gives American employers the choice between providing insurance that meets the standards of ObamaCare or paying a penalty. This penalty helps to offset the costs of employees who are not covered through their employer to purchase insurance through the public health insurance exchanges instead of using emergency services. (14)

The United States spend two-and-a-half times the OECD average. Total health expenditures per capita, public and private, in 2010 cost \$8223. OECD average expenditures were \$3268. At 17.6% of GDP in 2010, the United States health expenditures are one and a half more than any other country and almost twice the OECD average (9.5%). The United States health expenditures are greater for all categories of health care, mainly for out-patient and administrative costs. (2)

Figure 4 Current health expenditures per capital for all categories of the United States



The question arises whether the United States spends more money on health care due to higher prices or higher service provision or perhaps due to both. The United States prices for a set of hospital services are over 60% higher than the average of 12 OECD countries. Certain procedures in the United States health care system are much higher also. A typical

delivery without complications costs \$2800 in Canada but \$4 451 in the United States. (2)

There are areas of the United State health care where the system performs less successfully than in other countries:

Figure 5

	United States	OECD average
Practising physicians	2.4 per 1000 population	3.1 per population
Doctor consultations	3.9 per capita	6.4 per capita
Hospital beds	3.1 per 1000 population	4.9 per population
Hospital discharges	131.0 per 1000 population	155.1 per 1000 population
Average length of stay in hospitals	4.9 days	7.1 days

OECD Health Data 2012 (2)

Likewise, there are areas in medicine of the United State health care where the system accomplishes more than other countries:

Figure 6

	United States	OECD average
CT scanners	40.7 per million population	22.6 per million population
Coronary bypass	79.0 per 100 000 population	47.3 per 100 000 population
Knee replacements	226.0 per 100 000 population	121.6 per 100 000 population
Caesarean sections	32.9 per 100 live births	26.1 per 100 live births

OECD Health Data 2012 (2)

The United States has been successful in Cancer treatment (Breast cancer, 5-year survival rate 89.3%, OECD average 83.5%), but the primary sector has not been performing so well (Asthma hospital admission 120.6 per 100 000 population in 2012, OECD average 51.8 per 100 000 population). (2)

HEALTH RISK FACTORS IN THE UNITED STATES

With regard to the key risk factors to health, smoking rates have decreased in the United States (15.1% of population aged 15 years and over, OECD average 20.9% of population aged 15 years and over, OECD Health Data 2012). On the other hand, obesity rates have increased substantially over the past 20 years and are highest in the United States (36% of the population in the United States, OECD average 17%, OECD Data 2010). Over one-third of children in the United States are overweight or obese (37% of girls aged 5-17 years, OECD average 21.4%, and 45% of boys aged 5-17 years, OECD average 22.9%). (2)

6. CONCLUSION

The United States health care system has had to deal with several problems. There is a large proportion of uninsured Americans. Health insurance often does not cover all necessary health care. Even if the United States health expenditures cover 17.6% of GDP and the best technology is available for most American patients, the results are not better in comparison with other OECD countries.

Changes for the better should come about through the implementation of the health care reform. The Health Care reform, which has been phased in gradually since 2010, ensures standardized quality of health care, helps poor people due to expanding Medicaid and reduces expenditures due to new system of controlling health insurance companies and employers.

Optimally, the Affordable Health Care Reform should also help with integrating public health guidance (prevention) and accountability into the reform of medical care management as well as finance (saving of money). (15)

SOURCES

1. Chua, Kao-Ping: Overview of the U.S. Health Care system, AMSA Jack Rutledge Fellow 2005-2006, February 10, 2006. [cited 17.9. 2013]. Available on: http://www.amsa.org/AMSA/Libraries/Committee_Docs/HealthCareSystemOverview.sflb.ashx
2. [OECD Health Data 2012: U.S. health care system from an international perspective. [online]. [cited 17.9. 2013]. Available on: http://www.oecd.org/unitedstates/HealthSpendingInUSA_HealthData2012.pdf
3. kaiserEDU.org: Medicare.[online]. [cited 17.9. 2013]. Available on: http://www.kaiseredu.org/en/Topics/Medicaid_SCHIP.aspx
4. David A. Squires, The Commonwealth Fund: Issues in international Health Policy, Explaining High Health Care Spending in the United States: An International Comparison of Supply, Utilization, Prices, and Quality, The Commonwealth Fund, May 2012.[online]. [cited 17.9. 2013]. Available on: <http://www.commonwealthfund.org/Publications/Issue-Briefs/2012/May/High-Health-Care-Spending.aspx>
5. The Henry J. Kaiser Family Foundation: State Health Facts, Health Insurance Coverage of Nonelderly 0-64, 2011.[online]. [cited 17.9. 2013]. Available on: <http://kff.org/other/state-indicator/nonelderly-0-64/>
6. kaiserEDU.org: Medicaid.[online]. [cited 17.9. 2013]. Available on: <http://www.kaiseredu.org/Tutorials-and-Presentations/Health-Reform-How-Will-Medicaid-Change.aspx>
7. U.S. Department of Veterans Affairs: Veterans Health Administration. 2013. [online]. [cited 17.9. 2013]. Available on: <http://www.va.gov/health/>
8. kaiserEDU.org: Medicare.[online]. [cited 17.9. 2013]. Available on: <http://www.kaiseredu.org/en/Topics/Medicare.aspx?referrer=search>
9. McCarthy, R. L., Schafermeyer, K. W. Introduction to Health Care Delivery. A Primer for Pharmacists. Fourth edition. The United States: Jones and Bartlett Publishers, Inc. 2007. p. 454. ISBN-13: 978-0-7637-4353-6. ISBN-10: 0-7637-4353-4.
10. kaiserEDU.org: U.S. Health Care Costs.[online]. Available on: <http://www.kaiseredu.org/Issue-Modules/US-Health-Care-Costs/>
11. Reinhardt, U. E.: The Money Flow From Households to Health Care Providers, The New York Times, September 30, 2011.[online]. [cited 17.9. 2013]. Available on: <http://economix.blogs.nytimes.com/2011/09/30/the-money-flow-from-households-to-health-care-providers/>
12. The Henry J. Kaiser Family Foundation: Employer-Sponsored Family Health Premiums Rise a Modest 4 Percent in 2013, National Benchmark Employer Survey Finds, August 20, 2013.[online]. [cited 17.9. 2013]. Available on: <http://kff.org/search/?s=employer-sponsored+insurance>
13. Obama Care Facts: What is ObamaCare.[online]. [cited 17.9. 2013]. Available on: <http://obamacarefacts.com/whatis-obamacare.php>

14. Obama Care Facts: ObamaCare | Health Insurance Exchange.[online]. [cited 17.9. 2013]. Available on: <http://obamacarefacts.com/obamacare-health-insurance-exchange.php>
15. Anthony R., Freeman P. President Obama: Protect Everyone's Health while Paying for Patient Care. Journal of Public Health Policy, Vol. 30, No. 1 (Apr., 2009), pp. 1-2. Palgrave Macmillan Journals. [online]. [cited 17.9. 2013]. Available on: <http://www.jstor.org/stable/40207218>
16. Sicko. Dir. Michael Moore. Dog Eat Dog Films. Lionsgate The Weinstein Company. The United States. 2007. Film

CONTACT:

Mgr. Helena Lustová
Vysoká škola technická a ekonomická v Českých Budějovicích
Okružní 517/10
370 01 České Budějovice
lustova@mail.vstecb.cz

PREVENTIVNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY V RIZIKU DEKUBITŮ

¹ŠÁRKA HRYCHOVÁ

²IVA BRABCOVÁ

¹DOMOV PRO SENIORY MILEVSKO

²JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH,
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA,
KATEDRA OŠETŘOVATELSTVÍ A
PORODNÍ ASISTENCE

ABSTRAKT

Cíl: Hlavním záměrem výzkumného šetření bylo vyhodnocení preventivní ošetrovatelskou péčí o klienty v riziku dekubitů. Prvním cílem bylo zmapovat rizikové faktory, které zvyšují pravděpodobnost vzniku dekubitů, a druhým cílem bylo zjistit, jaká jsou preventivní opatření snižující riziko vzniku dekubitů u rizikové skupiny klientů.

Metody: Výzkumné šetření bylo prováděno kvantitativní metodou, technikou sekundární analýzy dat ošetrovatelské dokumentace Domova pro seniory Milevsko během roku 2010 a 2011. Statisticky významné vztahy byly testovány pomocí Chí kvadrát testu. V souladu s prvním výzkumným cílem byla vyhodnocena ošetrovatelská dokumentace u 85 klientů. V souladu s druhým výzkumným cílem byla vyhodnocena ošetrovatelská dokumentace u 54 klientů.

Výsledky: U všech klientů Domova pro seniory Milevsko bylo při příjmu posouzeno riziko vzniku dekubitů dle orientační hodnotící škály Nortonové. Výsledné šetření prokázalo vysoké procento klientů,

kteří jsou ohroženi vznikem dekubitů (63,4%). Mezi nejrizikovější faktory vzniku dekubitů patřil věk, zhoršený fyzický stav a imobilita respondentů. Výzkum prokázal, že ošetrovatelské intervence v tomto zdravotnickém zařízení jsou prováděny v pravidelných intervalech, což vedlo k výraznému snížení počtu klientů v ohrožení vznikem dekubitů zjištěném při opakovaném screeningu. Snížil se celkový počet klientů s velmi vysokým, vysokým a středním rizikem.

