

Daniela Husárová



KRUH SPOLUPRÁCE:

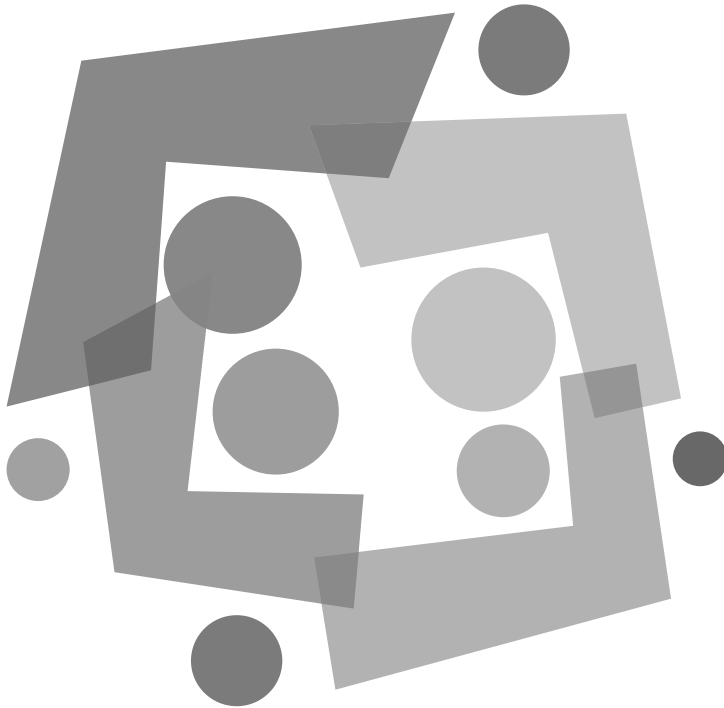
ÚLOHA RODIČOV, POSKYTOVATEĽOV A ŠKOLY
V SYSTÉME STAROSTLIVOSTI O DOSPIEVAJÚCICH
S EMOCIONÁLNYMI A BEHAVIORÁLNYMI
PROBLÉMAMI

UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH
LEKÁRSKA FAKULTA



KOŠICE 2023

Daniela Husárová



KRUH SPOLUPRÁCE:

ÚLOHA RODIČOV, POSKYTOVATEĽOV A ŠKOLY
V SYSTÉME STAROSTLIVOSTI O DOSPIEVAJÚCICH
S EMOCIONÁLNYMI A BEHAVIORÁLNYMI
PROBLÉMAMI

UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH
LEKÁRSKA FAKULTA
Ústav psychológie zdravia a metodológie výskumu



KOŠICE 2023

KRUH SPOLUPRÁCE:

Úloha rodičov, poskytovateľov a školy v systéme starostlivosti o dospelých a emocionálnymi a behaviorálnymi problémami

Autorka:

Mgr. Daniela Husárová PhD.

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

Recenzentky:

prof. MUDr. Alexandra Bražinová, PhD., MPH

Ústav epidemiológie, Lekárska fakulta, UK v Bratislave

Mgr. Katarína Greškovičová, PhD.

Ústav aplikovanej psychológie, Fakulta sociálnych a ekonomických vied, UK v Bratislave

Podakovanie:

Ak mám na tomto mieste vyjadriť vďaku, tá patrí v prvom rade celému tímu projektu Care4Youth, ktorý sa na zbere dát a na priebežných analýzach podieľal - Ing. Lucii Bosákovej PhD., Mgr. Daniele Filákovskej PhD., Mgr. Jaroslave Kopčákovej PhD., doc. Mgr. Zuzane Dankulincovej PhD. a Andrei Madarasovej Geckovej PhD. Veľká vďaka patrí aj doktorandkám Mgr. Jaroslave Mackovej PhD. a Mgr. Kateřine Paclíkovej, ktoré sa na štúdiu výrazne podieľali a ktorých čiastkové zistenia patriace do ich dizertačných prác sa objavili aj v tejto publikácii v Kapitolách 4, 5 a 6. Podakovanie patrí aj dvom diplomantkám, Mgr. Andriane Odlerovej a Mgr. Tereze Kubelkovej, ktoré svojimi diplomovými prácami a ich zisteniami prispeli k poznatkom prezentovaným v Kapitolách 5 a 7. V neposlednom rade však naša vďaka patrí všetkým dospelým a ich rodičom, bez ktorých by táto štúdia nebola možná ako aj všetkým poskytovateľom starostlivosti, ktorí sa do štúdie zapojili, rozprávali sa s nami, dávali nám celý čas cenné rady a postrehy a sprostredkovali nám cestu k dospelým a ich rodinám. Táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe zmluvy č. APVV-21-0079 a z projektu Vedeckej grantovej agentúry MŠVVaŠ SR a SAV pod registračným číslom 1/0177/20.

Tento elektronický text je publikovaný pod licenciou Creative Commons 4.0 - Creative Commons Attribution-NonCommercial-No-derivates 4.0 („Uveďte pôvod – Nepoužívajte komerčne - Nespracováajte“)



Za odbornú a jazykovú stránku textu zodpovedá autorka. Rukopis neprešiel redakčnou ani jazykovou úpravou.

Dostupné od: 21.12.2023

Umiestnenie: www.unibook.upjs.sk

ISBN 978-80-574-0253-4 (tlačaná verzia)

ISBN 978-80-574-0279-4 (elektronická publikácia)

OBSAH

1. Úvod	7
2. Projekt Care4Youth	10
2.1 Kvantitatívna národne reprezentatívna štúdia HBSC	11
2.2 Kvantitatívna prospektívna kohortová štúdia Care4Youth	11
2.3 Kvalitatívna štúdia Care4Youth.....	12
3. Emocionálne a behaviorálne problémy u dospelých	14
4. Systém starostlivosti o dospelých s EBP na Slovensku	20
4.1 Bariéry v systéme starostlivosti o dospelých s EBP	22
5. Úloha poskytovateľov v systéme starostlivosti	25
5.1 Spolupráca a komunikácia medzi poskytovateľmi.....	28
5.2 Formy spolupráce a komunikácie medzi poskytovateľmi.....	29
5.3 Vnímaná úroveň spolupráce a komunikácie	32
5.4 Facilitátory efektívnej spolupráce a komunikácie.....	32
5.5 Bariéry spolupráce a komunikácie	33
5.6 Návrhy riešení nedostatkov spolupráce a komunikácie medzi inštitúciami.....	36
6. Úloha rodičov v systéme starostlivosti	37
6.1 Rodič ako zdroj problémov	39
6.2 Rodič presúva zodpovednosť za riešenie problémov na systém	39
6.3 Rodič ako aktívna súčasť starostlivosti.....	40
6.4 Rodič ako bariéra starostlivosti	40
7. Emocionálne a behaviorálne problémy v školskom prostredí	42
7.1 Úloha školy v systéme starostlivosti o žiakov s EBP.....	44
7.1.1 Učiteľ ako aktér poskytovania starostlivosti.....	45
7.1.2 Spolupráca rodiča so školou pri poskytovaní starostlivosti.....	45
7.1.3 Spolupráca inštitúcií participujúcich na poskytovaní starostlivosti so školou.....	46
7.2 Bariéry v poskytovaní starostlivosti v školskom kontexte	46
7.2.1 Bariéry na strane školy.....	47
7.2.2 Bariéry na strane ostatných inštitúcií vo vzťahu ku škole	48
7.3 Návrhy na zlepšenie systému starostlivosti na strane školy.....	50
7.4 Návrhy na zlepšenie systému starostlivosti na strane ostatných inštitúcií vo vzťahu ku škole.....	51
8. Záver	52
Literatúra	56

1.

ÚVOD

V živote človeka je obdobie dospievania veľmi náročným vývinovým obdobím plným zmien, nielen na fyzickej úrovni, ale i na tej emocionálnej a sociálnej. Zvlášť súčasná generácia mladých ľudí musí okrem toho čeliť rôznym spoločensko-ekonomickým výzvam a krízam (napr. pandémie COVID-19, vojnový konflikt na Ukrajine, klimatická a energetická kríza a pod.), ktoré majú významný dopad na ich duševné zdravie. Práve preto je toto obdobie najviac rizikové pre vznik rôznych problémov v oblasti duševného zdravia, ktoré im bránia naplno rozvíjať a využívať svoj potenciál. Súčasné výskumy naznačujú, že vysoké percento dospievajúcich bojuje s pocitmi bezmocnosti, neistoty, úzkosti, osamelosti či poruchami spánku, ako aj s depresiou, posttraumatickou stresovou poruchou, závislosťami či suicidálnym správaním (Bitsko a kol., 2022; Hossain a kol., 2022; World Health Organization, 2022; United Nations Children's Fund, 2021) a počas pandémie sa táto situácia ešte zhoršila (Madarasová Gecková & Husárová Eds. 2023; World Health Organization, 2022). Ak sa tieto problémy včas nezachytia, hrozí riziko oveľa závažnejších problémov neskôr v dospelosti, ktoré v konečnom dôsledku môžu ovplyvniť ich úroveň vzdelania, uplatnenie na trhu práce či fungovanie v sociálnych vzťahoch, a tým pádom ich celkovú životnú spokojnosť a kvalitu života (Kessler a kol., 2001; Ogundele, 2018; Smith a kol., 2014). V prípade založenia si rodiny môže navyše dochádzať ku generačnému prenosu problémov (Morris a kol., 2007).

Komplexných a ucelených informácií o fungovaní systému, procese starostlivosti, jeho nedostatkoch či návrhoch na zlepšenie, je stále málo. Výskumy zamerané na mapovanie systému starostlivosti sa realizovali najmä v zahraničí a často bez participácie tých, ktorých sa to týka najviac. Navyše, metódy, ktoré pritom využívali, boli rôzne, zahŕňajúce výlučne kvantitatívne alebo kvalitatívne postupy výskumu, poskytujúce tak len čiastkové odpovede, ktoré sú súčasťou veľkej skladačky. Na základe ich zistení

vieme, že systém a postupy práce v rámci starostlivosti nie sú optimálne a adekvátne pripravené na zvyšujúci sa výskyt duševných problémov. V snahe reagovať na aktuálnu a neustále sa meniacu situáciu sú prijímané rôzne opatrenia, ktoré by mali viesť k zlepšeniu úrovne poskytovanej starostlivosti a efektívnemu riešeniu problémov dospievajúcich. Výsledky týchto snáh sa však ukážu až neskôr. Práve z tohto dôvodu je potrebné venovať sa tejto problematike kontinuálne a hľadať, akým spôsobom je možné aj naďalej rozvíjať poskytovanie starostlivosti s cieľom poskytnúť čo najlepšiu a najefektívnejšiu pomoc tým, ktorí to potrebujú.

Cieľom tejto publikácie je zhrnúť a prezentovať všetky doterajšie zistenia o úlohe jednotlivých aktérov starostlivosti (rodina, odborníci, škola) poskytnutej dospievajúcim s emocionálnymi a behaviorálnymi problémami v rámci systému starostlivosti na Slovensku. V nasledujúcich kapitolách sa budeme bližšie venovať spolupráci všetkých zainteresovaných strán a z pohľadu poskytovateľov starostlivosti z rôznych typov inštitúcií popíšeme nielen to, akú úlohu zohrávajú konkrétni aktéri vo vzájomnej spolupráci ale i bariéry, ktoré ovplyvňujú poskytovanie adekvátnej a efektívnej pomoci, či návrhy na to, akým spôsobom by bolo možné identifikované nedostatky odstrániť. Pri analýze zistení sme pritom vychádzali z výsledkov projektu Care4Youth, ktorý zahŕňa tri štúdie, konkrétne kvantitatívne národnú reprezentatívnu štúdiu HBSC, kvantitatívne prospektívnu kohortovú štúdiu Care4Youth a kvalitatívnu štúdiu Care4Youth. Niektoré čiastkové zistenia, na ktoré sa odvolávame aj v tejto publikácii, boli v priebehu posledného obdobia publikované v podobe odborných publikácií či článkov a niektoré boli spracované do podoby záverečných prác.

Publikácia je členená do ôsmich kapitol. V prvých troch kapitolách si bližšie predstavíme štúdie, z ktorých sme pri analýze výsledkov vychádzali, odprezentujeme tiež najnovšie zistenia o výskyte emocionálnych a behaviorálnych problémov vo svete i na Slovensku a trendoch. Venovať sa budeme aj samotnému systému starostlivosti na Slovensku, jeho organizácii a identifikovaným systémovým bariéram. V piatej kapitole sa zameriame na úlohu poskytovateľov starostlivosti v systéme starostlivosti a ich vzájomnú spoluprácu a komunikáciu. Zhrnieme si tiež, aké sú facilitátory ale i bariéry v spolupráci a komunikácii, ktoré poskytovatelia starostlivosti identifikovali, a aké riešenia týchto nedostatkov navrhujú. V šiestej kapitole si priblížime, akú úlohu zohrávajú v systéme starostlivosti rodičia. Siedma kapitola sa zameriava na úlohu školy

a učiteľov v systéme starostlivosti, ale aj na spoluprácu s ďalšími inštitúciami, ktoré sa podieľajú na riešení problémov žiakov s emocionálnymi a behaviorálnymi problémami. Zhrnieme si tiež, aké bariéry v poskytovaní starostlivosti identifikovali odborníci aj učitelia na strane školy i na strane ostatných inštitúcií vo vzťahu ku škole, a aké zlepšenia systému starostlivosti navrhujú. V záverečnej kapitole na základe zistení zhŕňame a navrhujeme možnosti ich využitia v praxi.