Závěr: Poskytovaná ošetrovatelská péče v Domově pro seniory Milevsko je na dobré úrovni. Je třeba zdůraznit nutnost opakovaně provádět měření rizika vzniku dekubitů a zajistit všem klientům, kteří se nacházejí v riziku dekubitů, potřebné množství nutriční výživy, hydratace a antidekubitních pomůcek.

KLÍČOVÁ SLOVA:

dekubitus, prevence dekubitů, rizikové faktory, senioři, ošetrovatelská péče

ÚVOD

V současné době je velký důraz kladen na kvalitní, efektivní ošetrovatelskou péči poskytovanou komplexně a individuálně pro daného klienta. Péče o seniory sebou nese specifika ošetrovatelské péče a to například v prevenci vzniku dekubitů. Dekubity zůstávají přes veškerý pokrok v ošetrovatelské péči stále vážným problémem (Meluzínová et al., 2006, Kalvach, 2011). V etiologii dekubitů se uplatňují vnější mechanické faktory, mezi které patří: působení tlaku, tření nebo střížné síly. Důležitější je doba, po kterou tlak působí, než intenzita. Třením kůže o podložku dochází k poškození rohové vrstvy posunem po podložce. Střížná síla je síla, která působí na rozhraní povrchových a hlubokých tkání. Vzniká kombinací tlaku a tření v případě nestabilního sedu. Mezi vnitřní faktory ovlivňující vznik dekubitů patří pohlaví, věk, imobilita, neurologické poruchy motoriky a senzorky, kontraktury, zhoršená periferní cirkulace, systémová onemocnění, malnutrice, ale také svoji roli hraje psychický stav klientů (Mikula a Müllerová, 2008). Funkční geriatrické vyšetření je důležité pro stanovení ošetrovatelského plánu, který individuálně odpovídá potřebám klienta. K tomuto účelu slouží klasifikace klientů podle míry rizika vzniku dekubitů a další hodnotící stupnice jako je například Barthelový test, Mini Nutritional Assesment či Body Mass index. Nejčastěji využívána škála pro hodnocení rizika dekubitů v ČR je modifikovaná (rozšířená)

škála dle Nortonové, která hodnotí schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, onemocnění, fyzický stav, psychický stav, aktivitu, mobilitu a inkontinenci klienta. Na základě těchto hledisek je klient při příjmu ohodnocen určitým počtem bodů - čím je bodové ohodnocení nižší, tím je riziko vzniku dekubitů vyšší (pod 25 bodů riziko dekubitů). Při dlouhodobé hospitalizaci je pak doporučován rescreening dvakrát týdně ve čtyřtýdenních periodách (Pokorná a Mrázová, 2012). Omezení působení tlaku, tření a střížných sil je závislé na mobilitě klienta a jeho schopnosti spolupracovat. U imobilních klientů je nutné polohování po 2 hod., u částečně hybných pravidelná pomoc při změně polohy. Do praxe je důležité zavádět moderní techniky, které usnadní práci s imobilními jako: polohovací pomůcky, aktivní matrace nebo dynamické matrace (Mikula a Müllerová, 2008). Hygiena má v prevenci dekubitů nezanedbatelné místo a velmi důležitá je hlavně tam, kde je dekubit již vytvořen nebo dochází k inkontinenci. Především jde o omezení nepříznivého vlivu stolice, potu, moči, vaginálního sekretu a infekce na kůži v pánevní oblasti (Mikula a Müllerová, 2008). Zabezpečení přiměřeného příjmu energie je možné řešit podáním sippingu. To znamená „usrkávání“ vysoce energetických nápojů po malých doušcích. Popíjení perorálních nutričních doplňků (Nutridrink, Fresubin, Diasip, Cubitan, Fortimel, Resource apod.), které jsou obvykle v lahvičkách nebo tetrapakových krabičkách o obsahu 200 ml (Topinková, 2005).

V výzkumném šetření byly zvoleny dva cíle.

1. Vyhodnotit rizikové faktory, které zvyšují pravděpodobnost vzniku dekubitů.
2. Zjistit jaká jsou preventivní opatření snižující riziko vzniku dekubitů u rizikové skupiny klientů.

METODIKA VÝZKUMU

Výzkumné šetření bylo prováděno kvantitativní metodou, technikou sekundární analýzy dat. Data byla získána z otevřené a uzavřené ošetrovatelské dokumentace Domova pro seniory Milevsko za rok 2010 a 2011.

Byla realizovaná retrospektivní analýza ošetrovatelské dokumentace se zaměřením na sběr dat v jednotlivých kategoriích rozšířené Nortonové škály při příjmu klienta a následně po 1 měsíci jeho hospitalizace.

V rámci analýzy části ošetrovatelské dokumentace (modifikované rozšířené škály dle Nortonové) byly sledovány tyto rizikové faktory vzniku dekubitů:

- 1) schopnost spolupráce
- 2) věk
- 3) stav pokožky
- 4) další onemocnění
- 5) fyzický stav
- 6) psychický stav
- 7) aktivita
- 8) mobilita
- 9) inkontinence

10) Body Mass Index (BMI)

Hodnotící skóre bylo v rozmezí 1 – 4 body. Kdy hodnota 4 bodů znamenala bez rizika vzniku dekubitů. Tři body představují mírné riziko dekubitů, dva body riziko dekubitů a jeden bod vysoké riziko dekubitů. Následně u každé rizikové oblasti byl vypočítán aritmetický průměr, který určil průměrnou míru rizika za danou oblast. Riziko vzniku dekubitů bylo stanoveno na základě analýzy testu dle Nortonové a hodnoty BMI. Riziko vzniku dekubitů bylo vyhodnoceno při příjmu klientů a po jednom měsíci hospitalizace. U škály dle Nortonové nastává nebezpečí vzniku dekubitů při 25 bodech a méně. U Body Mass indexu (BMI) nastává riziko vzniku dekubitů u hodnoty nižší 18,5, což znamená podváhu a poté u hodnoty nad 30 – 40 bodů, které znamenají mírnou až morbidní obezitu.

U rizikové skupiny klientů byly vyhodnoceny následující ošetrovatelské intervence:

- 1) polohování a 2 hodiny
- 2) basální stimulace
- 3) použití aktivních antidekubitních matrací
- 4) používání polohovacích pomůcek
- 5) rehabilitace
- 6) hygienická péče ráno a večer
- 7) promazávání kůže ochrannými krémy
- 8) dostatečný denní příjem stravy
- 9) doporučený denní příjem tekutin
- 10) podávání Nutridrinků nebo Cubitanů

Plnění daných intervencí bylo vyhodnoceno ve dvou kategoriích

- 1) ano
- 2) ne

Provedení sledovaných ošetrovatelských intervencí bylo vyhodnoceno retrospektivně na základě zpětné kontroly ošetrovatelské dokumentace – denní záznamový list ošetrovatelských intervencí, který popisuje průběh rehabilitace, basální stimulace, použití aktivní antidekubitní matrace. Dokumentace obsahuje tabulky se záznamy o provedení těchto ošetrovatelských intervencí: polohování, ranní a večerní hygieny, ošetrování kůže ochrannými krémy. Další součástí tvoří tabulka denního záznamu sledování příjmu stravy, tekutin a záznam o podávání Nutridrinků nebo Cubitanů.

CÍLOVÁ SKUPINA ŠETŘENÍ (VÝZKUMNÝ SOUBOR)

Výzkumný soubor tvořila ošetrovatelská dokumentace klientů Domova pro seniory Milevsko. Toto zařízení má 36 lůžek a během roku 2010 a 2011 zde bylo ubytováno 85 klientů. V souladu s prvním výzkumným cílem byla vyhodnocena ošetrovatelská dokumentace u 85 klientů (výzkumný soubor 1). V souladu s druhým výzkumným cílem byla vyhodnocena ošetrovatelská dokumentace u 54 klientů (výzkumný soubor 2).

VÝSLEDKY

Tabulka 1 Rizikové faktory vzniku dekubitů (vstupní screening)

Rizikové faktory	N	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Věk (R2)	85	1	2	1,40	0,493
Aktivita (R7)	85	1	4	1,95	1,143
Fyzický stav (R5)	85	1	4	2,04	1,239
Mobilita (R8)	85	1	4	2,07	1,089
Inkontinence (R9)	85	1	4	2,09	1,098
Stav pokožky (R3)	85	1	4	2,28	1,287
Psychický stav (R6)	85	1	4	2,31	0,939
Spolupráce (R1)	85	1	4	2,40	1,338
Onemocnění (R4)	85	1	4	2,46	1,305
Hodnoty BMI (R10)	85	1	4	2,48	0,983

Každý rizikový faktor je bodově ohodnocen, kdy hodnota 1 znamenala vysoké riziko vzniku dekubitů a hodnota 4 zanedbatelné riziko vzniku dekubitů. Na základě výpočtu aritmetického průměru má z uvedených faktorů nejsilnější riziko vzniku dekubitů věk (1,40), následuje aktivita (1,95) a fyzický stav (2,04). Mobilita je dalším faktorem, ovlivňující

vznik dekubitů (2,07), následuje inkontinence (2,09), stav pokožky (2,28), psychický stav (2,31), schopnost spolupráce (2,40). Rizikové faktory onemocnění (2,46) a hodnota BMI (2,48) ovlivňují vznik dekubitů v nejmenší míře.

Tabulka 2 Hodnoty vstupního testu a opakovaného vyhodnocení rizika dekubitů dle Nortonové

Vyhodnocení rizika vzniku dekubitů	Vstupní screening		Opakovaný screening po 1 měsíci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi vysoké riziko (9 – 13 bodů)	7	13,0	5	9,2
Vysoké riziko (14 - 18bodů)	30	55,6	21	38,9
Střední riziko (19 – 23bodů)	12	22,2	8	14,8
Nízké riziko (> 25 bodů)-	5	9,2	9	16,7
Celkem klientů bez rizika	-	-	11	20,4
Celkem klientů v riziku vzniku dekubitů	54	100,0	54	100,0

Po zhodnocení testů dle rozšířené tabulky Nortonové u 54 klientů Domova pro seniory, bylo zjištěno riziko vzniku dekubitů různého stupně u 54 klientů (100 %). Ve velmi vysokém stupni rizika se nacházelo 7 klientů (13 %), ve vysokém riziku 30 klientů (55,6 %). Střední riziko vzniku dekubitů bylo zjištěno u 12 klientů (22,2 %) a nízká míra rizika u 5 klientů (9,2 %).

Kontrolní test prováděný po 1 měsíci prokázal u 54 klientů (100,0 %) tyto změny: ve velmi vysokém riziku vzniku dekubitů se nacházelo 5 klientů (9,2 %), ve vysokém riziku vzniku dekubitů bylo 21 klientů (38,9 %), ve středním riziku 8 klientů (14,8 %), míra nízkého rizika vzniku dekubitů byla stanovena u 9 klientů (16,7 %). Bez rizika vzniku dekubitů bylo 11 klientů (20,3 %).

Tabulka 3 Preventivní ošetřovatelské intervence (%)

Intervence	Prováděno	Neprováděno	Celkem
Polohování	100	0,0	100
Rehabilitační cvičení	100	0,0	100
Provádění ranní a večerní hygieny	100	0,0	100
Promazávání ochrannými krémy	100	0,0	100

	Používáno	Nepoužíváno	100
Bazální stimulace	57,4	42,6	100
Použití antidekubitních aktivních matrací	59,3	40,7	100
Použití polohovacích pomůcek	100	0,0	100
	Dostatečný	Nedostatečný	
Denní příjem stravy	78,0	22,0	100
Denní příjem tekutin	94,4	5,6	100
	Podávány	Nepodávány	
Podávání Nutridrinků, Cibitanů	29,6	70,4	100

Preventivní ošetrovatelské intervence jako polohování a používání polohovacích pomůcek, rehabilitační cvičení, ranní a večerní hygieny, promazávání ochrannými krémy byl prováděny u všech 54 klientů 100 %. Ošetrovatelská intervence basální stimulace byla prováděna u 31 klientů (57,4 %) z celkového počtu 54 klientů (100,0 %). U 23 klientů (42,6 %) prováděna nebyla. Použití aktivních anidekubitních matrací bylo zjištěno u 33 klientů (59,3 %), 22 klientů (40,7 %) matraci nepoužívalo. Denní příjem stravy byl dostatečný (minimálně 5x denně, ½ porce z diety) u 42 klientů (78,0 %). U 12 klientů (22,0 %) byl příjem nedostatečný. Dostatečný příjem tekutin (min. 1,5 tekutin denně) byl zjištěn u 51 klientů (94,4 %), nedostatečný u 3 klientů (5,6 %). Nutridrinky nebo Cubitany byly podány u 16 klientů (29,6 %), 38 klientů (70,4 %) tyto přípravky neužívali.

DISKUZE

První část výzkumného šetření se týkala zmapování rizikových faktorů, které zvyšují pravděpodobnost vzniku dekubitů u klientů v Domově pro seniory Milevsko. Důvody pro identifikaci rizikových faktorů byly především preventivní na ochranu klientů před dalšími komplikacemi v průběhu pobytu. Dle Topinkové (2005) vznik dekubitu a jeho eventuální progresse do vyšších stádií je závislá na známých rizikových faktorech, jejichž včasná identifikace a vyhodnocení je prvním krokem v prevenci vzniku dekubitu. Mezi nejznámější a nejvíce používanou patří škála dle Nortonové, která je doporučena v Metodice prevalenčního sledování dekubitů vydanou Ministerstvem

zdravotnictví České republiky (MZČR, 2009). Z důvodu jednoduchosti a snadnosti použití této škály, která včasné identifikuje rizikové faktory a umožňuje selektivně aplikovat preventivní opatření u užší skupiny klientů, je používána i v Domově pro seniory Milevsko. Výchozím bodem pro aplikaci preventivní ošetrovatelské péče byly vstupní výsledky rizikových faktorů dle rozšířené škály dle Nortonové doplněné o výsledek rizikového faktoru BMI. Při vstupním screeningu bylo stanoveno u více než poloviny klientů riziko vzniku dekubitů (63,4 %). Dle relativních četností mezi nejrizikovější faktory vzniku dekubitů patřil věk, zhoršený fyzický stav a inaktivita (tabulka 1).

Zda preventivní ošetrovatelská péče u klientů v riziku snižuje vznik nebo progresi dekubitů, zjišťovala druhá část výzkumu, která monitorovala 54 klientů Domova pro seniory Milevsko. Dekubitus znamená varovný signál, který nabádá členy ošetrovatelského týmu, aby hledali příčiny a prováděli preventivní opatření. Mikula a Müllerová (2008) přikládají prevenci vzniku dekubitů klíčovou úlohu v ošetrování klienta. Pro porovnání úspěšnosti preventivních opatření u klientů v riziku vzniku dekubitů byl použit nejprve vstupní screening škály dle Nortonové a posléze kontrolní hodnoty této škály provedené po uplynutí jednoho měsíce (tabulka 2). Výzkum zmapoval ošetrovatelské intervence, které byly prováděny u celé skupiny klientů. Dle Grofové (2007) lze až v 95 % dekubitům předejít, pokud se dodržují preventivní ošetrovatelské intervence. Výzkumné šetření ukázalo, že ošetrovatelské intervence rehabilitace a polohování byly prováděny u 100 % klientů. Také polohovací pomůcky byly používány u všech klientů. Polohování se u jednotlivých klientů lišilo četností z důvodu používání antidekubitních aktivních matrací, které si klienti či rodiny zajistili sami nebo jim byla koupě nabídnuta. Klienti s antidekubitní aktivní matrací byli polohováni po 3 hodinách přes den a v noci po 4 hodinách (59,3 %). Ostatní klienti byli polohováni po 2 hodinách přes den a po 4 hodinách v noci. Ošetrovatelská intervence basální stimulace byla prováděna u 57,4 % klientů (tabulka 4). Tato intervence měla příznivý vliv u klientů trpících apatií, imobilitou, demencí. U klientů s demencí byla basální stimulace zaměřená na vnímání pocitu bezpečí pomocí speciálního polohování s kompenzačními pomůckami.

U imobilních klientů bylo zaměřené na oblast citění konečnosti svého těla, které je často zkreslené. Stimulace chuťových buněk byla prováděna pro zlepšení příjmu stravy, často byla překvapující pozitivní odezva klientů na známé chutě.

Topinková (2005) přikládá velký význam prevence dekubitů péči o kůži klienta pravidelnou hygienou, promazáváním kůže ochrannými krémy a inspekci stavu kůže. Ošetrovatelské intervence hygienická péče, ošetrování kůže ochrannými krémy byly monitorovány a bylo zjištěno, že u 100 % klientů tyto úkony prováděl personál ráno a večer (tabulka 3). Samotná pravidelná inspekce pokožky a aktivní vyhledávání dekubitů je součástí těchto ošetrovatelských intervencí.

Meluzínová et al. (2006) upozorňuje, že orální nutriční doplňky (podávané 250 – 500 kcal po 2 – 26 týdnů) byly spojeny s podstatně nižším výskytem proleženin u rizikových klientů ve srovnání s jedinci bez suplementace. V našem výzkumu nebyl nedostatečný příjem stravy a tekutin prokázán, ale nutriční doplňky byly podávány pouze u 29,6 % klientů (tabulka 3). Nejzávažnější problém pro zajištění nutričních doplňků vidíme ve vysoké pořizovací ceně těchto produktů. Klienti Domova pro seniory Milevsko si kupují potravinové preparáty sami, a proto pokud nemají dostatečné finanční zdroje, nemohou si takto nákladnou péči zajistit.

Po měsíci hospitalizace došlo v každé kategorii rizika vzniku dekubitů ke změně počtu klientů. Snížil se výsledný počet klientů ve velmi vysokém, vysokém a středním riziku dekubitů. Zvýšil se počet

klientů v nízkém riziku dekubitů a „11“ klientů se dostalo mimo rizikovou skupinu (tabulka 2). Tyto výsledky vypovídají o kvalitní péči ve sledovaném zdravotnickém zařízení.

ZÁVĚR

Dekubity představují pro klienty nejen velice bolestivou a omezující komplikaci, která brání v progresu léčby, ale také otevřenou bránu pro infekce, které mohou vést až k ohrožení života. Výskyt dekubitů patří mezi základní indikátory kvality léčebné a ošetrovatelské péče. Hlavním záměrem výzkumného šetření bylo vyhodnotit míru rizikových faktorů a preventivní ošetrovatelskou péči o klienty, kteří se nacházejí v riziku dekubitů. Výzkumný soubor byl tvořen klienty Domova pro seniory Milevsko. Více než polovina klientů tohoto zařízení se nacházela v riziku dekubitů. Předpoklad, že inkontinence je nejsilnějším rizikovým faktorem vzniku dekubitů, nebyl potvrzen. Mezi nejrizikovější faktory patřil věk, zhoršený fyzický stav a imobilita. Jedna pětina klientů v riziku byla po jednom měsíci bez rizika vzniku dekubitů. Příznivým zjištěním je, že u více než poloviny klientů, byla prováděna bazální stimulace. U většiny klientů v riziku dekubitů došlo ke snížení rizika a jejich celkový stav se zlepšil. Výzkumné šetření ukázalo, že ošetrovatelské intervence jako je: rehabilitace, polohování, pravidelná péče o pokožku, byly prováděny u všech klientů. Používání antidekubitních aktivních matrací a podávání nutričních doplňků bylo provedeno pouze u části klientů, kteří si tyto pomůcky a doplňky hradili z vlastních prostředků. Doporučením

pro praxi je zajistit všem klientům, kteří se nacházejí v riziku dekubitů, potřebné množství nutriční výživy, hydratace a antidekubitních pomůcek.