Táto publikácia je určená najmä všetkým odborníkom, pracujúcim s dospievajúcimi s emocionálnymi a behaviorálnymi problémami vo všetkých vetvách starostlivosti, učiteľom a ďalším pedagogickým zamestnancom, ktorí im každý deň starostlivosť poskytujú, a v neposlednom rade rodičom a všetkým kompetentným orgánom a tvorcami politik, ktorým záleží na zdraví týchto mladých ľudí a majú vo svojich rukách moc zlepšiť starostlivosť, ktorá im je poskytovaná.

2.

PROJEKT CARE4YOUTH

Projektom Care4Youth sme chceli zmapovať súčasný systém starostlivosti o dospievajúcich s emocionálnymi problémami a problémami v správaní (ďalej len EBP) na Slovensku. Zaujímalo nás, aký systém starostlivosti je a aké sú jeho možné nedostatky z pohľadu všetkých, ktorých sa to týka (dospievajúcich s problémami, ich rodičov, poskytovateľov starostlivosti). V neposlednom rade nás zaujímalo aké sú rizikové a protektívne faktory, ktoré určia úspešnosť v systéme starostlivosti, alebo naopak, ktoré úspešné riešenie problémov ohrozujú. Všetky dáta v jednotlivých čiastkových štúdiách, ktoré si priblížime nižšie, boli robené s cieľom zmapovať existujúci stav a podporiť návrh vylepšení v systéme starostlivosti, ktorý by bol prospešným pre všetky zúčastnené strany.

Pri dosahovaní nami stanovených cieľov sme sa v projekte Care4Youth opierali o dva základné piliere. V prvom rade sme sa rozhodli pre tzv. mixovanie metód, čiže o kombináciu využitia ako kvantitatívnych tak aj kvalitatívnych metód. Schopnosť priniesť komplexný pohľad nám umožnilo zapojenie všetkých zúčastnených, čiže samotných dospievajúcich, ich rodičov a poskytovateľov starostlivosti. V nasledujúcej časti si bližšie predstavíme štúdie, ktoré sme využili na získanie dát týkajúcich sa mapovania systému starostlivosti o dospievajúcich s EBP:

1. Kvantitatívna národne reprezentatívna štúdia HBSC
2. Kvantitatívna prospektívna kohortová štúdia Care4Youth
3. Kvalitatívna štúdia Care4Youth

2.1 Kvantitatívna národne reprezentatívna štúdia HBSC

Health Behaviour in School-aged Children (ďalej len HBSC) je medzinárodná štúdia o zdraví a so zdravím súvisiacom správaní 11-, 13- a 15-ročných školákov. Jej cieľom je každé štyri roky monitorovať zdravie a so zdravím súvisiace správanie školákov v ich sociálnom kontexte.

Najaktuálnejší zber dát bol uskutočnený v apríli až júni 2022. Náš výskumný tím oslovil 195 škôl, z ktorých 95 bolo ochotných zúčastniť sa štúdie a **dotazník nám vyplnilo 9697 školákov vo veku 11 až 15 rokov, z ktorých 5687 bolo zaradených do národne reprezentatívneho súboru 11-, 13- a 15-ročných školákov**. Dotazník bol administrovaný v slovenskom i maďarskom jazyku a do výskumnej vzorky boli zaradení aj žiaci so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami a žiaci zo sociálne znevýhodneného prostredia.

Súčasťou online vyplňaného dotazníka bol i set otázok zameraných na ukazovatele duševného zdravia, emocionálne a behaviorálne problémy, stratégie zvládania, vyhľadávanie pomoci a odborne poskytovanú starostlivosť z dôvodu emocionálnych a behaviorálnych problémov. V Tabuľke 1 je zachytené vekové zloženie vzorky a počet chlapcov a dievčat v jednotlivých vekových kategóriách.

Tabuľka 1. Vekové zloženie vzorky a počet chlapcov a dievčat v jednotlivých vekových kategóriách HBSC štúdie

	Priemerný vek	Chlapci		Dievčatá		Spolu	
		N	%	N	%	N	%
11-roční	11.49 (SD=0.29)	888	48.8	930	51.2	1818	100
13-roční	13.45 (SD=0.30)	1099	51.2	1049	48.8	2148	100
15-roční	15.40 (SD=0.27)	899	55.5	722	44.5	1621	100

2.2 Kvantitatívna prospektívna kohortová štúdia Care4Youth

Kvantitatívna prospektívna kohortová časť štúdie Care4Youth pre zodpovedanie našich otázok v rámci dlhodobého, tzv. longitudinálneho sledovania, zapojila všetkých, ktorých sa táto problematika týka, to znamená nielen dospelých s EBP, ale aj ich

rodičov alebo zákonných zástupcov, a odborníkov, ktorí im nejaký druh starostlivosti poskytujú (psychológov, psychiatrov, sociálnych pracovníkov).

Odpovede na naše otázky sme zisťovali pomocou dotazníkov, ktoré boli prostredníctvom spolupracujúcich poskytovateľov administrované rodičom/zákonným zástupcom a dospelým, ktorí po oboznámení sa s touto štúdiou súhlasili s účasťou na výskume. Oslovení boli tí, ktorí spĺňali vekové kritérium (10-16 roční dospelí), boli schopní porozumieť slovenskému jazyku a prišli do konkrétnej inštitúcie po prvý raz. Keďže sme sa v tejto štúdii zameriavali na proces a charakteristiky poskytovania starostlivosti z dlhodobého hľadiska, údaje sme zbierali vo viacerých fázach: v úvodnej fáze pri prvom stretnutí (T1 – Január 2017 až December 2018) a po troch mesiacoch (T2 – Apríl 2017 až Marec 2019). V Tabuľke 2 je možné vidieť počet dospelých, ich rodičov a poskytovateľov starostlivosti v prvej a druhej vlne zberu dát v jednotlivých vetvách starostlivosti a celkovo.

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

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

T1 – vstup do starostlivosti T2 – stav po 3 mesiacoch

2.3 Kvalitatívna štúdia Care4Youth

Potom, ako sme zmapovali systém starostlivosti o dospelých s EBP a identifikovali všetky inštitúcie a poskytovateľov starostlivosti, požiadali sme zástupcov všetkých spolupracujúcich inštitúcií na úrovni riadenia, ako aj na úrovni pomáhajúcich profesionálov, ktorí priamo pracujú s cieľovou klientelou, o rozhovor. Od mája 2017 do

novembra 2018 sme uskutočnili **25 rozhovorov so 49 pomáhajúcimi profesionálmi v 17 inštitúciách**. Aby sme zachytili pohľady rôznych odborníkov, v niektorých inštitúciách sme urobili aj viac ako jeden rozhovor. Z toho istého dôvodu sme sa zvlášť rozprávali so zástupcami vedenia spolupracujúcich inštitúcií.

Rozhovory s poskytovateľmi starostlivosti boli polo-štruktúrované, čo znamená, že okruhy otázok boli dopredu pripravené. Zároveň však bolo možné klásť doplňujúce otázky a podrobnejšie rozobrať aj ďalšie zaujímavé témy, ktoré sa počas rozhovorov objavovali. Prvá časť otázok sa týkala legislatívno-finančného rámca. Druhá časť otázok sa sústredila na samotnú prácu s klientmi. V záverečnej časti rozhovoru sme sa sústredili na prežívané bariéry v poskytovaní starostlivosti a pýtali sme sa tiež na to, ako by mala vyzerať optimálna starostlivosť.

Počet poskytovateľov starostlivosti podieľajúcich sa na rozhovoroch v jednotlivých vetvách starostlivosti je možné vidieť v Tabuľke 3.

Tabuľka 3. Počet poskytovateľov starostlivosti podieľajúcich sa na rozhovoroch v jednotlivých vetvách starostlivosti

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

3.

EMOCIONÁLNE A BEHAVIORÁLNE PROBLÉMY U DOSPIEVAJÚCICH

Emocionálne a behaviorálne problémy (EBP) zahŕňajú širokú škálu problémov prejavujúcich sa na rôznych úrovniach. Pri konkrétnejšom vymedzení týchto problémov je možné použiť dva spôsoby. Širší neklinický pohľad (Wadsworth a kol., 2001) definuje EBP na úrovni emócií (internalizované problémy) a na úrovni správania (externalizované problémy). Kým problémy spojené s emóciami sa dejú vo vnútri dospievajúcich, sú často skryté, nenápadné (napr. smútok, depresia, úzkostlivosť, ustráchanosť) a okolie si ich nemusí všimnúť, až kým sa ich intenzita nevystupňuje, problémy spojené so správaním sa naopak prejavujú navonok vo vzťahu k iným ľuďom či okoliu, čím je ich možné zachytiť už v počiatočnom štádiu (napr. bitky, záškoláctvo, šikanovanie, užívanie drog) (Jaspers, 2012). Napriek rôznym spôsobom prejavu je však obidve skupiny problémov vnímať s rovnakou dôležitosťou, nakoľko ich neskoré zachytenie a riešenie môže mať negatívny dopad na život jednotlivca až do dospelosti.

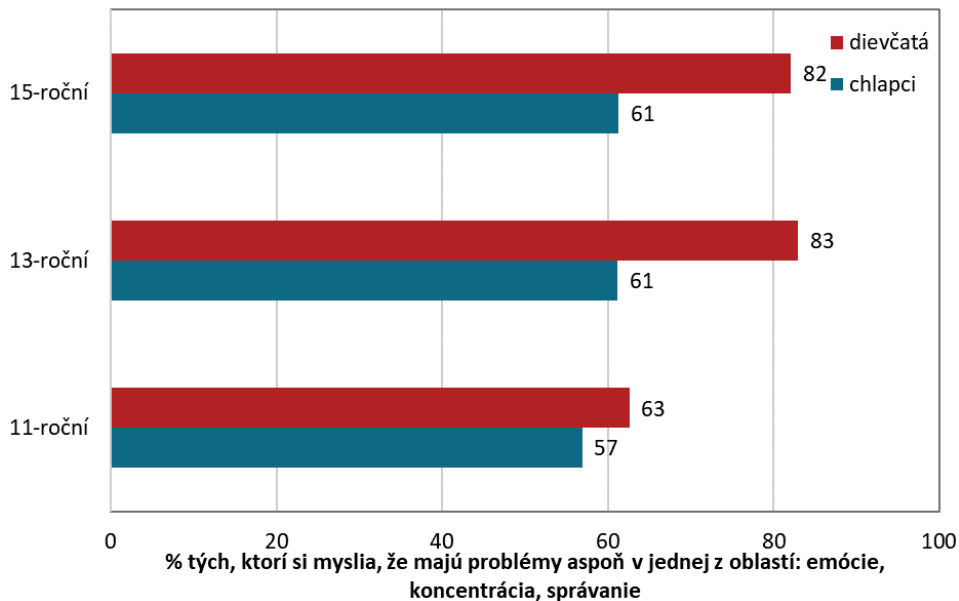
Klinický pohľad na EBP vychádza z dvoch klasifikácií, konkrétne z Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10) vydanjej Svetovou zdravotníckou organizáciou alebo z Diagnostického a štatistického manuálu duševných porúch (DSM-V) vydaného Americkou psychiatrickou asociáciou. V klasifikácii MKCH-10 sú EBP zaradené do skupiny F90-F98 ako „Poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania“, pričom tu môžeme zaradiť diagnózy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), hyperkinetické poruchy, poruchy správania, poruchy socializácie, zmiešané poruchy správania a emočné poruchy, emočné poruchy so začiatkom špecifickým pre detstvo, poruchy sociálneho fungovania so začiatkom špecifickým pre detstvo a dospievanie, tikové poruchy a iné poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania (World Health Organization, 2004). Klasifikácia DSM-V vníma EBP s obvyklým začiatkom v detstve a dospievaní ako súčasť duševných porúch v hlavných diagnostických skupinách, napríklad úzkostné poruchy,

depresívne poruchy, poruchy autistického spektra či poruchy s výbušnosťou, narušenou kontrolou impulzov a narušeným správaním sa, s cieľom zdôrazniť celoživotný vplyv a priebeh duševných porúch (Forgáčová, 2014).

Už pred obdobím pandémie COVID-19 bol výskyt EBP u dospelých na celom svete pomerne častý. Svetová zdravotnícka organizácia uvádza, že asi 28% dospelých vo veku 10-19 rokov mala diagnostikovanú duševnú poruchu, najčastejšie sa u starších dievčat vyskytovali úzkostné poruchy, u mladších chlapcov to boli skôr poruchy správania či pozornosti (World Health Organization, 2022). Aj ďalšie údaje národných štúdií naznačujú vysoký výskyt najmä emocionálnych problémov, napr. v Spojených štátoch približne 20% dospelých vo veku 12-17 rokov trpelo depresiou, a až 36% uvádzalo pocity smútku a beznádeje (Bitsko a kol., 2022). Pandémia COVID-19 však so sebou priniesla mnohé obavy a neistoty vo viacerých oblastiach života, ktoré spolu s reštrikčnými opatreniami mali za následok zhoršenie duševného zdravia, a to najmä v krajinách, ktoré táto pandémia zasiahla najviac (World Health Organization, 2022). Súčasné zistenia naznačujú, že dospelí najčastejšie bojovali s úzkosťou, depresiou, poruchami spánku alebo až s posttraumatickou stresovou poruchou, závislosťami či suicidálnym správaním (Hossain a kol., 2022). Navyše, v porovnaní s dospelými bola práve táto veková skupina najzraniteľnejšia a oveľa častejšie uvádzala pocity nervozity, obáv či symptómy depresie (United Nations Children´s Fund, 2021).