ETICKÉ ASPEKTY A KONFLIKT ZÁJMU

Autorky deklarují, že studie nemá žádný konflikt zájmu a při jejím zpracování byly dodrženy etické aspekty výzkumu. Výzkumný záměr byl odsouhlasen managementem Domova pro seniory Milevsko.

1. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007, 247 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
2. KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 299 s. ISBN 987-80-247-4026-3.
3. MELUZÍNOVÁ, H., P. WEBER, Z. NAVRÁTILOVÁ, a H., KUBEŠOVÁ, *Dekubitus - jak dále v diagnostice, prevenci a léčbě?* Klinická farmakologie, 2006, 144.-149 s. ISSN 1212.-7973.
4. MIKŠOVÁ, Z., M. FROŇKOVÁ, R. HERMANOVÁ, M. ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
5. MIKULA, J., N. MÜLEROVÁ. *Prevence dekubitů*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008, 104 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
6. MZČR Metodika prevalenčního sledování dekubitů na národní úrovni. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. 2009, částka 6, s. 2-140. [online]. © 2010 MZČR. Dostupný z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_2349_1036_3.html
7. POKORNÁ, A. a R. MRÁZOVÁ. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 200 s. ISBN 978-80-247-3371-5.
8. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005, 270 s. ISBN 80-726-2365-6.

PREVENTIVE NURSING CARE FOR DECUBITUS RISK PATIENTS



ABSTRACT

Goal: The main purpose of research was to map the preventive and nursing care of clients with the risk of decubitus. The first aim was to map the high-risk factors which increase the probability of decubitus prevalence. The second aim was to find the precautionary measures that would decrease the risk of decubitus in groups of vulnerable clients.

Methods: The research was done by quantitative method using the technique of secondary data analysis. The data was received from verified and enclosed nursing documentation from Home for senior citizens in Milevsko from years 2010 and 2011. The validity of the hypotheses was tested using the Chi-square test. Nursing documentation of 85 and 54 clients was evaluated in accordance with the first and the second research purpose respectively.

Results: The risk of decubitus occurrence was evaluated for each newly arrived client of the senior home in Milevsko according to the Norton orientation scale and was estimated as very high (63.4 %) with the highest risk factors comprising of age, deteriorated physical condition and immobility of these seniors. Results showed

KONTAKTNÍ ÚDAJE

Bc. Šárka Hrychová
Domov pro seniory Milevsko
5. Května 1510
Milevsko 399 01
vrchnisestra@socsluzbymilevsko.cz

Ing. Iva Brabcová, Ph.D.
Zdravotně sociální fakulta
Jihočeské univerzity
v Českých Budějovicích
Katedra ošetřovatelství a porodní
asistence
U Výstaviště 26
České Budějovice 370 05

that nursing interventions at the nursing home were conducted regularly resulting in the finding of reduced numbers of client at risk after a month stay at the facility. The results demonstrated significantly reduced numbers of clients with very high, high and intermediate risk of decubitus emergence.

Conclusion: Nursing care given in the senior home in Milevsko is concluded to be of high quality. However, repeated evaluations of the risk of decubitus occurrence as well as availability of sufficient nutrition, amount of liquids and decubitus prevention aids must be guaranteed.

KEYWORDS:

decubitus, precaution of decubitus, high-risk factors, seniors, nursing care

SOCIÁLNOPRÁVNÁ OCHRANA DIEŤAŤA V PROCESE ROZVODU

REFLEXIA SKÚSENOSTÍ PRI VÝKONE KOLÍZNEHO OPATROVNÍCTVA

ELENA ONDRUŠKOVÁ

UNIVERZITA KOMENSKÉHO
V BRATISLAVE, PEDAGOGICKÁ
FAKULTA, ÚSTAV SOCIÁLNYCH
ŠTÚDIÍ A LIEČEBNEJ PEDAGOGIKY,
KATEDRA SOCIÁLNEJ PRÁCE

ABSTRAKT

V článku venujeme pozornosť sociálno-právnej ochrane dieťaťa v situácii rozvodu manželstva rodičov a výkonu inštitútu kolízneho opatrovníctva v podmienkach slovenskej právnej úpravy. V článku sa zaoberáme výkonom kolízneho opatrovníctva po období, kedy v SR vstúpil do platnosti novela zákona (s účinnosťou od 1.7.2010), v ktorej je upravená možnosť striedavej osobnej starostlivosti o maloletého po rozvode manželstva rodičov. Skúsenosti z výkonu kolízneho opatrovníctva budeme dokumentovať dátami z kvalitatívneho výskumu, na ktorom participovali sociálne pracovníčky/ pracovník z oddelení SPOaSK v Bratislave. Zistenia sa týkajú posudzovania ohrozenia najlepšieho záujmu dieťaťa v procese rozhodovania o starostlivosti po rozvode ako aj metodík a zručností dôležitých pre výkon kolízneho opatrovníctva.

KLÚČOVÉ SLOVÁ:

kolízny opatrovník, sociálnoprávna ochrana detí, rozvod, striedavá osobná starostlivosť

Štát sa prostredníctvom uplatňovania svojich zákonov a medzinárodných dokumentov snaží chrániť záujmy a práva maloletého dieťaťa v situáciách, kedy mu túto ochranu z rôznych dôvodov nemôžu poskytnúť jeho rodičia. Rozvod manželstva je jednoznačne takou situáciou, pretože jeho dôvodom môže byť len „ak sú vzťahy medzi manželmi tak vážne narušené a trvalo rozvrátené, že manželstvo nemôže plniť svoj účel a od manželov nemožno očakávať obnovenie manželského spolužitia“ (Zákon o rodine, § 23, odsek 1). Keďže „spoločenský účel manželstva má svoje ťažisko v založení rodiny, v riadnej výchove detí a vo vytvorení zdravého rodinného prostredia“ (Pavelková, Kubičková, Čechotová, 2005, s. 56) pri rozhodovaní o rozvode musí súd prihliadnuť na záujmy maloletých detí. V rozhodnutí, ktorým sa rozvádza manželstvo rodičov maloletého, súd upraví výkon ich rodičovských práv a povinností k maloletému dieťaťu na čas po rozvode. „V rozsudku sa vyjadrí komu je dieťa zverené do osobnej starostlivosti, prípadne schváli dohodu rodičov. Ak sa rodičia nedohodli, súd upraví i styk dieťaťa s rodičom, ktorému nebolo zverené do osobnej starostlivosti“ (Kečkéšová, 2005, s. 38). V súčasnosti je možné dieťa rozhodnutím zveriť do striedavej starostlivosti oboch rodičov.

Pri kolízii záujmov rodičov a maloletého dieťaťa Zákon rodine vychádza zo zásady, že maloletému dieťaťu je potrebné poskytovať zvýšenú ochranu jeho práv a právom chránených záujmov. Sú to teda aj konania o rozvode manželstva a úprave práv a povinností na čas po rozvode, o zverení dieťaťa do striedavej osobnej starostlivosti, do starostlivosti jednému z rodičov a pod. Túto situáciu zákon rieši inštitútom kolízneho opatrovníctva. Kolízny opatrovník je procesným opatrovníkom „ad hoc“ pre určité konkrétne konanie alebo pre určitý právny úkon, v tomto prípade pre konanie o rozvode manželstva rodičov. Uznesením súd určí rozsah práv a povinností kolíznemu opatrovníkovi tak, aby boli dostatočne a kontrolovateľne chránené záujmy maloletého dieťaťa. „Funkcia kolízneho opatrovníka spočíva v ochrane práv a právom chránených záujmov dieťaťa v konaní pre súdom vo veci samej týkajúcej sa starostlivosti súdu o maloletých alebo v schválení právneho úkonu za maloletého“ (Norma o vykonávaní funkcie kolízneho opatrovníka, 2012, s. 3). Kolízneho opatrovníka je potrebné ustanoviť niekedy aj pred začatím konania o rozvode manželstva rodičov, ak sa začalo konanie o vydaní predbežného opatrenia, ktorým súd dočasne upraví výchovné pomery maloletého dieťaťa.

Spravidla za kolízneho opatrovníka ustanoví príslušný orgán sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately (ďalej len orgán SPOaSK) Úradu práce sociálnych vecí a rodiny (ďalej ÚPSVaR) podľa miestnej príslušnosti maloletého dieťaťa, prípadne iných rozhodujúcich skutočností. Funkcia kolízneho opatrovníka orgánu SPOaSK zaniká, keď nadobudne právoplatnosť rozhodnutie súdu o úprave výkonu rodičovských práv a povinností.

Prostredníctvom týchto konaní a inštitútov štát dbá na to, aby bola aj po rozvode, prípadne odluke rodičov, zabezpečená čo najvhodnejšia starostlivosť a výchova dieťaťa. Na potreby dieťaťa sa z hľadiska zákona nazerá predovšetkým v kontexte Dohovoru o právach dieťaťa, medzinárodného dokumentu, ktorý SR ratifikovala v roku 1993. Zaviazala sa tým akceptovať práva a záujem dieťaťa ako prvoradé hľadisko pri akýchkoľvek postupoch týkajúcich sa detí, či už vykonávaných súkromnými zariadeniami sociálnej starostlivosti, súdmi, správnymi alebo zákonodarnými orgánmi. Štáty, ktoré ratifikovali Dohovor uznávajú, že dieťa, aby sa mohol naplniť komplexný a harmonický rozvoj jeho/ jej osobnosti by malo vyrastať v rodinnom prostredí, v atmosfére šťastia, lásky a porozumenia (preambula Dohovoru). Zároveň majú vynaložiť všetko úsilie, aby zabezpečili uznanie princípu, že obidvaja rodičia majú spoločnú zodpovednosť za výchovu a vývoj dieťaťa (článok 18 Dohovoru).

Zákonom č. 217/2010 Z. z., sa zmenil a doplnil Zákon č. 36/2005 Z. z.

o rodine (ďalej novela zákona o rodine). Zmena umožnila v rámci rozhodnutia o porozvodovej starostlivosti o maloleté deti zveriť detí do striedavej osobnej starostlivosti oboch rodičov. Podmienkou je, aby obidvaja rodičia boli spôsobilí dieťa vychovávať a mali o osobnú starostlivosť o dieťa záujem. Súd zvažuje pri tomto zverení, či je v záujme dieťaťa a či vytvára lepšie podmienky pre zaistenie potrieb dieťaťa. Na rozdiel od českej právnej úpravy, slovenský súd môže rozhodovať o striedavej starostlivosti, aj keď ju navrhuje len jeden z rodičov.

Novelizácia zákona o rodine, resp. zákonná podpora striedavej starostlivosti o deti rodičov po rozvode, do istej miery ovplyvnila výkon kolízneho opatrovníctva. Predovšetkým v súvislosti s významom rodičovskej dohody rodičov, šetreniu v súvislosti s porozvodovou úpravou starostlivosti a vzťahov medzi rodičmi a zisťovania názoru dieťaťa. V súvislosti s novelou vznikla potreba vytvoriť isté štandardy posudzovania optimálnej podoby striedavej starostlivosti vzhľadom na potreby detí rôznych vekových kategórií. Výkon kolízneho opatrovníctva v SR po novelizácii Zákona o rodine z roku 2010 upravila Norma č. 04/2012 pre výkon funkcie kolízneho opatrovníka (ďalej len norma). Norma uvádza odporúčania pre optimálnu podobu usporiadania rodičovskej starostlivosti po rozvode. Odporúča sa, aby v dohode boli popísané konkrétne činnosti a postupy, ako obaja rodičia zabezpečia toto optimálne fungovanie. Kolíznemu opatrovníkovi, resp. orgánu ochrany sa odporúča, aby spolu

s rodičmi urobil presný časový a termínový prehľad „pobytových dní“ a presne dohodol spôsob „odovzdávania“ dieťaťa do opateru druhého rodiča ako i ďalšie skutočnosti, ktoré súvisia so zabezpečením biologických, psychologických a sociálnych potrieb dieťaťa.

Kolízny opatrovník má v svojej kompetencii, v súvislosti s konaním o rozvode manželstva rodičov: šetrenie v rodine dieťaťa, v škole a pod., na základe požiadaviek súdu podáva správy o výchovných pomeroch nepľnoletých a navrhuje opatrenia vo veci ich ďalšej výchovy, zastupuje nepľnoleté deti na súde v postavení kolízneho opatrovníka, poskytuje poradenskú pomoc rodičom a v ich ťažkých rodinných, sociálnych a osobných situáciách, sprostredkuje pomoc deťom v odborných, poradenských, zdravotníckych a iných zariadeniach a podáva návrhy na zahájenie konania vo veci zbavenia alebo obmedzenia rodičovských práv (Zákon č. 305/ 2005 o sociálnoprávnej ochrane a sociálnej kuratele).

Sociálny pracovník pri výkone kolízneho opatrovníctva môže aj informovať dieťa o možnostiach pomoci a podpory. Môže odporučiť účasť v programoch, ktoré sú zamerané na podporu dieťaťa a zvládanie náročnej situácie, ak takýto program poskytuje organizácia, s ktorou ÚPSVaR spolupracuje alebo má o nej informácie. Je užitočné poskytnúť dieťaťu informácie aj o linkách pomoci (telefonickej, alebo online na webe) alebo iných možnostiach získania pomoci v krízových situáciách. V rámci sociálneho poradenstva môže podporiť

dieťa v „psychohygienickom“ uvažovaní o rozvode : podporiť presvedčenie, že nenesie zodpovednosť za rozvod rodičov, poskytnúť dieťaťu informácie, ktoré sa týkajú zvládania takej náročnej situácie akou je rozvod manželstva rodičov.

Čo sa týka činnosti, ktoré vykonáva orgán SPOaSK v rámci výkonu kolízneho opatrovníctva, sú to tie spojené s vyjadrením sa k situácii dieťaťa v rodine a opatreniami, ktoré smerujú k obmedzeniu rizík spojených s rozvodom. Zákon č. 305/ 2005 o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele v § 10 vymedzuje opatrenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately na predchádzanie vzniku krízových situácií v rodine a na obmedzenie a odstraňovanie negatívnych vplyvov a v § 11 opatrenia na obmedzenie negatívnych vplyvov, ktoré ohrozujú psychický alebo fyzický vývin dieťa. Ak sa rodičia rozvádajú, je potrebné dieťaťu a jeho rodičom poskytnúť alebo sprostredkovať sociálne poradenstvo, rodičom dieťaťa odporučiť psychologickú pomoc v záujme obnovy manželského spoluzitia a v záujme predchádzania nepriaznivým vplyvom rozvodu na dieťa. Tiež vytvára príležitosť pre to, aby bolo možné dieťaťu poskytnúť alebo zabezpečiť potrebnú psychologickú pomoc aj po rozvode.

Keďže Zákon č. 305/ 2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane a sociálnej kuratele nešpecifikuje metódy práce s rodičmi a deťmi v posudzovaných situáciách, je na sociálnych pracovníkoch/ pracovníčkach, aby zvolili vhodný postup.

Ako uvádza Labudová a Baťová (2010, s. 64) "zákonom definované metódy sú napríklad : ponúknutie pomoci rodine pri riešení výchovných alebo rodinných problémov, sledovanie negatívnych vplyvov pôsobiacich na dieťa a rodinu, zisťovanie príčin ich vzniku a vykonávanie opatrení na ich obmedzenie, organizovanie alebo sprostredkovanie účasti na rôznych programoch zameraných na riešenie výchovných, sociálnych a vzťahových problémov v rodine". Tie spravidla sú potom na základe zmluvy poskytované subjektmi, ktoré majú akreditáciu pre vykonávanie opatrení v súlade so zákonom o sociálnoprávnej ochrane a sociálnej kuratele. Jednotlivé úrady PSVaR potom v rámci tzv. priorít uzatvárajú s týmito organizáciami zmluvu na jeden rok o poskytovaní programov, ktoré zabezpečia vykonanie tohto opatrenia.

K zabezpečeniu ochrany a prípadne aj pomoci deťom rozvodu sú vykonávané rôzne činnosti, ktoré vykonávajú aktéri z rôznych oblastí a sektorov. V rámci výkonu kolízneho opatrovníctva môžu sociálni pracovníci spolupracovať s viacerými odborníkmi a inštitúciami. V rámci sektoru sociálnych vecí kolízni opatrovníci ako procesní opatrovníci v prípade konania o rozvode manželstva rodičov maloletého najčastejšie spolupracujú s odborníkmi – psychológmi/ psychologičkami, ktorí pracujú na referátoch poradensko-psychologických služieb Úradov práce sociálnych vecí a rodiny (ďalej ÚPSVaR) a detskými psychológmi/ psychologičkami z Pedagogickopsychologických poradní a centier výchovnej prevencie alebo

obvodných ambulancií.

CIELE A ÚČASTNÍCI VÝSKUMU

Výskum bol zameraný na hodnotenia skúseností v rámci činností, ktoré súvisia so zabezpečením najlepšieho záujmu dieťaťa, prevenciou ohrozenia zdravého vývinu dieťaťa v procese rozvodu manželstva rodičov sociálnymi pracovníčkami/ pracovníkmi oddelení SPOaSK Úradov práce sociálnych vecí a rodiny, ktorí robia výkon kolízneho opatrovníctva. Špecifickým kontextom bola zmena v právnom kontexte a to novela zákona o rodine o striedavej osobnej starostlivosti (ďalej SOS) rodičov o deti po rozvode manželstva, ktorá platila v danom čase približne jeden a pol roka.

Cieľom výskumu bolo zistiť ako sa zmenil, resp. nezmenil výkon kolízneho opatrovníctva v kontexte novelizácie zákona. Čiastkovým cieľom bolo zistiť, ako sociálne pracovníčky/ pracovníci posudzujú riziká ohrozenia najlepšieho záujmu dieťaťa v konaní o rozvode manželstva s maloletými deťmi, kde sa upravuje striedavá starostlivosť. Ďalším čiastkovým cieľom bolo zistiť aké konkrétne metodiky, postupy sociálne pracovníčky/ pracovník používajú pri práci s klientmi v tejto situácii, o čo sa „opierajú“ pri posudzovaní situácie.