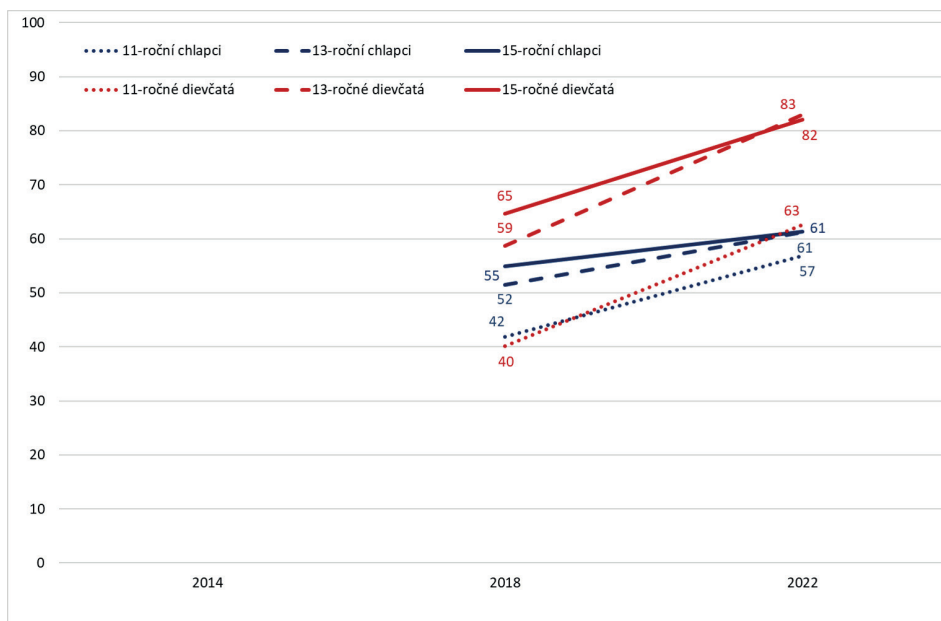
Situácia na Slovensku je vo výskyte EBP porovnateľná. Podľa **výsledkov našej národne reprezentatívnej štúdie HBSC**, ktorej časť bola venovaná oblasti EBP a poskytovania s tým súvisiacej odbornej starostlivosti, uskutočnenej v roku 2018, 40-65% školákov uvádzalo, že majú problém aspoň v jednej z oblastí (emócie, koncentrácia, správanie) a 10-13% školákov vo veku 11 rokov reportovalo problémy na úrovni emócií či správania vyžadujúce si odbornú pomoc. So zvyšujúcim sa vekom tento počet rástol najmä u dievčat, a vo veku 15 rokov to už bolo 20% dievčat (Madarasová Gecková, 2019). **Najnovšie zistenia HBSC štúdie realizovanej v roku 2022** potvrdili trend zhoršeného duševného zdravia na Slovensku. Výsledky poukazujú na to, že za posledné štyri roky došlo k významnému nárastu vnímaných problémov v oblasti emócií, správania či pozornosti (Obrázok 1 a Obrázok 2), špeciálne u dievčat, pričom približne jedno z piatich dievčat vo veku 15 rokov je ohrozené depresiou (22%) a tretina (32%) čelí miernej až silnej úzkosti alebo sa cíti osamelo (30%) (Dankulinová in Madarasová Gecková & Husárová Eds., 2023).

Obrázok 1. Výskyt problémov v oblasti emócií, koncentrácie a správania (v %)



Zdroj: Madarasová Gecková & Husárová (Eds.) 2023, s. 107.

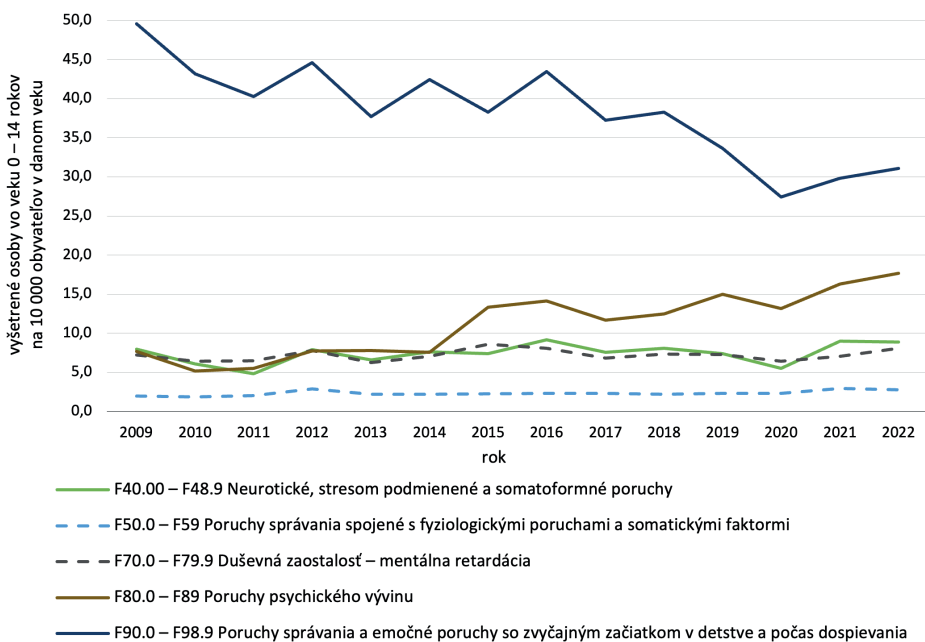
Obrázok 2. Subjektívne vnímané problémy v oblasti emócií, koncentrácie a správania - porovnanie 2018 vs. 2022 (v %)



Zdroj: Madarasová Gecková & Husárová (Eds.) 2023, s. 115.

Podľa Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI) patria diagnózy skupiny F90-F98 z dlhodobého hľadiska k najčastejšie objavujúcim sa diagnózam najmä u detí a dospelých vo veku 0-14 rokov (Národné Centrum Zdravotníckych Informácií, 2018). Tento trend potvrdzujú aj aktuálne údaje NCZI (2023) znázornené na Obrázku 3. V skupine detí a dospelých do 14 rokov boli podobne ako v predchádzajúcich rokoch aj v roku 2022 najčastejšou skupinou diagnóz zistenou prvýkrát v živote diagnózy skupiny F90.0 – F98.9 (47,1 % zo všetkých novodiagnostikovaných porúch v tejto vekovej kategórii). Vo vekovej skupine 15–19-ročných, bol zaznamenaný najväčší medziročný nárast nových pacientov (19,7 %). Najčastejšie zastúpenie mali neurotické, stresom podmienené a somatoformné poruchy.

Obrázok 3. Vyšetrené deti a dospelí vo veku 0-14 rokov podľa vybraných diagnóz - diagnóza zistená prvýkrát v živote v rokoch 2009-2022



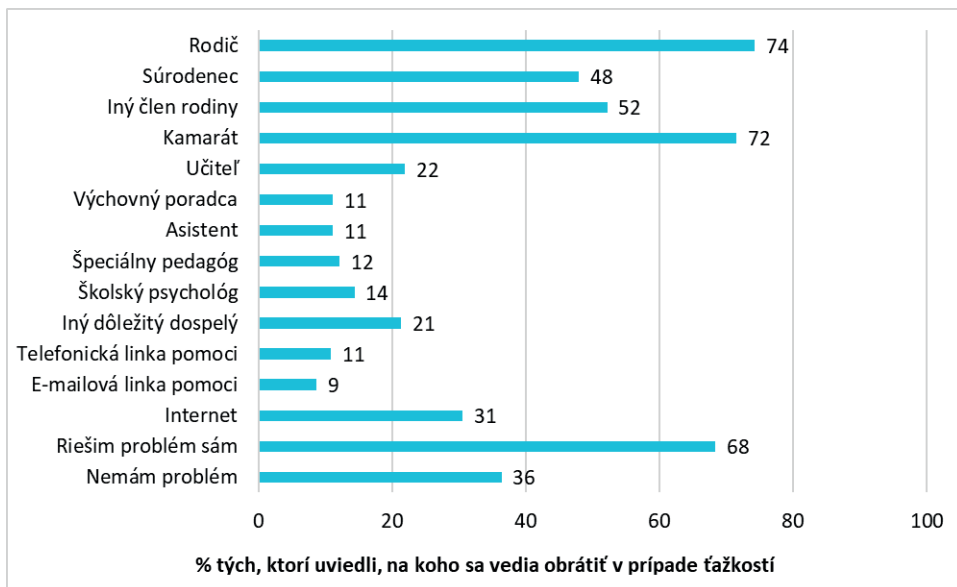
Zdroj: Národné centrum zdravotníckych informácií (2023). Psychiatrická starostlivosť v SR 2022.

Štúdia HBSC sa v roku 2022 zamerala aj na dospelých, ktorí sa na základe svojich problémov, či už na úrovni emócií alebo správania, dostanú do systému starostlivosti a sú v školskom prostredí z pohľadu legislatívy zaraďovaní do skupiny žiakov so

špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami (ŠVVP). Problematika žiakov so ŠVVP sa v školskom kontexte často zužuje na tvorbu stratégií a intervencií, ktoré majú zvýšiť ich školský výkon. Problémy v oblasti duševného zdravia týchto žiakov zvyknú byť pripisované samotnému zdravotnému znevýhodneniu alebo postihnutiu a opomínajú sa faktory prostredia, ktoré nie vždy rozumie ťažkostiam ich každodenného života. Podľa HBSC štúdie je výskyt zdravotných ťažkostí vyšší u starších dievčat, podobne ako u žiakov bez ŠVVP. Polovica chlapcov a mladších dievčat (45-55%), ale viac ako tri štvrtiny starších dievčat (78%), prežívalo dve alebo viac zdravotných ťažkostí viac ako raz do týždňa. Navyše, pätina mladších (21%) a tretina starších (27%) dievčat trpí nízkou mierou subjektívnej pohody a desatina je dokonca ohrozená prežívaním depresie. Menej ako 15% školákov a školáčok (10-15%) sa cítilo osamelo väčšinu času alebo vždy (Dubayová In Madarasová Gecková & Husárová Eds. 2023).

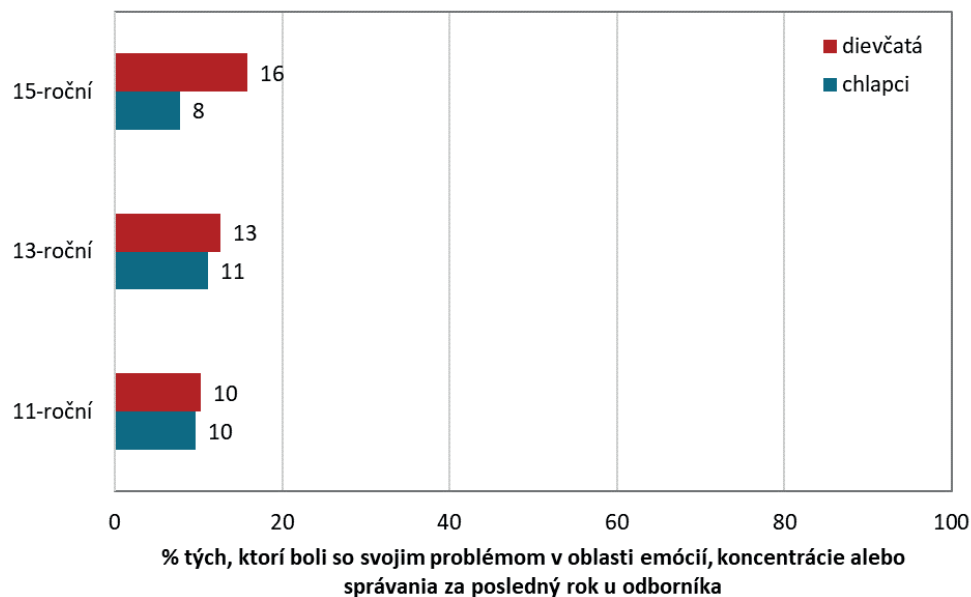
Štúdia HBSC (Madarasová Gecková & Husárová Eds. 2023) priniesla aj zaujímavé informácie o tom, kde dospievajúci hľadajú pomoc v prípade vyskytujúcich sa problémov (Obrázok 4). Mladí ľudia problémy najčastejšie riešia s rodičmi (74% z nich), s kamarátmi (72% z nich) alebo sami (68% z nich). Na súrodencov alebo iných členov rodiny sa obracia polovica školákov. Približne 20% hľadá pomoc u učiteľov alebo u iných dospelých osôb a tretina hľadá pomoc na internete. Odbornú pomoc u psychológa, špeciálneho pedagóga, psychiatra a pod. v uplynulom roku dostal približne každý desiaty dospievajúci. So svojim problémom v oblasti emócií, koncentrácie alebo správania bolo za posledný rok u odborníka približne 10% chlapcov a 10% až 16% dievčat (Obrázok 5).