Výskumu sa zúčastnilo 10 sociálnych pracovníčiek, 1 sociálny pracovník z oddelení SPOaSK Úradov práce sociálnych vecí a rodiny z troch mestských častí Bratislavy. Na získanie údajov pre kvalitatívnu analýzu

bolo použité semi-štruktúrované interview, ktoré bolo tematicky štruktúrované tromi všeobecnými otázkami v súlade so špecifickými cieľmi výskumu. Jedno interview trvalo približne hodinu až hodinu a pol, všetky rozhovory sa nahrávali so súhlasom respondentov, boli realizované sú súhlasom nadriadených, na pracovisku mimo úradných hodín. Na spracovanie dát a ich vyhodnocovanie vzhľadom k formulovaným cieľom výskumu bola použitá metóda tematickej kategoriálnej analýzy (Švaříček, Šedová, 2007).

VÝSLEDKY A ICH INTERPRETÁCIA

Pro prepise rozhovorov do textov boli jednotlivé texty rozčlenené do významových segmentov ktoré sa vzťahovali k špecifickým cieľom skúmania. Pri ďalšom postupe sa postupnou komparáciou kódovaných segmentov vygenerovali kategórie znakov v rámci sledovaných premenných. Pri označení kategórií a položiek v kategóriách sme použili termíny, ktoré sa štandardne používajú v tejto oblasti sociálnej práce.

Posudzovanie situácie a najlepší záujem dieťaťa

Pri spracovaní dát, ktoré sa týkali posudzovania situácie a „zaistovania“ najlepšieho záujmu dieťa na čas po rozvode manželstva rodičov v kontexte SOS, sme použili dve základné kategórie: právne kontexty (proces, postupy) alebo sociálno-psychologické kontexty (konflikty a komunikácia medzi rodičmi). Do kategórie „právnych faktorov“ boli zaradené pre-

menné ako príprava rodičovskej dohody, činnosť súdov alebo konanie sudcov, právne zastupovanie rodičov a zisťovanie názoru dieťaťa.

Dobre pripravená rodičovská dohoda, ktorá zahŕňa možnosti oboch rodičov, reflektuje špecifiká situácie tej ktorej rodiny a odráža aj záujem a názor dieťaťa, je významným nástrojom prevencie rizika v porozvodovej rodine. Sociálne pracovníčky hovorili o tom, že vo väčšine prípadov, keď je dohoda pripravovaná v procese mediácie, je väčšia šanca, že ju rodičia budú plniť a spravidla je urobená tak, aby rešpektovala podstatné záujmy a potreby dieťaťa. Býva v nej aj klauzula o pokračovaní mediácie v prípade potreby zmeny dohody, čo je tiež plus vzhľadom na meniace sa potreby dieťaťa v jeho vývine. Sociálne pracovníčky/ pracovníci, ktorí pracujú na oddeleniach SPOaSK v rámci sociálneho poradenstva poskytujú (pokiaľ o to rodičia požiadajú, alebo ich odporučí súd) informácie týkajúce sa obsahu dohody. Vzhľadom na svoju pozíciu sociálneho a právneho ochrancu dieťaťa v procese rozvodu majú skúsenosti s tým, ako vyzerá vzhľadom k najlepšiemu záujmu dieťaťa dobre urobená rodičovská dohoda. Referovali o tom, že rodičia často nemajú predstavu o tom, čo je vhodné dať do dohody, keďže majú skúsenosti s iným fungovaním rodiny a vzťahu. V prípade, že sa rodičia nevedia dohodnúť odporúča im odbornú konzultáciu u psychológa. Niektoré pracovníčky sa akoby „špecializujú“ na dohody v rámci oddelení a snažia sa ich urobiť naozaj podľa potrieb každej rodiny. Väčšinou to boli

„služobne najstaršie“ kolegyne. Jedna so skúsenosťami práce sociálnej pracovníčky v manželskej poradni komentovala proces prípravy dohody:

„Sú niektorí osvietení právnici, ktorí konzultujú svoju dohodu s nami....sami očakávajú, že ju s nimi pripravíme... doplníme, čo majú pripravené a pošleme im ju. Potom už sa to môže dať schváliť súdu. Ja s rodičmi dohody rada robím.....a keď im to nastaviš podľa ich možnosti.. je to vykonateľné...Toto je to, prečo ja chcem s nimi rozprávať aj hodinu aj dve, lebo ... musíš nájsť ten spôsob, ako im tú starostlivosť tam rozdelíš. Ja nemám záujem odstavovať otcov od starostlivosti o deti...ja to práve chcem, lebo ten model nám tam chýba, preto ja im hovorím, že každá táto dohoda je šitá na každý prípad, ona sa nedá použiť pre každého.“(J)

Keď zhrnieme názory sociálnych pracovníčiek týkajúcich sa rodičovskej dohody pri SOS, za podstatné považujú, aby dohoda odrážala možnosti oboch rodičov zabezpečiť potreby detí v rámci starostlivosti a bola vykonateľná. V rámci veľkej časti konaní súd schválil predloženú rodičovskú dohodu, ak s ňou súhlasili obaja rodičia, orgán SPOaSK a samotní sudcovia ju považovali za vykonateľnú a v súlade s najlepším záujmom dieťaťa¹. Keď pri návrhu na SOS nebola dohoda, súd podal vždy návrh na šetrenie pomerov

a zistenie názoru dieťaťa. V rámci týchto úkonov sa snažili aj sociálne pracovníčky spolupracovať s rodičmi na dohode. Pokiaľ dohoda (v súlade s požiadavkami rodičov) obsahovala nerealistické požiadavky rodičov, často sa potom „prípady“ vracali o nejaký časť s požiadavkami na úpravu.

Zisťovanie názoru dieťaťa bolo ďalšou činnosťou, ktorú v kontexte SOS považovali za sociálne pracovníčky/ pracovník za dôležitú. Súvisí s jeho právom o slobodnej voľbe, resp. právom na jeho názor na podobu usporiadania jeho života po rozvode manželstva rodičov (pokiaľ je to možné vzhľadom na jeho psychické zdravie a rozumové schopnosti). Zisťovanie názoru robia väčšinou sociálne pracovníčky zároveň so zisťovaním pomerov, materiálneho zabezpečenia oboch domácností. Pokiaľ je to potrebné, vzhľadom na špecifické potreby a schopnosti dieťaťa, požiadajú o spoluprácu detského psychológa. Niekedy je informácia, že je potrebné zistiť názor dieťaťa motiváciou pre rodičov, aby sa dohodli. Ako referovala jedna respondentka:

„Stáva sa, v situácii chýbajúcej dohody pri návrhu na SOS, že keď klienti počujú, že má byť urobený pohovor s dieťaťom, ...lebo keď sa chceme vyvarovať manipulovania, tak ho robíme v izbičke dieťaťa ...a mnohí klienti, keď sa dozvedia, že sa to tak robí, tak sa chcú tomu vyhnúť a urobiť dohodu.“

¹ Štatistiky orgánov SPOaSK, ktoré sa týkajú rozhodnutí o zverení do starostlivosti, aj SOS ako aj rozhodnutí, kde bola schválená dohoda sú dostupné na web- stránke Ústredia práce sociálnych vecí a rodiny za jednotlivé mesiace a regióny, dostupné na: www.upsvar.sk/statistiky/socialne-veci-statistiky/2011-socialnoprapna-ochrana-deti.html?page_id=147167

A pomôže to.“ (B)

Zriedka sa stáva aj to, že klienti namietajú voči výsledku šetrenia, keď nie sú spokojní a žiadajú opakované šetrenie. Vo väčšine prípadov sa názor potvrdí. Jedna sociálna pracovníčka popisovala svoje skúsenosti s takouto situáciou:

„Robila som prešetrovanie pomerov u jedného ...u druhého rodiča a pohovor s „dieťaťom“ a povedalo, že chce zostať zverený matke, že nechce byť s otcom....on na základe toho, že správa bola doručená na súd ...požiadal na súde, aby som ja išla k nemu, nemal ešte „bytové pomery“ – keď je návrh na SOS tak súd ešte posudzuje, či je v oboch domácnostiach porovnateľné materiálne zabezpečenie – on „mal za to“, že „dieťa“ je zmanipulované matkou, takže teraz si vyžiadal, že ja musím urobiť ďalší pohovor s jeho dieťaťom u neho doma, a chcel aby tá matka nevedela termín.... neviem či bude spokojný, lebo mi znovu povedalo, že chce zostať u tej mamy.“(B)

Do podkategórie „činnosť súdov“ možno zaradiť výroky, v ktorých sa sociálne pracovníčky zmieňovali o zmene súdneho poriadku, ktorým sa v septembri 2011 rozšírili špecializácie sudcov o kategóriu rodinno-právnych vecí. Túto zmenu registrovali vo svojich výpovediach viaceré respondentky a považovali to za pozitívnu zmenu. Ilustrujeme ju na výpovedi sociálneho pracovníka:

„Ja osobne vítam zmenu zriadenie rodinných súdov, už vidíme veľký posun, že tie sudkyne, poznajú komplexne problematiku rodinného práva, čo je komplikovaná oblasť, komplexnejšia oblasť , je to náročnejšie na iné druhy poznania, na psychologické poznanie, ja osobne v rámci nášho obvodu môžem posudzovať spoluprácu výborne, opierajú sa o správy zo šetrenia, pohovory, málokedy sa nezhodneme.“(A)

Kategória sociálno-psychologické faktory sa týkala výpovedí respondentiek, ktoré sa týkali toho, ako zvládanie/ nezvládanie konfliktu medzi manželmi ovplyvňuje činnosti vykonávané v rámci kolízneho opatrovníctva. Boli to prejavy správania ako: deštruktívna komunikácia so sociálnou pracovníčkou, obviňovanie partnera, pokračovanie manželského konfliktu „prostredníctvom“ dieťaťa, správanie, ktorého cieľom bolo trestať partnera. To, že sa rodičia nedohodnú pri návrhu jedného z nich na SOS je signálom, že manželský konflikt pokračuje a premieta sa aj do riešenia starostlivosti o deti. Sociálna pracovníčka komentovala túto situáciu:

„Keď sa bavíme o tom, že rodičia nie sú dohodnutí na striedavke, tak v 90 % určite je ťažká komunikácia. Lebo pokiaľ sa dohodnú mimo nás, je to bezproblémové. Tí sa dokážu dohodnúť v prospech dieťaťa,... máme to naše dieťa a otec hovorí, chcem sa o neho postarať aj ja, ..., sú schopní, ochotní dohodnúť sa .“ (B)

Potvrdzujú to, čo tvrdí väčšina odborníkov ktorí sa zaoberajú vplyvom rozvodovej adaptácie², alebo tzv. psychorozvodu rozvodu na konanie manželov navzájom i voči deťom. Pokiaľ jeden z rodičov, alebo obaja, nezvládli negatívne emócie voči partnerovi, ktoré bývajú súčasťou rozvodového procesu, prejavuje sa to v otvorenom alebo skrytom boji s partnerom aj v situáciách riešenia starostlivosti detí.

„Niektorí otcovia idú hlava - nehlava...a skončí to...neskončí to nikdy, lebo pokiaľ nebude spokojnosť na ich strane tak neskončia. Je to naozaj aj škoda, lebo aj to dieťa každým rokom rastie a vzdáva sa a keď sa tí rodičia nedohodnú tak konečné vyústenie je znalecké dokazovanie a to trvá aj rok.“(B)

Ako to komentovali sami respondentky/ respondent „návrh na striedavú osobnú starostlivosť, pokiaľ ho podáva len jeden z rodičov, býva často len pokračovanie boja s partnerom alebo jeho trestania“.

Používanie metódik, špecifické zručnosti

Za najdôležitejšie považujú sociálne pracovníčky / pracovník dodržiavať relevantné zákony a zákonné predpisy. Prvoradé je vzhľadom na postavenie kolízneho opatrovníka v zákonoch, dodržiavať tieto zákony. Tiež sú dôležité

metodiky, ktoré vydáva ústredie PSVaR a aktuálne aj norma pre výkon, ktorá bola vydaná začiatkom roka 2012. A ako to komentoval sociálny pracovník

„alfu a omegou je záujem dieťaťa...vycítiť, aby rodič nevyužíval SOS ako nástroj niečoho.. aktuálne asi až 60 % vychádza z toho... aby sa vyhli výživnému, je to účelové nastavenie.“ (A)

Pri komunikácii s klientmi a vyhodnocovaní situácie v konkrétnej rodine sa opierajú o svoje skúsenosti. Časť respondentiek pracuje v tejto oblasti temer (tri) celý svoj pracovný život a majú v práci s ochranou dieťaťa bohaté skúsenosti.

„Myslím, že tie „tykadlá“, (pozor na niečo) sa mi obrúsilo praxou.. Áno, dobre teoreticky to viem .. ale, najmä prax.“(J)

Služobne mladšie kolegyně využívajú zase viac konzultácie s pracovníčkami, ktoré majú dlhoročnú prax v oblasti sociálnoprávnej ochrany detí.

„Odhlídnuc od tých právnych noriem a písaných interných noriem, písaných pravidiel... vo veľkej miere je dôležitá konzultácia, ktorá vzhľadom k zavalenosti kolegov, je nie vždy možná...“ (B)

Pri príprave rodičovskej dohody využívajú postupy súvisiace s metódami

² Termín psychorozvod zaviedol do odborného diskurzu Plaňava (1994, Jak se nerozvádět), ktorý ním označil proces adaptácie na rozvodovú situáciu u manželov. V priebehu tohto procesu, podľa neho, dochádza k psychologickému odpútaniu sa od partnera a jeho zvládnutie je dôležité pre konštruktívne správanie sa v porozvodovej situácii.

alternatívnych riešení konfliktov, ako niektoré zručnosti a postupy, ktoré sa využívajú pri mediácii: rovnaký prístup k oboj stranám, na klienta nastavené riešenia a vyjednávanie: hľadanie záujmov za pozíciami, ponuka ústupkov atď.

„A je to naozaj o tom, ani nie o vzájomnom kompromise, ale konsenze, dohode a prísť k tomu to nie je väčšinou jednoduché, je to náročné aj na čas...a čo využívame ?...aj vyjednávanie.“ (B)

Väčšina z nich konštatovala, že využívajú zručnosti „prirodzené“ alebo získané na výcvikoch a tréningoch efektívnej komunikácie, asertivity či zvládania náročných situácií pri práci s klientom. Často musia zvládať aj arogantné správanie klientov voči nim a keďže reprezentujú na klienta orientovanú inštitúciu :„sme tu pre nich“ , musia to vedieť zvládnuť. Zručnosti asertívnej komunikácie využívajú tiež.

Temer všetky dávali význam supervízii. Platíť si ju z vlastných zdrojov je, vzhľadom k výške ich príjmov, nerealizovateľné. Chýba možnosť individuálnej supervízie, ktorú by finančne zabezpečil úrad. Na jednotlivých oddeleniach skôr funguje vzájomná prípadová „supervízia“ a na niektorých oddeleniach majú organizované skupinové prípadové stretnutia. Supervíziu organizovanú pracoviskom požadovali najmä služobne mladšie sociálne pracovníčky. Ako problém vnímali skutočnosť, že v tomto prípade by nebol zabezpečený slobodný výber supervízora. Supervízia sa plánovala v čase výskumu a bola prijatá ako priorita ÚPSVaR na ďalší

rok, čo znamenalo, že sa pripravovala verejná súťaž na dodávateľa.

SÚHRN, DISKUSIA A ZÁVERY

Z výpovedí respondentiek/ respondentov možno usudzovať na skúsenosti a špecifiká výkonu kolízneho opatrovníctva v kontexte SOS. Potvrdzuje sa skúsenosť, že v prípadoch kedy klienti manželia už v čase návrhu dospieť k rodičovskej dohode, väčšinou bola prijatá a akceptovaná ako dohoda o porozvodovej starostlivosti, ktorá primerane zabezpečuje záujem dieťaťa. Oceňovaná je zmena súdneho poriadku o špecializácii sudcov aj na oblasť rodinného práva. Ostatné prípady, kde nie je dohoda rodičov vyžadujú ďalšie posudzovanie, šetrenia pomerov i zisťovanie názoru dieťaťa. Skúsenosti sociálnych pracovníčiek s týmito činnosťami svedčia o náročnosti týchto úkonov a práci v časovom strese. Na škodu je skutočnosť, že sociálne pracovníčky/ pracovníci oddelení SPOaSK nemajú zo zákona nárok na zabezpečenie supervízie.

Potrebu supervízie formulujú najmä začínajúci sociálni pracovníci. Ako uvádza Vaska (2012, s. 127): „Začínajúci sociálni pracovníci majú často prehnané očakávania týkajúce sa viditeľných (najmä pozitívnych) výsledkov ich práce s klientom. Príliš veľké očakávania rýchlych a významných výsledkov spôsobujú začínajúcim sociálnym pracovníkom veľkú frustráciu a znásobujú v nich pocity zlyhania a neúspechu“. Ako sme zistili sociálne pracovníčky chýbajúcu individuálnu supervíziu na oddeleniach

nahrádzajú konzultáciami so „služobne staršími“ kolegyňami/ kolegami, čo má tiež svoje riziká. U dlhodobých zamestnancov popri nespornému prínosu v podobe praktických skúseností, môže existovať riziko vyhorenia, resp. znižovaniu posudzovania významu rizika v istých situáciách. Pri zmenách zákonov, resp. zmene hodnotenia niektorých sociálnych skutočností, môže existovať riziko efektu zotrvačnosti vnímania a hodnotenia situácie.

Sociálne pracovníčky považovali za dôležité pre redukovanie rizika ohrozenia zdravia maloletého dieťaťa počas právne a sociálno- psychologické faktory, okolnosti. Z právnych to bola predovšetkým skutočnosť, aby usporiadanie majetkovo právnych vzťahov bolo vykonané pred konaním o starostlivosti. Resp. ak sa rodičia, aj napríklad pomocou mediátora dohodli na majetkovom vysporiadaní pôsobilo to pozitívne na ich ďalšie konanie voči deťom. Väčšinou sa počas mediácie robili aj dohody o výkone starostlivosti o deti po rozvode a vo väčšine prípadov bola táto dohoda neskôr schválená súdom. Sociálne pracovníčky považovali za pozitívny moment opätovného zavedenia špecializácie súdov, kedy podľa nich o rodinných veciach rozhodujú rodinní sudcovia, väčšinou sudkyne, podľa nich citlivejšie.