Obrázok 4. Vyhľadávanie pomoci v prípade ťažkostí (v %)



Zdroj: Madarasová Gecková & Husárová (Eds.) 2023, s. 111.

Obrázok 5. Poskytnutá odborná pomoc v oblasti emócií, koncentrácie alebo správania (v %)



Zdroj: Madarasová Gecková & Husárová (Eds.) 2023, s. 112.

4.

SYSTÉM STAROSTLIVOSTI O DOSPIEVAJÚCICH S EBP NA SLOVENSKU

System starostlivosti o dospievajúcich s EBP na Slovensku zahŕňa viacerú inštitúcií poskytujúcich širokú škálu služieb v závislosti od povahy problému a spôsobu jeho riešenia. Štruktúru a organizáciu tohto systému, ako aj jeho fungovanie v praxi z pohľadu všetkých aktérov starostlivosti, vrátane dospievajúcich s EBP a ich rodičov, i samotných poskytovateľov, **zmapovala kvantitatívna prospektívna kohortová štúdia a kvalitatívna štúdia Care4Youth** (Dankulinová a kol., 2020).

Na základe toho, aké typy služieb a starostlivosti jednotlivé inštitúcie poskytujú, je ich možné rozdeliť do troch skupín, podrobnejší prehľad konkrétnych inštitúcií v jednotlivých skupinách je uvedený na Obrázku 6 (Dankulinová a kol., 2020; Macková, 2022):

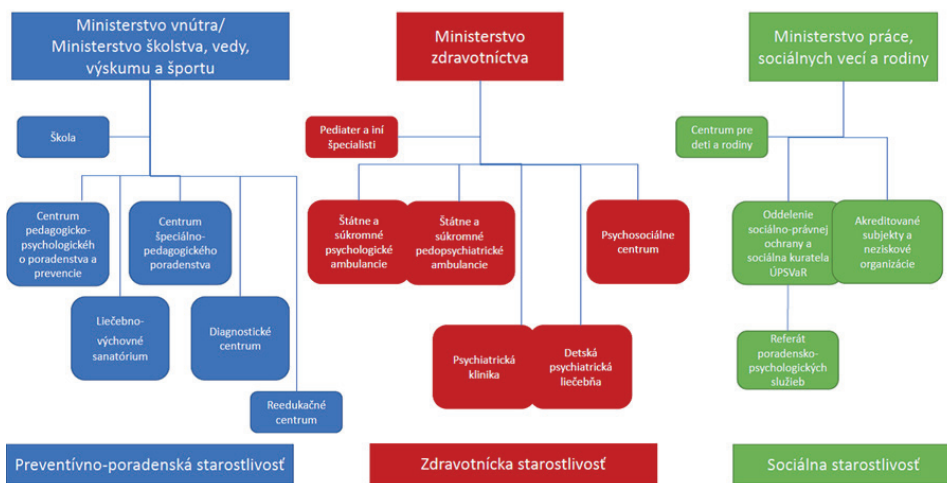
1. preventívno-poradenská starostlivosť – spadá primárne pod Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR a jej hlavnou úlohou je poskytovať komplexnú psychologickú a špeciálno-pedagogickú starostlivosť deťom a dospievajúcim od narodenia až po ukončenie strednej, prípadne vysokej školy. Klientmi však môžu byť aj rodičia, resp. zákonní zástupcovia týchto detí a dospievajúcich, v prípade potreby i pedagógovia, ktorí s nimi pracujú. Služby, ktoré sú poskytované inštitúciami patriacimi do tohto typu starostlivosti, zahŕňajú prevenciu sociálno-patologických javov, poradenstvo v osobnej, sociálnej i vzdelávacej oblasti, psychodiagnostiku a psychoterapiu. Ukázalo sa tiež, že škola ako inštitúcia má rovnako dôležité miesto v celom systéme starostlivosti, konkrétne v tomto type starostlivosti, keďže práve tu sa realizujú mnohé odporúčania odborníkov, ako aj niektoré aktivity zabezpečované odbornými zamestnancami školy, napr. školský psychológ, špeciálny pedagóg.

2. sociálna starostlivosť – patrí pod pôsobnosť Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR a zameriava sa primárne na prácu s dospievajúcimi, u ktorých je ohrozený alebo narušený ich vývin, prípadne je priamo ohrozené zdravie alebo život.

Starostlivosť je zameraná aj na rodinné prostredie, v ktorom sa dospievajúci nachádza, poskytovaním okrem psychologickéj pomoci a poradenstva v rôznych oblastiach života, aj konkrétna pomoc v krízových situáciách a závažných životných zmenách. V tomto type starostlivosti ide najčastejšie o poskytovanie krízovej intervencie a poradenstva, spolupráci pri sanácii rodín a ich zapojenie do rôznych výchovných a sociálnych programov.

3. zdravotnícka starostlivosť – je v pôsobnosti Ministerstva zdravotníctva SR a delí sa na ambulantnú a pobytovú formu. Ambulantná forma starostlivosti sa zameriava na diagnostiku a následné poskytnutie najvhodnejšej liečby či už medikamentóznou, terapeutickú a/alebo terapeutickú. Patria tu tiež zariadenia, tzv. psychosociálne centrá, ktoré zabezpečujú široké spektrum služieb od psychologických, psychiatrických či poradenských až po prevenciu a školenia. Klientmi sú pritom nielen deti, dospievajúci, ale i dospelí. Pobytová forma sa zameriava na riešenie akútneho stavu prostredníctvom hospitalizácie v zariadeniach na to určených, s poskytnutím špecializovanej liečebno-preventívnej starostlivosti.

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



Zdroj: Dankulincová a kol. 2020, s. 40.

Vo všeobecnosti je systém starostlivosti o dospievajúcich s EBP v Európe organizovaný rôzne v závislosti od krajiny a jej potrieb (Munday, 2003; Remschmidt & Belfer,

2005). Navyše, nie je vždy nastavený optimálne a viacerí autori uvádzajú rôzne typy bariér (Garland a kol., 2017; Nanninga a kol., 2016). Starostlivosť o týchto dospelujúcich často nie je rovnomerne rozdelená a výskumy naznačujú, že istá skupina dospelujúcich ani nikdy nedostane pomoc a starostlivosť, ktorú potrebuje (George a kol., 2018; Vasileva & Petermann, 2017). Podobná situácia je však aj na Slovensku. **Výsledky kvantitatívnej prospektívnej kohortovej štúdie Care4Youth** poukazujú na to, že asi 7% dospelujúcich vo veku 11 až 15 rokov, u ktorých boli identifikované EBP, sa v starostlivosti nachádza, no približne 6% z nich nedostáva žiadnu starostlivosť, a to aj napriek tomu, že u nich boli tieto problémy identifikované. Čo je viac závažné, až približne 27% dospelujúcich sa v nejakom type starostlivosti nachádza, napriek tomu, že sa u nich dané problémy nevyskytujú (Paclíková a kol., 2020).

4.1 Bariéry v systéme starostlivosti o dospelujúcich s EBP

Bariéry v systéme starostlivosti o dospelujúcich s EBP je možné identifikovať na niekoľkých úrovniach, a to nielen na strane systému samotného, ale aj na strane všetkých aktérov (poskytovateľov, rodičov, dospelujúcich) (Durbin a kol., 2006; Kringos a kol., 2010; Levesque a kol., 2013). **Na základe kvalitatívne štúdie Care4Youth** bolo na systémovej úrovni na Slovensku identifikovaných niekoľko hlavných bariér a nedostatkov, ktoré významne ovplyvňujú prácu jednotlivých inštitúcií. Ako bolo naznačené v predchádzajúcej časti, každý typ starostlivosti na Slovensku je v pôsobnosti iného rezortu, kvôli čomu sa na nich vzťahuje iná legislatíva aj financovanie. Tie určujú, akým spôsobom sú jednotlivé inštitúcie organizované, aké služby poskytujú a aké sú ich kompetencie. Podľa výpovedí samotných poskytovateľov sú však tieto rezorty nedostatočne prepojené a zosúladené, čo následne limituje prácu poskytovateľov. V prípade ak aj sú zavedené nejaké zmeny a úpravy, častokrát nie sú premyslené do takej úrovne, aby ich bolo možné realizovať v praxi, nie sú jasné, chýbajú konkrétne inštrukcie, čo vyvoláva nedôveru a neistotu poskytovateľov v danú transformáciu (Dankulinová a kol., 2020).

Zdroje a spôsoby financovania sú ďalšou bariérou významne vplyvajúcou na efektívne poskytovanie starostlivosti. Nedostatok financií, ich neefektívne prerozdelenie medzi jednotlivými rezortami, ale taktiež obmedzenia zo strany zdravotných poisťovní pri

preplácaní úkonov, sú problémom aj na Slovensku a zásadne ovplyvňujú to, aká, v akom rozsahu a komu je starostlivosť poskytovaná (Dankulinová a kol., 2020; Macková, 2022).

Multidisciplinárna spolupráca medzi rôznymi inštitúciami a jej koordinácia je jedným z dôležitých faktorov efektívneho poskytovania starostlivosti. Z pohľadu poskytovateľov však multidisciplinárny prístup nie je dostatočný a častá je paralelná a duplicitná starostlivosť. Jedným z dôvodov pritom môže byť práve nejasné zadefinovanie rolí a kompetencií, ale aj samotný prístup jednotlivých poskytovateľov k vzájomnej spolupráci. Významnú úlohu zohrávajú taktiež rodičia dospelujúcich s EBP, keďže sprostredkovanie a výmena informácií je realizovaná práve ich prostredníctvom, čo značne sťažuje spoluprácu medzi inštitúciami (Dankulinová a kol., 2020; Macková, 2022).

Pri zabezpečovaní účinnej a adekvátnej starostlivosti je kľúčovým faktorom zabezpečenie ďalšieho vzdelávania poskytovateľov a rozvoja zručností a schopností, ich metodického vedenia a supervízie. V praxi však boli identifikované viaceré nedostatky súvisiace s nízkou kvalitou vzdelávacích aktivít, nedostatkom praktického a zážitkového vzdelávania či ich finančná náročnosť. Téma supervízie však bola vnímaná rozporuplne. V niektorých typoch starostlivosti je povinná, prípadne sú poskytnuté možnosti na jej realizáciu, no v iných nie je bežnou súčasťou práce a navyše je vnímaná ako zbytočná a nepotrebná. V prípade metodického vedenia, podľa poskytovateľov starostlivosti, mnohokrát nie je dostatočné a nekorešponduje s realitou a potrebami vychádzajúcimi z praxe, čo vytvára mnohé nedorozumenia a napätia medzi inštitúciami (Dankulinová a kol., 2020).

Kvalitu poskytovanej starostlivosti na Slovensku negatívne ovplyvňuje aj nedostatok kapacít personálnych aj materiálnych, rovnako ako nedostatočná infraštruktúra a kapacita poskytovaných služieb. S tým úzko súvisí administratívna a byrokratická záťaž, ktorá v konečnom dôsledku ovplyvňuje časové možnosti poskytovateľov, a vedie k nutnosti selekcie klientov, čo sťažuje prístup klienta k pomoci, ktorú potrebuje. A to najmä v prípadoch, kedy je pravidelná a dlhodobá pomoc nielen dospelujúcemu s EBP prípadne jeho rodine, nevyhnutná. (Dankulinová a kol., 2020).

Včasná identifikácia EBP a následné použitie adekvátnych intervencií zohrávajú kľúčovú úlohu pri riešení týchto problémov. Preto je dôležité, aby jednotlivé inštitúcie a organizácie, ktoré prichádzajú do kontaktu s dospelujúcimi s EBP a poskytujú im

akýkoľvek typ starostlivosti, medzi sebou spolupracovali a spoločne sa podieľali na riešení problémov. Nie vždy je to však možné, čo v konečnom dôsledku má negatívny dopad na samotných dospelých.

5.