Dôležitým prvkom prevencie rizík ohrozenia sa javí aj väčšia podpora dieťaťa ako subjektu práva v právnych procedúrach a úkonoch. Súvisí to s väčšou podporou uplatňovania Dohovoru o právach dieťaťa

do právnych konaní a procedúr. Táto istá „nezávislosť“ dieťaťa v konaní rozvode manželstva rodičov by sa mala viac uplatniť v možnostiach informovania dieťaťa. Na úradoch nemajú možnosti, aby toto zabezpečovali v dostatočnej miere. Dieťa by malo mať možnosť získať nezávisle od rodičov právne ale aj psychologicky korektné informácie o rozvode, úprave starostlivosti a ochrane jeho práv a záujmov informáciami primeranými jeho veku a rozumovej zrelosti. Častejšie sa stretávame s tým, že tieto informácie ponúkajú občianske združenia a organizácie, kde nemusí byť garantovaná kvalita a korektnosť informácií. Ďalšou možnosťou sú skupinové edukatívne (alebo poradenské) programy pre deti rozvodu (Ondrušková, 2007; Margolin, 1996 a ď.) ktoré môžu podporiť adaptáciu na rozvodovú situáciu a podporiť rezilienciu dieťaťa pre zvládanie nárokov, ktoré takáto zmena života rodiny so sebou prináša. Vhodné by bolo neorganizovať tieto programy len v rámci psychologických poradní a centier prevencie. V krajinách, kde je školská sociálna práca rozvinutejšia ako na Slovensku, predovšetkým v Spojených štátoch a Nemecku, sociálni pracovníci priamo na školách vykonávajú sociálne poradenstvo a socioterapiu, v rámci ktorých sa priamo v školskom prostredí môžu realizovať edukatívne programy zamerané na podporu zvládania náročných životných situácií (Koscurová, 2010).

Sociálno-psychologické faktory, ako sú konštruktívna komunikácia medzi rodičmi a snaha rozvinúť kooperatívne

rodičovstvo na čas po rozvode, zvyšujú pravdepodobnosť primeranej adaptácie dieťaťa na situáciu rozvodu. Vo viacerých krajinách (Spojené štáty, niektoré európske krajiny) sa zaviedla prax nariadených krátkodobých poradenských programov. Je otázkou, či by nebolo vhodné aj v našich podmienkach odporučiť rozvádžajúcim sa manželom s maloletým dieťaťom krátkodobý kurz kooperatívneho rodičovstva (napr. Geasler, Blaisure, 1998; Neff, Ford, Piergallini, 2000), ktorým by sa vytvorila príležitosť reflexiu zvládania psychologického rozvodu a osvojenie si zásad pre optimálne fungovanie rodičovstva po rozvode. O význame takýchto programov nepochybujú ani sociálni pracovníci/ pracovníčky oddelení SPOaSK a v súčasnosti sa už overujú takéto programy v rámci činností, ktoré sa vykonávajú na referátoch poradensko-psychologických služieb pri oddeleniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately na úradoch práce sociálnych vecí a rodiny.

Ďalšou možnosťou sú skupinové edukatívne alebo poradenské programy pre deti rozvodu (Ondrušková, 2007; Margolin, 1996 a ď.), ktoré môžu podporiť adaptáciu na rozvodovú situáciu a podporiť rezilienciu dieťaťa pre zvládanie nárokov, ktoré takáto zmena rodinných vzťahov a života rodiny so sebou prináša.

1. GEASLER, M. J. – BLAISURE, K. R. A Review of Divorce Education Program Materials. *Family Relations*, 1998, Vol. 47, No. 2, pp. 167 – 174.
2. KEČKÉŠOVÁ, M. 2005. Základy rodinného práva. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca. 133 s. ISBN 80-89185-13-4.
3. KOSCUROVÁ, Z. Prečo profesia sociálneho pracovníka v školskom systéme na Slovensku dodnes absentuje. In: SMUTEK.M.; SEIBEL.F.W.; TRUHLÁŘOVÁ, Z. Rizika sociální práce. Sborník z konference VII. Hradecké dny sociální práce. Hradec Králové: Gaudemus, 2010. S. 349-357. ISBN 978-80-7435-086-3.
4. LABUDOVÁ, V. – BAŤOVÁ, K. Metodika práce s rodinou v medziach zákona. Sociální práce- Sociálna práca, Praktické užití teorie v sociální práci,10, 3, 2010, s. 64-65.
5. MARGOLIN, S.: Complete group counselling program for children of divorce. West Nyack, New York: The Centre for applied research in education, 1996. ISBN 0 – 87628 – 124 – 2.
6. NEFF, R.; FORD, V.; PIERGALLINI, J. Parent Information Program. Conciliation Services, Maricopa County: Family Court Department Superior Court of Arizona, 2000.
7. Norma o vykonávaní funkcie kolízneho opatrovníka, č. 04/2012 z februára 2012. [online] Dostupné na:http://www.upsvar.sk/buxus/docs/Plne_znenie_normy_o_kolize_nom_opatrovnikovi.pdf, (citované7.09.2012).
8. ONDRUŠKOVÁ, E. Skupinové programy pre deti rozvodu. Nové trendy v príprave a uplatnení sociálnych pracovníkov (CD ROM). - Bratislava : OZ Sociálna práca, 2007. - ISBN 978-80-89185-27-6. S. 205-208. Nové trendy v príprave a uplatnení sociálnych pracovníkov. Medzinárodná konferencia , Bratislava , 29.-30.6.2006. SK
9. PAVELKOVÁ, B.;KUBÍČKOVÁ, G.; ČEČOTOVÁ, V. Zákon o rodine. Komentár s judikatúrou. Šamorín: Heuréka., 1. Vyd. 2005. ISBN 80-89122-24-8.
10. PLAŇAVA, I. Jak se nerozvádět. Praha: Grada, 118 s. ISBN 80-7169-129-1
11. ŠVAŘÍČEK, R.- ŠEĐOVÁ, K. 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-313.
12. VASKA, L. Teoretické aspekty supervízie začínajúcich sociálnych pracovníkov. Bratislava: IRIS, 2012. 176 s. ISBN 978-80-89238-70-5.
13. Zákon č. 217/2010 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 36/2005 Z. z. o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
14. Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane a sociálnej kuratele.
15. Zákon o rodine č. 36/ 2005 Z. z. v znení neskorších predpisov.

SOCIAL PROTECTION OF THE CHILD IN THE DIVORCE PROCESS

REFLECTIONS OF EXPERIENCE IN THE PERFORMANCE OF THE COLLISION GUARDIANSHIP

KONTAKTNÍ ÚDAJE NA AUTORA:

PhDr. Elena Ondrušková, PhD.
Univerzita Komenského
v Bratislave
Pedagogická fakulta
Ústav sociálnych štúdií a liečebnej
pedagogiky
Katedra sociálnej práce
eondruskova@fedu.uniba.sk

ABSTRACT

In the article we pay attention to the social protection of children in situations of divorce and parental conflict custody Institute's performance in terms of Slovak legislation. Article are dealing výkonom kolízneho custody after a period in the Slovak Republic came into force new law (effective from 1.7.2010), which is made for the possibility of alternating custody of a minor after divorce parents. Experience the power of conflict custody will be documented data in qualitative research, in which participated the social worker / employee of the department SPOaSK in Bratislava. The findings relating to risk assessment best interests of the child in decision-making about care after divorce as well as the methodologies and skills relevant to the performance of the collision custody.

KEYWORDS:

guardian ad litem, child protection,
divorce, alternating personal care



LOGOS POLYTECHNIKOS

Odborný recenzovaný časopis Vysoké školy polytechnické Jihlava, který svým obsahem reflektuje zaměření studijních programů VŠPJ. Tematicky je zaměřen do oblastí společenskovedních a technických. Jednotlivá čísla jsou úžeji vymezená.

Časopis vychází 4x ročně v nákladu 150 výtisků

Šéfredaktor: doc. PhDr. Martin Hemelík, Ph.D.

Odpovědný redaktor tohoto čísla:

Mgr. Markéta Dubnová, DiS.

Editor: Mgr. Alena Šetková (komunikace s autory a recenzenty)

Technické zpracování: Lukáš Mikula

Web editor: Mgr. Alena Šetková

Redakční rada:

doc. PhDr. Ladislav Benyovszky, CSc., prof. PhDr. Ivan Blecha, CSc., doc. Mgr. Ing. Martin Dlouhý, Dr., prof. Ing. Tomáš Dostál, DrSc., Ing. Jiří Dušek, Ph.D., prof. RNDr. Ivan Holoubek, CSc., Mgr. Petr Chládek, Ph.D., prof. PhDr. Ivo Jirásek, Ph.D., prof. Ing. Bohumil Minařík, CSc., doc. PhDr. Ján Pavlík, doc. PhDr. Karel Pstružina, CSc., prof. MUDr. Aleš Roztočil, CSc., prof. Ing. Jan Váchal, CSc.

Pokyny pro autory a deklarovaná forma příspěvků jsou dostupné na

<https://www.vspj.cz/tvurci-cinnost-a-projekty/casopisy-vspj/logos-polytechnikos>

Zasílání příspěvků

Redakce přijímá příspěvky v českém, slovenském nebo světovém jazyce elektronicky na adrese logos@vspj.cz

Adresa redakce:

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Tolstého 16, 586 01 Jihlava

Distribuce: časopis je dostupný v elektronické podobě na webových stránkách VŠPJ.

V omezeném množství jej lze vyžádat zdarma na adrese redakce.

Vytiskl: AMAPRINT-Kerndl s.r.o., Třebíč

Vydání: červen 2014

© Vysoká škola polytechnická Jihlava

ISSN 1804-3682

Registrace **MK ČR E 19390**