ÚLOHA POSKYTOVATELOV V SYSTÉME STAROSTLIVOSTI

Kvalitatívna štúdia Care4Youth priniesla aj množstvo zaujímavých poznatkov o úlohe samotných poskytovateľov v rámci existujúceho systému starostlivosti o dospievajúcich s EBP. Na základe uskutočnených rozhovorov sa ukázalo, že každý poskytovateľ v rámci konkrétnej vetvy starostlivosti pri svojej práci využíva rôzne prístupy, na základe ktorých si volí konkrétne stratégie práce, a ktoré mu pomáhajú pri identifikovaní sa s konkrétnou rolou v systéme. V princípe poskytovatelia využívajú vo svojej praxi deväť prístupov (diskurzov): biomedicínsky, biopsychosociálny, psychoterapeutický, behavioristický, humanistický, multidisciplinárny, ekonomický, diskurz inštitucionálnej starostlivosti a diskurz práv pacienta. Vychádzajúc z týchto prístupov sa poskytovatelia môžu identifikovať so šiestimi rolami, ktoré rozdelujeme do troch skupín (Macková, 2022):

1) roly súvisiace s priamou prácou s klientom:

expert – vychádza hneď z troch prístupov. Uplatňujúc biomedicínsky prístup, poskytovateľ vystupuje vo vzťahu ku klientovi z pozície **odborníka a authority**, ktorá má moc rozhodovať o klientovi a jeho liečbe bez zapojenia samotného klienta. Má dostatok vedomostí potrebných na stanovenie diagnózy a celého procesu starostlivosti. Tento prístup vedie tiež k objektivizácii a k vnímaniu klienta len prostredníctvom symptómov. V situácii, keď tento biomedicínsky prístup narazí na práva pacienta (nutnosť informovaného súhlasu rodiča so všetkými procesnými úkonmi, právo odmietnuť liečbu), dochádza k tomu, že poskytovateľ napriek svojej expertíze, nemôže rozhodnúť o ničom bez účasti a súhlasu rodiča, dostáva sa **do pozície bezmocnosti**. Oba prístupy sa objavujú najčastejšie v prostredí psychiatrie. Táto rola je tiež často spájaná so silnou potrebou kontinuálneho vzdelávania sa, zapájania sa do supervízií, psychoterapeutického výcviku, s cieľom neustáleho

zvyšovania svojej odbornosti vo svojom poli pôsobnosti. Uplatňovanie psycho-terapeutického prístupu sa najčastejšie deje v prostredí psychosociálneho centra alebo u psychológov.

diagnostik – podobne aj v tejto role sa uplatňuje biomedicínsky prístup, čo znamená, že poskytovateľ sa vníma ako **expert s dostatkom vedomostí** a schopnosť na stanovovanie diagnózy, využívaním rôznych psychodiagnostických metód. Takisto poskytovatelia v tejto roli uplatňujú prístup zdôrazňujúci, že pri stanovovaní diagnózy je potrebné zohľadňovať aj širší sociálny kontext dospievajúceho a zároveň ho vníma ako individualitu s vlastnými potrebami, a teda vzťah medzi poskytovateľom a klientom je viac-menej rovnocenný. Obidva prístupy využívajú psychológovia, či v prostredí psychiatrickej liečebne.

terapeut – aj v tejto role sa využíva niekoľko prístupov. Poskytovateľ uplatňujúci humanistický aj psychoterapeutický **prístup rešpektuje klienta**, vytvára s ním **rovnocenný vzťah** a pri stanovovaní intervencií vychádza z jeho individuálnych potrieb (psychológ, psychiatrická liečebňa). Niektorí poskytovatelia sa z pohľadu psycho-terapeutického prístupu identifikujú s **pozíciou ochrancu**, ktorý sa zo všetkých síl snaží klientovi pomôcť, často zaňho preberá zodpovednosť, aktívne sa angažuje v poskytovaní potrebnej pomoci a vníma ho ako zraniteľnú osobu, ktorá potrebuje ochranu (napr. psychosociálne centrá). Iní sa z **pozície detského psychoterapeuta** zase orientujú vyslovene len na dospievajúceho a jeho potreby, všetky intervencie sú zamerané výlučne naňho, úplne vylučuje spoluprácu s rodinou (napr. psychológ). V rámci tejto role sa využíva tiež prístup, kedy poskytovateľ **vystupuje z pozície autority a dominancie**, zameriava sa na zmenu a reguláciu správania, využívajúc pritom rôzne reštrikcie, prísny režim, ktorý musí klient dodržiavať (napr. psychiatria).

2) roly súvisiace so spoluprácou s inými profesionálmi:

spolupracovník mimo inštitúcie – v spolupráci s ostatnými inštitúciami poskytujúcimi starostlivosť, poskytovateľ využíva takisto viacero prístupov. Niektorí poskytovatelia vnímajú, že nemajú možnosť zdieľať informácie o dospievajúcom kvôli ochrane osobných údajov, čím sa dostávajú do situácie, v ktorej nemôžu v prípade

potreby konkrétne prípady konzultovať s inými kolegami-odborníkmi, čo ich dostáva do izolácie od ostatných, vystupujú **v pozícii individualistov** (napr. psychológ). Iní sa v rámci tejto role dostávajú do **pasívnej pozície**, kedy je spolupráca a komunikácia s inými odborníkmi len na formálnej úrovni, to znamená, dávajú alebo prijímajú formálne odporúčania práce s klientom, ale k hlbšej spolupráci medzi inštitúciami nedochádza. Navyše, je táto pozícia významne formovaná súhlasom rodičov so všetkými krokmi poskytovania starostlivosti, čo vedie často poskytovateľov k rezignácii i spomínanej pasivite. Využívaním multidisciplinárneho prístupu, sa poskytovatelia snažia o aktívnu spoluprácu s viacerými inštitúciami a odborníkmi, ktorí sa podieľajú na riešení problému dospievajúceho, spolu hľadajú čo najefektívnejší a najoptimálnejší postup práce s klientom. Vyším levelom aktívnej spolupráce je **prevzatie manažmentu** starostlivosti o klienta, **sieťovanie** a aktívna spolupráca pri stanovovaní diagnózy a následnej liečby (napr. psychosociálne centrá).

spolupracovník v rámci inštitúcie – v tejto role sú všetci poskytovatelia rovnocenní partneri, s jasne zadanými rolami, úzko spolupracujúci s cieľom optimalizovať jednotlivé postupy starostlivosti o klienta.

3) roly súvisiace s fungovaním inštitúcie:

obchodník – táto rola súvisí so všetkými **ekonomickými aktivitami**, ktoré musí poskytovateľ starostlivosti vykonávať, aby mohol zabezpečiť fungovania celej inštitúcie. Zameriavanie sa na marketingové stratégie a trávenie pracovného času ich realizáciou s cieľom získavania nových klientov predstavuje pre poskytovateľov určitú záťaž. Svoje úsilie musia totiž zameriavať na **propagáciu** zamerania a aktivít inštitúcie v rôznych prostrediach a kontextoch, aby sa mohli v konkurencii ostatných inštitúcií zviditeľniť (napr. psychosociálne centrá). V prípade, že poskytovateľ **pracuje tzv. „na voľnej nohe“**, je závislý na platbách od samotných klientov. Na jednej strane mu táto pozícia poskytuje určitú voľnosť v práci (napr. dĺžka liečby, frekvencia stretnutí), no zároveň to vedie k selekcii klientov na základe toho, kto si môže dovoliť uhradiť služby, čo vedie k tomu, že potrebná starostlivosť sa nedostane ku každému. Navyše, tento prístup vedie k veľkej rivalite medzi jednotlivými poskytovateľmi a vytvoreniu súťaživého prostredia vedúceho

k napätiu medzi nimi. Keďže sa duševné zdravie stalo významnou komoditou, poskytovateľ je často nútený do spolupráce s poisťovňami, čím sa dostáva do **závislej pozície**. To spôsobuje mnohé limity na strane výberu klientov, postupov liečby, jej frekvencie a dĺžky. Ak sa aj poskytovateľ snaží nájsť spôsob plnej úhrady zo strany poisťovne výmenou za iné limity, v prípade ich prekročenia, pracuje následne zadarmo.

5.1 Spolupráca a komunikácia medzi poskytovateľmi

Vzájomná spolupráca a komunikácia medzi poskytovateľmi spolupracujúcich inštitúcií podieľajúcich sa na starostlivosti o dospievajúceho s EBP sú kľúčovými faktormi poskytovania efektívnej a kvalitnej starostlivosti, z ktorej môžu benefitovať všetky strany, vrátane klientov, poskytovateľov i celého systému (Way a kol., 2000). Čím viac narastá počet dospievajúcich s EBP vstupujúcich do systému starostlivosti, tým je fungujúca spolupráca medzi inštitúciami dôležitejšia (Barkmann & Schulte-Markwort, 2012; Philipp a kol., 2018; Polaha a kol., 2011; Pidano a kol., 2018), keďže významne ovplyvňuje samotný proces poskytovania starostlivosti. Samotný dospievajúci sa pritom v systéme starostlivosti môže stretnúť s celým radom rôznych odborníkov v rôznych typoch inštitúcií, od pediatra, psychológa, učiteľa až po psychiatra, najmä keď problémy majú komorbidný charakter (Philipp a kol., 2018).

Podľa výsledkov kvantitatívnej prospektívnej kohortovej štúdie Care4Youth (Dankulincová a kol., 2020), približne štvrtina poskytovateľov uviedla, že počas prvých troch mesiacov poskytovania starostlivosti komunikovali aj s inými poskytovateľmi či inštitúciami, pričom túto komunikáciu hodnotili vo väčšine prípadov pozitívne. Zároveň uviedli, že ich dobrá spolupráca je založená najmä na existujúcich osobných väzbách, prípadne dobrej skúsenosti z predchádzajúcej spolupráce. Na druhej strane, však niektorí poskytovatelia mali skôr negatívnu skúsenosť, najmä ak do kontaktu so svojimi kolegami prichádzali skrze svojich klientov a navzájom sa nepoznali. Napriek tomu, že ich negatívne skúsenosti viedli skôr k nedôvere a opatrnosti, mnohí uznávajú dôležitosť práce aj iných inštitúcií, a preto vnímajú potrebu zlepšiť medzirezortné sieťovanie či koordinovanie a výmenu informácií.

V ďalšej časti sa zameriame na **zistenia kvalitatívnej štúdie Care4Youth**, ktoré sa týkajú foriem a hodnotenia spolupráce a komunikácie v systéme starostlivosti o dospelých s EBP na Slovensku, aké sú facilitátory, bariéry a návrhy na zlepšenie spolupráce a komunikácie z pohľadu poskytovateľov. Tieto zistenia sú podrobnejšie popísané v diplomovej práci (Odlerová, 2023).

5.2 Formy spolupráce a komunikácie medzi poskytovateľmi

Medzi poskytovateľmi sa vyskytli **všetky druhy komunikácie**: telefonická, osobná a najčastejšie práve písomná forma, a to naprieč všetkými vetvami starostlivosti ako súčasť povinnej administratívy. Častým dôvodom pre nadviazanie spolupráce je tiež odporúčanie a preposlanie dospelujúceho na iné odborné pracovisko z dôvodu špecializovania sa na určitý rozsah služieb. Po nadviazaní osobného kontaktu medzi poskytovateľmi, bola postačujúca mailová, prípadne telefonická komunikácia s cieľom zabezpečiť čo najefektívnejšie poskytnutie informácií alebo pomoci. Spolupráce a komunikácie sa zúčastňovali všetky inštitúcie v rámci všetkých typov starostlivosti, pričom dominantnú pozíciu zastávala predovšetkým kmeňová škola dospelujúceho s EBP.

A: Preventívno-poradenská vetva

Kľúčovými aktérmi spolupráce a komunikácie je škola a Centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie (CPPPaP). Úloha školy v systéme starostlivosti o dospelých s EBP je bližšie popísaná v kapitole 7. Vo všeobecnosti, významnosť školy spočíva v tom, že **poskytuje dôležité informácie** o dospelujúcom všetkým poskytovateľom v rámci celého systému starostlivosti, prípadne poskytuje priebežné informácie o jeho prograse v rámci nastavených opatrení. Skúsenosti sa pritom líšia podľa toho, či má škola k dispozícii školského psychológa, resp. podporný tím priamo na škole na celý čas alebo sú len externými zamestnancami prítomnými len obmedzene. Z pohľadu poskytovateľov sú akýmiisi „predĺženými rukami“ ostatných inštitúcií, pretože sú dôležitým kontaktným bodom a sprostredkovateľom komunikácie a spolupráce. Zároveň úzko spolupracuje s učiteľom pri prešetrovaní problému, a je tak schopný poskytnúť relevantné informácie ďalšiemu poskytovateľovi, ktorý do poskytnutia starostlivosti vstupuje. Poskytovatelia zo spolupracujúcich inštitúcií tak

môžu mať lepší dohľad nad konkrétnym žiakom a pomocou, ktorá mu je poskytovaná. Dôležité postavenie v rámci školy má triedny učiteľ, ktorý v prípade potreby a ak sa problém nedá riešiť iným spôsobom, iniciuje potrebnú starostlivosť.

CPPPaP často pôsobí ako medzičlánok v komunikácii medzi ostatnými inštitúciami a školou. Diagnostické správy a odporúčania na úpravu učebných plánov sú školou akceptované len zo spádovej poradne, ktorá je priradená ku konkrétnej škole. Okrem funkcie vypracovania diagnostických správ s výchovno-vzdelávacími odporúčaniami pre školy, CPPPaP sa zaujíma aj o spätnú väzbu zo školy ohľadne progresu dospievajúcich s EBP.

B: Sociálna vetva

V rámci sociálnej vetvy pokrývala veľkú časť práca Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny (ÚPSVaR) a neziskových organizácií. ÚPSVaR sa javí byť pomerne aktívnym článkom spolupráce a koordinácie starostlivosti pri riešení problémov rodiny. Ich úloha spočíva v koordinácii starostlivosti pri spoločnom stanovovaní cieľov medzi poskytovateľmi a nastavovaní plánu pomoci, ale i v nasmerovaní klienta a vyhľadávaní ďalšej potrebnej odbornej pomoci. V rámci spolupráce so školou prinášali informácie dôležité pre vysvetlenie správania žiakov v škole, čím sa predchádzalo nedorozumeniam. Mimo tohto sa Sociálno-právna ochrana detí a sociálna kuratela dostávala do kontaktu s inými poskytovateľmi pri sledovaní rodín, dohliadaní na proces liečby dieťaťa, a tiež v prípade potreby pri následnom koordinovaní umiestňovania dospievajúcich do spolupracujúcich inštitúcií. Táto časť ich práce prebiehala aj prostredníctvom osobného kontaktu, kedy kurátor navštevuje pobytové zariadenia a informuje sa o stave dospievajúcich. V konečnom dôsledku je dôležitou súčasťou spolupráce s ostatnými poskytovateľmi sieťovanie a dopĺňanie ponuky služieb pre klienta.

Neziskové organizácie taktiež pôsobia ako aktívne články spolupráce a komunikácie pri poskytovaní starostlivosti. Ich pole pôsobnosti sa vyznačuje predovšetkým sieťovaním ďalších inštitúcií a odborníkov, ktorých služby môžu byť pre klienta prínosné. To zahŕňa odporúčanie klientovi ďalšieho odborníka, jeho sprostredkovanie a naktaktovanie, prípadne zazmluvnenie. Neziskové organizácie dostávajú správy predovšetkým z ÚPSVaR. Po ich prijatí prechádzajú nastavené ciele a zvažujú ich efektívnosť a v prípade potreby plán starostlivosti a doposiaľ nastavené ciele upravujú podľa

aktuálneho stavu a potrieb klienta. Prijímanie správ neziskovou organizáciou teda nie je pasívne. Práve prostredníctvom prijímania správ do procesu aktívne vstupujú a angažujú sa.

C: Zdravotnícka vetva

V zdravotníckej vetve prebieha spolupráca a komunikácia medzi pedopsychiatrami a ďalšími odborníkmi rôznych inštitúcií v rámci ostatných vetiev starostlivosti (napr. psychológ, psychoterapeut, sociálny pracovník) vo forme informovania sa o pacientovi, získania názoru iného odborníka na aktuálny stav klienta, alebo odporúčania služieb, ktoré pedopsychiatri neposkytujú. Zároveň odporúčajú ďalšie možnosti pomoci a riešenia problémov pri zmene pobytovej formy starostlivosti na ambulantnú. Ak je sociálna situácia v rodine nepriaznivá, má právomoc tiež odporučiť kontrolu Sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately. V tomto prípade následne dochádza k aktívnej spolupráci medzi sociálnymi pracovníkmi a liečebným zariadením, v ktorom je dospelávajúci s EBP umiestnený, kedy sociálny pracovník sa aktívne zaujíma o dospelávajúceho, komunikuje priamo a osobne s poskytovateľmi starostlivosti v danej inštitúcii o jeho stave, prograse liečby a plánovanom ukončení.

Spolupráca a komunikácia medzi poskytovateľmi starostlivosti zo zdravotníckej vetvy a školou je nepriama a prebieha výhradne cez rodiča, resp. zákonného zástupcu vo forme odporúčaní. Poskytovatelia zo zdravotníckej vetvy nemôžu poselať správy priamo do školy, iba so súhlasom rodiča. V prípade, že rodič správu posunie škole, správa sa dostáva k špeciálnemu pedagógovi v CPPPaP, ktorý posúdi úpravu učebného plánu na základe diagnózy dospelávajúceho, a následne dáva usmernenie príslušnej škole.

D: Rodič

Aj keď rodič, resp. zákonný zástupca nie je vnímaný priamo ako poskytovateľ starostlivosti, v systéme starostlivosti zohráva dôležitú úlohu, keďže akákoľvek pomoc zo strany inštitúcií, vrátane školy, sa nesmie diať bez jeho súhlasu. Ako jediný môže poskytovať informácie, týkajúce sa zdravotného stavu dospelávajúceho, čím sa stáva kľúčovou osobou pri výmene informácií medzi inštitúciami, ktoré sú zapojené do starostlivosti, ale aj medzi inštitúciami a školou. V dôsledku toho je kontakt medzi poskytovateľmi častokrát nepriamy, nemajú možnosť o sebe vedieť. Viac o úlohe rodiča v systéme starostlivosti je uvedené v nasledujúcej kapitole 6.

5.3 Vnímaná úroveň spolupráce a komunikácie

Úroveň spolupráce a komunikácie je poskytovateľmi vnímaná rôzne. Časť z nich má prevažne pozitívne skúsenosti, no nájdu sa aj takí, ktorí vnímajú spoluprácu s inými poskytovateľmi viac negatívne, prípadne ako veľmi rozporuplnú.

Pozitívne hodnotenie spolupráce a komunikácie sa týka najmä ústretovej spolupráce medzi poskytovateľmi a akceptácie aj iného pohľadu a názoru na prácu s dospelým či riešenie jeho problémov. Poskytovanie spätnej väzby o konkrétnom klientovi taktiež prispievalo k tomu, aby vzájomnú komunikáciu vnímali v tom pozitívnejšom svetle. A častokrát aj napriek tomu, že sa osobne nikdy počas vzájomnej spolupráce nestretli. **Negatívne skúsenosti** so spoluprácou majú poskytovatelia vo všetkých vetvách starostlivosti. Dôvodom pre takéto hodnotenie je nespupráca pri výmene informácií, kedy poskytovatelia odovzdávajú ďalej len povrchné a základné informácie o stave klienta, prípadne informácie, ktoré by detailnejšie a viac do hĺbky opisovali klientovu situáciu absentujú. Dokonca poskytovatelia majú skúsenosť aj so zneužitím kontaktu s iným odborníkom na neadekvátne preverenie rodičov. **Nejednoznačná alebo rozporuplná skúsenosť** so spoluprácou je založená na individuálnom prístupe jednotlivých inštitúcií aj samotných poskytovateľov. Zahŕňa to individuálny prístup škôl k implementovaniu odporúčaní od inštitúcií podieľajúcich sa na starostlivosti, ale aj nejednotný prístup rôznych subjektov v rámci rovnakej vetvy starostlivosti.

5.4 Facilitátory efektívnej spolupráce a komunikácie

Aby bola spolupráca a komunikácia medzi inštitúciami i poskytovateľmi efektívna a umožňujúca poskytnutie adekvátnej starostlivosti a pomoci dospelým, samotní poskytovatelia hovoria o konkrétnych praktikách a spôsoboch práce, ktoré to umožňujú. **Osobné vzájomné poznanie sa** poskytovateľov a kontakty významne zjednodušuje a urýchľuje celý proces poskytovania pomoci, s vyššou pravdepodobnosťou sa dokážu rýchlejšie dostať k potrebným informáciám o klientovi, v prípade potreby ich vedú rýchlejšie posunúť k inému odborníkovi. Veľmi nápomocné je ak poskytovatelia vnímajú vzájomnú spoluprácu ako dôležitú, **nepodceňujú jej význam a snažia sa hľadať možnosti a spôsoby, ako sa spájať** za účelom jej koordinácie, **spoločne**

hľadajú riešenia problému dospievajúceho. Pokiaľ je to v prospech dospievajúceho, **rešpektovanie paralelne poskytovanej starostlivosti** rovnako napomáha efektívite spolupráce medzi inštitúciami, ktoré sa na tejto starostlivosti podieľajú. Samostatnú kategóriu tvorí **poskytovanie spätnej väzby** medzi poskytovateľmi. Ak začnú inštitúcie **riešiť problémy dospievajúceho včas** a informácie o jeho stave si vzájomne zdieľajú, prípadne v prípade potreby sú ochotní **poskytnúť dodatočné informácie**, významne to zlepšuje vzájomnú komunikáciu medzi poskytovateľmi a prispieva k adekvátnej pomoci. Z hľadiska možnosti zhodnotiť vhodnosť a efektívnosť navrhnutých opatrení a odporúčaní práce s dospievajúcim na škole, veľmi pomáha **poskytnutie spätnej väzby zo strany učiteľov**. Na základe toho je potom možné optimalizovať odporúčania a v prípade potreby navrhnúť adekvátnejšie spôsoby práce. Ideálnejšie je pritom ak komunikačným medzičlánkom je spádová CPPPaP, ktorá sa aktívne podieľa na spolupráci so všetkými spolupracujúcimi inštitúciami. Dôležitým facilitátorom je aj **zapojenie ďalších odborníkov**, ktorí môžu zjednodušiť prácu hlavných aktérov starostlivosti, napríklad pediater vie predpisovaním liekov znížiť zaťaženosť pedopsychiatrov, alebo školský psychológ má možnosti riešiť určité typy problémov priamo na škole, čím sa odbremení práca ostatných poskytovateľov. Z pohľadu poskytovateľov by práca mala byť rozdelená medzi jednotlivých aktérov podľa ich špecializácie, odbornosti či vzdelania.

5.5 Bariéry spolupráce a komunikácie

Vo všeobecnosti bariéry v spolupráci a komunikácii môžeme rozdeliť **na bariéry na strane aktéra starostlivosti, na strane nastavených procesov a na strane systému starostlivosti**.

Čo sa týka aktérov starostlivosti, najviac bariér súvisí s rodičom, resp. zákonným zástupcom, a tiež so školou. Obidve témy sú hlbšie a detailnejšie spracované v nasledujúcich kapitolách 6 a 7.

Vo všeobecnosti, **bariéry súvisiace s rodičom** sa týkajú najmä jeho (ne)súhlasu s rôznymi druhmi úkonov a intervencií, počnúc súhlasom pre vyšetrenie dieťaťa, cez súhlas so zdieľaním informácií medzi poskytovateľmi až po súhlas k liečbe alebo

k implementácii navrhnutých riešení odborníkom. Navyše, na zvážení a zodpovednosti rodiča je, aké úkony spojené s odhalením, alebo riešením problému dospievajúci podstúpi. Jeho aktivita, súčinnosť alebo pasivita, tiež ovplyvňuje presun informácií medzi poskytovateľmi. Ak dochádza k paralelnej starostlivosti, teda k situácii, kedy je dieťa v starostlivosti viacerých poskytovateľov, tak jediný spôsob, ako o sebe môžu navzájom vedieť je, ak im rodič túto informáciu poskytne. **Bariéry súvisiace so školou** obsahujú prekážky vnímané školou, ale aj bariéry, ktoré spolupracujúce inštitúcie vnímali zo strany školy. Medzi najvýraznejšie **bariéry vnímané školou** patrili obmedzenia pre získanie informácií o dospievajúcich, ktorých sprostredkovanie je závislé od rodiča, pričom škola nemá oficiálnu možnosť dostať sa ku všetkým relevantným informáciám aj od iných inštitúcií podieľajúcich sa na poskytovaní starostlivosti. Do tejto skupiny patria aj bariéry týkajúce sa školského psychológa a jeho (ne)stabilného postavenia na škole i obmedzených kompetencií. Vzhľadom na nedostatočné personálne kapacity na školách je komplikovaná aj spolupráca týkajúca sa implementácie odporúčaní na úpravu výchovno-vzdelávacích opatrení, ktoré často nereflektujú reálne potreby žiaka s EBP. Chýbajú tiež pravidelné stretnutia a konzultácie učiteľov s odbornými zamestnancami spolupracujúcich inštitúcií, ktoré by pomohli pri riešení konkrétnych problémov v rámci spolupráce učiteľ-žiak s EBP, ako aj pri zvyšovaní kompetencií učiteľov zvládať problémové situácie vo vyučovacom procese. Z pohľadu poskytovateľov je zase problematická implementácia na škole, ktorá k tomu zaujíma individuálny prístup, súvisiaci často s nízkou motiváciou učiteľov, či ich záujmom o spoluprácu, čo komplikuje komunikáciu so všetkými poskytovateľmi starostlivosti.

Bariéry na strane procesu tvoria najväčšiu časť a zahŕňajú bariéry týkajúce sa poskytovania informácií a týkajúce sa samotnej spolupráce a komunikácie.

Najväčší nedostatok vidia všetci poskytovatelia starostlivosti **v zdieľaní informácií o klientovi**. Školy často poukazujú na to, že odporúčania v správach poskytnuté spolupracujúcimi inštitúciami majú skôr všeobecný a vágny charakter, chýba v nich konkrétny postup, na základe ktorého by učiteľ vedel, ako má so žiakom pracovať. Tiež sa zdá, že metodologické postupy pre písanie správ z diagnostických vyšetrení nie sú použiteľné a aplikovateľné pre každodennú prax učiteľov a zamestnancov školy. Na druhej strane, poskytovatelia so spolupracujúcich inštitúcií vnímajú bariéry vo forme neúplnosti informácií zo strany školy, čo môže vyústiť do nesprávne stanovenej

diagnózy, alebo nesprávne identifikovaného problému žiaka s EBP. Problémom je, že neexistujú usmernenia súvisiace so spôsobom zdieľania informácií, a často je postavené na ochote poskytovateľa alebo na ochote samotného klienta. Stáva sa, že poskytovateľ starostlivosti sa dozvie o paralelne poskytovanej starostlivosti počas anamnestického rozhovoru. Poskytovatelia v sociálnej vetve starostlivosti vnímajú ako bariéru **rozdielny prístup k informáciám**, ak ide o kmeňového alebo nekmeňového sociálneho pracovníka, pretože všetka komunikácia musí prebiehať práve cez kmeňového zamestnanca. Taktiež je vo vzájomnej spolupráci **vnímaná aj nedôvera a nezdieľanie informácií** s inými poskytovateľmi, prípadne je **spätná väzba len obmedzene** poskytnutá alebo len ako formálna správa, napríklad o prospechu žiaka. V niektorých prípadoch spätná väzba chýba alebo je z pohľadu niektorých inštitúcií vnímaný nezáujem o jej poskytnutie. Problémom sú tiež časté zmeny v organizačných štruktúrach jednotlivých vetiev starostlivosti, najmä v prípade sociálnej vetvy, čo výrazne narúša **kontinuitu poskytovanej starostlivosti**, klient často býva presúvaný k inému poskytovateľovi napríklad z dôvodu skončenia projektu. V tejto súvislosti majú poskytovatelia skúsenosti aj s **odovzdaním klienta bez následnej spolupráce**, v extrémnych prípadoch aj so „**zbavovaním sa klienta**“ a **odmietnutím prijať** ho do starostlivosti v inej inštitúcii. Navyše, čím viac poskytovateľov do starostlivosti vstupuje, tým viac sa riešenie problému predlžuje.

V súvislosti s celkovým hodnotením spolupráce a komunikácie, je z pohľadu poskytovateľov, najmä zo sociálnej vetvy starostlivosti, problémom **vzájomná neprepojenosť** spolupráce medzi inštitúciami. Často preto narážajú len na **obmedzenú spoluprácu**, vzťahujúcu sa napríklad k diagnostike alebo inej izolovanej úlohe, prípadne na **jej úplné chýbanie**. Komunikáciu medzi poskytovateľmi obmedzujú aj **rozdielne názory na riešený problém** alebo **predsudky voči práci iných odborníkov**. Systém starostlivosti sa tak stáva viac fragmentovaným.

Bariéry spolupráce a komunikácie medzi inštitúciami **na strane systému a legislatívy** spočívajú najmä v **problematickej medzirezortnej spolupráce**. Systém starostlivosti tvoria inštitúcie, ktoré sa zodpovedajú štyrom rôznym ministerstvám – Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu, Ministerstvo zdravotníctva, Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny a Ministerstvo vnútra, pričom pre každý rezort platia odlišné zákony a usmernenia. Významný negatívny dopad na vzájomnú spoluprácu má tiež

byrokratická záťaž, ktorá vyplýva z nariadení konkrétneho ministerstva, čo poskytovateľov oberá o čas potrebný pre samotnú prácu s klientom. Navyše, ochrana osobných údajov vedie k problémom získavania a sprostredkovania informácií potrebných pre správne nastavenie starostlivosti o dospelujúceho.

Poskytovatelia v snahe čo najviac eliminovať vyššie spomenuté nedostatky a bariéry a ich negatívny dopad na spoluprácu a komunikáciu medzi poskytovateľmi, využívajú rôzne **kompenzačné stratégie**. Princípom všetkých týchto stratégií je proaktivita aj osobná angažovanosť a motivácia poskytovateľov i učiteľov pri sprostredkovaní komunikácie medzi školami a inštitúciami, v prípade potreby poskytnutie konzultácií školám, či iniciácii systémových zmien na základe spätnej väzby klientov.

5.6 Návrhy riešení nedostatkov spolupráce a komunikácie medzi inštitúciami

Návrhy riešenia existujúcich bariér z pohľadu poskytovateľov spočívajú v niekoľkých úrovniach. V prvom rade je dôležité zmeniť a zosúladiť určité systémové postupy, ktoré by spoluprácu a komunikáciu zefektívnil. Z toho dôvodu by **medzirezortná spolupráca mala byť užšia** a jednotlivé rezorty by mali spoločne prichádzať k riešeniam, ktoré by vychádzali z reálnych potrieb praxe a viedli k efektívnejšiemu poskytovaniu starostlivosti a celkovému vylepšeniu systému. Väčší dôraz by sa mal tiež klásť na **užšiu spoluprácu s pediatrami, resp. lekármi prvého kontaktu**, čo by uľahčilo a zjednodušilo zachytávanie dospelujúcich s EBP už v skorých štádiách, čím by sa im poskytla potrebná pomoc už na začiatku ich problémov. Veľkým prínosom by z pohľadu poskytovateľov tiež bolo ak **by vzájomne spolupracovali všetky inštitúcie**, ktoré sa či už **v minulosti alebo súčasnosti akokoľvek podieľali na riešení** problému dospelujúceho s cieľom efektívneho nastavenia plánu postupov starostlivosti. Riešením by mohlo byť aj **stanovenie jedného prípadne dvoch odborníkov**, ktorí by daného dospelujúceho sprevádzali v celom systéme starostlivosti, sieťovali ostatných odborníkov, ktorých starostlivosť by mohla byť pre dospelujúceho prospešná.

6.

ÚLOHA RODIČOV V SYSTÉME STAROSTLIVOSTI

Rodič, resp. zákonný zástupca, je jedným z kľúčových aktérov v rámci celého systému starostlivosti. Zohráva totiž dôležitú úlohu nielen pri identifikácii problémov, ale najmä pri ich následnom riešení a hľadaní možností pomoci. Vzhľadom na to, že rodič je z pohľadu zákona, zákonným zástupcom dospelávajúceho, akýkoľvek postup pri poskytovaní starostlivosti a implementácii následných odporúčaní sa nemôže diať bez jeho súhlasu. V princípe poskytovateľ starostlivosti má obmedzené možnosti a kompetencie, pokiaľ rodič nesúhlasí s jeho návrhmi a plánmi práce. Aby bolo možné poskytnúť adekvátnu pomoc dospelávúcemu, je dôležité, aby bol rodič motivovaný a ochotný spolupracovať a podieľať sa na starostlivosti. Z toho dôvodu sa poskytovatelia snažia nadviazať a budovať vzťah nielen so samotným dospelávúcim, ale aj jeho rodičmi, aktívne ho zapojiť a komunikovať s ním jednotlivé kroky, spoločne rozhodovať o najoptimálnejších stratégiách pomoci pre ich dieťa. Snažia sa vytvoriť dostatočne bezpečné miesto pre všetkých (Dankulinová a kol., 2020).

To, či rodič bude ochotný spolupracovať s poskytovateľmi starostlivosti, do akej miery bude ochotný zapojiť sa do procesu, však ovplyvňujú aj iné charakteristiky na strane rodiča. Súčasný výskum naznačuje, že nižší socioekonomický status rodiny, nižšia úroveň rodičovských zručností, či nižšia úroveň sociálnej opory súvisí s vyššou mierou vyhľadania pomoci a zapojenia sa do starostlivosti (Martinez & Lau, 2011; Nanninga a kol., 2015; Reijneveld a kol., 2014). Rovnako, ak majú samotní rodičia predchádzajúcu vlastnú skúsenosť či už s duševnými problémami alebo rovno aj so systémom starostlivosti, oveľa častejšie sú ochotní a naklonení spolupráci s poskytovateľmi a pomoc vyhľadajú (Jansen a kol., 2012; Janicke a kol., 2001).

Ako už bolo spomínané v kapitole 4, výsledky **kvantitatívnej prospektívnej kohortovej štúdie Care4Youth** uvádzajú, že na Slovensku máme približne štvrtinu

dospievajúcich, u ktorých neboli identifikované problémy na úrovni správania ani emócií, no napriek tomu sa v starostlivosti nachádzajú. Zároveň, asi 6% dospievajúcich tieto problémy má, ale v systéme starostlivosti sa nenachádza. To, či títo dospievajúci (ne)vstúpili do starostlivosti, je ovplyvnené určitými charakteristikami ich rodičov, vrátane socioekonomického statusu, úrovne stresu, rodičovských štýlov a vnímanej sociálnej opory. Zdá sa, že rodičia detí, ktorí napriek neprítomnosti EBP vyhľadali odborníkov a vstúpili tak do starostlivosti, sú skôr z nižšieho socioekonomického zázemia, zažívajú viac stresu, majú nižšiu mieru rodičovskej supervízie a monitorovania svojich detí a vnímajú nižšiu mieru opory zo strany rodiny. Dôvodov môže byť pritom niekoľko a sú buď na strane rodiča (osobnostné charakteristiky, súvisiace s rodičovstvom) alebo inštitúcie (zle identifikovaný zdroj problému). Či už je to nadmerné ochraňovanie a úzkosť rodičov, ktorí reagujú aj na najmenšie výkyvy v správaní či prežívaní svojho dieťaťa, zveličujú jeho problémy a snažia sa presunúť zodpovednosť za riešenie na systém, alebo zle identifikovaný problém, ktorý v princípe nie je o probléme dieťaťa ale skôr problémom rodiny ako takej. V niektorých prípadoch sa môžu duševné problémy rodičov odzrkadľovať v správaní a prežívaní ich detí, čo rodič vyhodnotí ako potrebu riešiť práve dieťa. Na druhej strane, v prípade dospievajúcich, ktorí EBP majú, ale sa v starostlivosti nenachádzajú, rodičia majú vyššiu mieru rodičovskej supervízie a monitorovania svojich detí. Títo rodičia majú zvyčajne rodičovské zručnosti na vyššej úrovni a sú schopní aj sami správne identifikovať problémy svojho dieťaťa už v počiatočných a začať ich adekvátne riešiť (Paclíková a kol., 2020).

Efektívne poskytovanie starostlivosti teda významne závisí od zapojenia rodiča do komunikácie a spolupráce s poskytovateľmi starostlivosti. Z ich pohľadu rodičia zohrávajú v procese starostlivosti štyri úlohy (Macková, 2022; Macková a kol., 2022):

1. Rodičia sú zdrojom problémov dospievajúcich
2. Rodičia sa snažia zbaviť zodpovednosti za problémy dospievajúcich
3. Rodičia sú aktívnou súčasťou poskytovania starostlivosti
4. Rodičia sú bariérou efektívnej starostlivosti

Jednotlivé úlohy, ktoré nám vyplynuli z analýzy rozhovorov z **kvalitatívnej štúdie Care4Youth** popíšeme bližšie v nasledujúcej časti.

6.1 Rodič ako zdroj problémov

Už počas stanovovania diagnózy sa často poskytovatelia stretávajú s tým, že na povrch vyplávajú rôzne skutočnosti, ktoré prinesú lepší vhľad do problémov dospievajúceho a ich príčin. Nepriaznivé rodinné prostredie a rodinné vzťahy sú podľa poskytovateľov jedným zo zdrojov vzniku EBP, ktoré sa stanú dôvodom pre vstup do starostlivosti. Negatívne skúsenosti v rodinách ako násilie v rodine, užívanie psychoaktívnych látok či rozvod rodičov, a najmä ich kumulácia, sú významným faktorom rodinného prostredia, ktoré majú negatívne dopady (Lacková Rebičová, 2021). Podobne, vlastné duševné problémy rodičov často vedú k tomu, že sú citlivejší voči vnímaniu svojho dieťaťa a iniciujú vstup do starostlivosti. Ďalším dôležitým faktorom, ktorý vedie k vzniku EBP vyžadujúcich si starostlivosť, sú rodičovské stratégie a výchovné štýly, ako napríklad nízka úroveň kontroly, chýbajúce pravidlá a hranice, prípadne submisivita rodiča a neschopnosť prevziať rolu autority. Všetko to narúša vzájomné vzťahy medzi rodičmi a ich deťmi, čo je v období dospievania, aj vzhľadom na vývinové zmeny a charakteristiky, rizikovým faktorom ovplyvňujúcim zdravý vývin.

6.2 Rodič presúva zodpovednosť za riešenie problémov na systém

V niektorých prípadoch nie sú rodičia schopní alebo ani ochotní prevziať starostlivosť o svoje dieťa a snažia sa ho umiestniť v niektorej inštitúcii, aj keď s tým samotný dospievajúci nesúhlasí. Dôvodov pre toto správanie môže byť hneď niekoľko, vrátane nevhodného rodinného prostredia a zázemia, až nedostatok zručností na zvládnutie starostlivosti o dospievajúceho s EBP. Navyše, sa poskytovatelia stretávajú aj s požiadavkami rodičov na veľmi rýchle a krátke riešenie, bez toho, aby museli do toho akýmkoľvek spôsobom vstupovať a spolupracovať na riešení problémov. V konečnom dôsledku vnímajú inštitúciu poskytujúcu starostlivosť ako miesto, kde si „dávajú svoje dieťa opraviť“.

6.3 Rodič ako aktívna súčasť starostlivosti

Ako už bolo spomenuté, rodič má kľúčovú úlohu v celom systéme starostlivosti, počnúc identifikáciou problémov a iniciovaním vstupu do starostlivosti, cez liečbu odborníkmi až po ukončenie starostlivosti. Rodičia majú rozhodovaciu právomoc, a na každý krok v procese starostlivosti je nutný ich súhlas, v prípade napríklad školy, je nutný dokonca konsenzus obidvoch rodičov. Rodičia, ktorí súhlasia s procesom starostlivosti aj s návrhmi poskytovateľov na riešenie problémov, sú často iniciatívni, snažia sa úzko spolupracovať už od začiatku starostlivosti pri stanovovaní cieľov, konzultujú s nimi, ako majú riešiť problematické situácie v domácom prostredí, ako si môžu zvýšiť svoje zručnosti a kompetencie pri výchove dospelujúceho s EBP, ako si majú s ním vytvoriť pozitívny vzťah. Aktívny a pozitívny prístup rodičov k poskytovateľom starostlivosti a celému procesu, následne zvyšuje adhérenciu aj samotných dospelujúcich.

6.4 Rodič ako bariéra starostlivosti

Tak ako môžu byť rodičia dôležitým facilitátorom efektívnej starostlivosti, tak môžu byť aj jej bariérou a to z niekoľkých dôvodov. V prvom rade sú rodičia dôležitým zdrojom informácií pre poskytovateľov starostlivosti, keďže vďaka nim je poskytovateľ schopný určiť, o aký problém ide a čo je jeho príčina, taktiež podávajú spätnú väzbu týkajúcu sa efektivity a úspešnosti opatrení, ktoré poskytovateľ navrhol. Často sa však stáva, že rodič zatajuje rôzne informácie, prípadne zavádza alebo až klame. Zároveň rodičia ovplyvňujú aj možnosť zdieľať informácie medzi poskytovateľmi navzájom. Všetky závery dostáva priamo rodič, a je len na ňom a jeho súhlase, či sa k nim dostane aj iný odborník, prípadne škola. Poskytovatelia tak nemajú možnosť napríklad zistiť, či sa dospelujúci paralelne nenachádza aj u iného odborníka. Ďalšie bariéry pramenia z neochoty rodiča priznať si svoj podiel na vzniku problémov u jeho dieťaťa a najmä z neochoty zmeniť to, čo k tejto situácii prispieva, a pracovať na sebe. Navyše, mnoho rodičov odmieta prijať fakt, že jeho dieťa má problém, ktorý si vyžaduje odbornú pomoc a dostáva sa do odporu, ktorý celý problém len zhoršuje. Nie sú totiž ochotní akceptovať a riadiť sa odporúčaniami odborníka a prijať jeho názor. Ak dôjde k výraznému nesúladu medzi odporúčaniami poskytovateľa a očakávaniami rodiča, častokrát to vedie k ukončeniu spolupráce a odchodu zo starostlivosti, prípadne si

rodič hľadá iného poskytovateľa, ktorý by mu mohol vyhovieť. Problémom je v niektorých prípadoch aj ekonomická situácia rodiny. Nie všetci rodičia si môžu dovoliť starostlivosť, ktorú by ich dieťa potrebovalo, pretože niektoré formy starostlivosti sú finančne náročné a poisťovne ich nepreplácajú. Prípadne si rodičia nechcú zobrať na svoje plecia takú finančnú záťaž, ktorá by mala negatívne finančné dopady. Pri rozhodovaní sa rodičia o vstupe do starostlivosti a zapojenie do riešenia problémov svojho dieťaťa aj odborníkov, zohráva úlohu aj stigma spojená s duševným zdravím a systémom starostlivosti.

7.

EMOCIONÁLNE A BEHAVIORÁLNE PROBLÉMY V ŠKOLSKOM PROSTREDÍ

V súvislosti s EBP rozpoznáva školský systém z pohľadu zákona žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami (zákon o výchove a vzdelávaní č. 245/2008 Z. z. (2008)). Do tejto skupiny radí žiakov, ktorých zdravotný stav, sociálne podmienky, jazykové schopnosti, nadanie, správanie, kognitívne schopnosti, motivácia, emocionalita, tvorivosť alebo zručnosti, vyžadujú poskytnutie podporného opatrenia vo výchove a vzdelávaní, určeného diagnostikou v zariadeniach poradenstva a prevencie. Konkrétne sa to týka žiakov so zdravotným znevýhodnením, žiakov so zdravotným postihnutím (žiak s mentálnym postihnutím, sluchovým postihnutím, zrakovým postihnutím, telesným postihnutím, s narušenou komunikačnou schopnosťou, s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami alebo s viacnásobným postihnutím), žiak chorý alebo zdravotne oslabený, žiak s vývinovými poruchami (žiak s poruchou aktivity a pozornosti; žiak s vývinovou poruchou učenia), žiak s poruchou správania, žiak zo sociálne znevýhodneného prostredia, ale tiež žiak s nadaním.

Na základe zistení prieskumu To dá rozum, realizovaného v rokoch 2016-2019 (Hall a kol., 2019), podiel žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v základných školách je na Slovensku štvrtý najvyšší v Európe, pričom najväčšie zastúpenie mali v školskom roku 2018/19 žiaci so zdravotným znevýhodnením (8,2% z celkovej populácie detí v MŠ, ZŠ a SŠ), potom žiaci so sociálne znevýhodneného prostredia (3,5%) a najmenší podiel na celkovej populácii detí a žiakov majú žiaci s nadaním (0,6%). Zastúpenie žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami pritom na rôznych stupňoch vzdelávania nie je rovnomerné. Navyše, za posledných 10 rokov tento počet narástol o viac ako tretinu, najviac v skupine žiakov s vývinovými poruchami učenia a v skupine žiakov s „iným“ typom špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb, tvorená do veľkej miery najmä deťmi s poruchou aktivity a pozornosti. Zároveň za posledné desaťročie došlo k viac než trojnásobnému zvýšeniu počtu detí s diagnostikovaným

autizmom. Istý pokles bol zaznamenaný v skupine žiakov s mentálnym postihnutím, no počet žiakov s ľahkým mentálnym postihnutím je stále dlhodobo vysoký a niekoľkonásobne prevyšuje štandardný výskyt tejto diagnózy v iných krajinách.

Na úrovni základných škôl má priznaný niektorý z typov špeciálnej výchovno-vzdelávacej potreby takmer pätina žiakov (najčastejšie mentálne postihnutie, vývinové poruchy učenia, ADHD, viacnásobné postihnutie, narušená komunikačná schopnosť). Napriek tomu nárok na podporu a individuálny prístup vo vzdelávaní nemajú všetky deti, ktoré by ich potrebovali, pretože do súčasných kategórií detí a žiakov so ŠVVP nespádajú. Táto štúdia tiež poukazuje na to, že súčasný koncept špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb má však viaceré limity. Tie pramenia najmä zo spôsobu, akým je definovaný v legislatíve, ale aj z toho, ako sa aplikuje v praxi. Často je totiž problém v uprednostňovaní zaradenia žiaka do nejakej „kategórie“ podľa diagnózy pred jeho individuálnymi potrebami, ktoré sa môžu aj v rámci jednej „kategórie“ líšiť. Navyše, súčasné nastavenie financovania školstva a so spresňujúcou diagnostikou, môžu nepriamo podporovať nadmernú diagnostiku v istých skupinách žiakov. Nedostatočné podmienky pre začlenenie žiakov s rôznymi potrebami do bežných škôl, vytvárajú tlak na začleňovanie do špeciálnych škôl, ktoré predstavujú oddelenú cestu vo vzdelávaní so skôr negatívnym dopadom (Hall a kol., 2019).

V poslednom období je téma zmeny nastavenia školského systému veľmi diskutovanou témou a hľadajú sa riešenia, ktoré by mali vyriešiť jednotlivé nedostatky až bariéry, ktoré sa aktuálne v systéme vyskytujú. Príkladom môže byť prijatie zákona č. 414/2021 Z.z., ktorý dopĺňa zákon o odborných a pedagogických zamestnancoch (č. 138/2019 Z.z.). Dôležitý je najmä § 84a, ktorý stanovuje za účelom inkluzívneho vzdelávania možnosť riaditeľom materských, základných a stredných škôl vytvoriť školský podporný tím. Zákon tiež upravuje úlohy tohto tímu, medzi ktoré patrí koordinácia inkluzívneho vzdelávania, spolupráca s ďalšími inštitúciami a zákonnými zástupcami pri podpore žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, poskytovanie poradenstva deťom i zákonným zástupcom, poskytovanie metodologickej podpory personálu školy a podieľanie sa na realizácii školského vzdelávacieho programu. Členmi takeého tímu môžu byť, nielen školskí špeciálni pedagógovia, ale i ďalší odborní pracovníci školy a pedagogickí pracovníci.

V ďalšej časti sa zameriame na **zistenia kvalitatívnej štúdie Care4Youth**, ktoré sa týkajú úlohy školy pri zachytávaní a riešení EBP u dospelujúcich, bariér a návrhov na riešenie nedostatkov na strane školy ako i na strane ostatných inštitúcií vo vzťahu ku škole, ktoré identifikovali poskytovatelia starostlivosti. Tieto zistenia sú podrobnejšie popísané v diplomovej práci (Kubelková, 2023).

7.1 Úloha školy v systéme starostlivosti o žiakov s EBP

Ako už bolo spomínané v kapitole 4, škola je kľúčovou súčasťou systému starostlivosti o dospelujúcich s EBP a z pohľadu poskytovateľov starostlivosti je vnímaná ako **autonómna inštitúcia**. Vzhľadom na to, že poskytuje starostlivosť o dospelujúcich každý deň, má jedinečnú **možnosť zachytiť a identifikovať problémy** medzi prvými. Najčastejšie sú to práve triedni učitelia, ktorí si dané problémy všimnú a následne sa ich snažia riešiť spolu s rodičmi, resp. zákonnými zástupcami dospelujúceho. Ak škola nemá možnosti a kompetencie dané problémy vyriešiť, so súhlasom rodiča (zákonného zástupcu) iniciujú vstup do starostlivosti. A platí to aj naopak. Ak najskôr zaznamenajú problémy rodičia, najčastejšie je to škola, na ktorú sa zvyknú obrátiť a hľadať pomoc (Dankulinová a kol., 2020). Včasná identifikácia problémov je z pohľadu efektivity a nákladov na starostlivosť veľmi dôležitá, keďže znižuje pravdepodobnosť prehľbovania daných problémov a ich dlhodobému riešeniu. Je to zároveň prostredie, v ktorom sa realizuje väčšina odporúčaní zo strany odborníkov z iných inštitúcií zo všetkých typov starostlivosti, ak si charakter problémov vyžadoval vstup dospelujúceho do systému starostlivosti. Škola je tiež dôležitým zdrojom informácií pre samotných poskytovateľov (Dankulinová a kol., 2020), na základe ktorých je následne možné nastaviť riešenie problému či liečbu. Podľa poskytovateľov je však problémom **individuálny prístup** škôl k dospelujúcim s EBP, ale aj ochota a **schopnosť riešiť problémy na vlastnej pôde**. Na jednej strane sú školy, ktoré majú záujem pomôcť týmto žiakom, napríklad podporou odborného tímu priamo na škole (školský psychológ, špeciálny pedagóg, asistent učiteľa). Na druhej strane sú však školy, ktoré majú tendenciu sa ich skôr zbavovať a presúvať v rámci systému inde.

7.1.1 UČITEĽ AKO AKTÉR POSKYTOVANIA STAROSTLIVOSTI

To, akým spôsobom škola pristupuje k dospievajúcim s EBP, závisí do veľkej miery aj od prístupu učiteľov, ich osobnej motivácie a ochoty zaujímať sa o dospievajúceho, u ktorého je buď podozrenie na prítomnosť EBP alebo už dané problémy diagnostikované má. Dôležitým nástrojom je pritom práve vzťah medzi učiteľom a daným žiakom. Ak učiteľ preukáže ochotu a snahu sa so žiakom rozprávať o jeho situácii či problémoch, prejaví mu dôveru a podporu, dokáže si vytvoriť vzťah, vďaka ktorému je možné s daným žiakom pracovať ďalej. V snahe lepšie porozumieť žiakovi s EBP a pomôcť mu tak pri riešení jeho problémov zohráva dôležitú úlohu aj osobná motivácia učiteľa zvyšovať si vzdelanie v tejto problematike a zvyšovať si tak kompetencie potrebné na poskytnutie adekvátnej starostlivosti. Významným faktorom v prostredí školy, ktorý dokáže pozitívne vplývať na vzťah žiak-učiteľ a dosiahnuť tak určité pokroky v riešení problémov žiaka, je podpora a rozvíjanie silných stránok a potenciálu, ktorý sa v žiakovi skrýva.

7.1.2 SPOLUPRÁCA RODIČA SO ŠKOLOU PRI POSKYTOVANÍ STAROSTLIVOSTI

To, akú starostlivosť a pomoc je škola schopná poskytovať žiakovi s EBP, závisí do veľkej miery od spolupráce a aktivity rodičov, resp. zákonných zástupcov (ďalej ako rodičia), ktorí ako jediní majú rozhodovaciu právomoc. Ako už bolo spomenuté vyššie, škola má možnosť identifikovať a riešiť problémy už od začiatku. V prípade, ak ich nie je možné riešiť na úrovni učiteľa a žiaka, zapojení sú aj rodičia, ktorí však zaujímajú rôzny prístup k riešeniu problémov svojho dieťaťa a reagujú individuálne. Na to, aby mohla škola začať akékoľvek kroky prispievajúce k riešeniu problémov, je nevyhnutný súhlas rodičov, či je to súhlas s poskytnutím informácií o danom žiakovi inštitúcii, ktorá sa má podieľať na starostlivosti, súhlas s vyšetrením dieťaťa, ale aj súhlas so sprostredkovaním záverov škole a následnou implementáciou odporúčaní. Súhlas však škola potrebuje od obidvoch rodičov, čo v prípade nejednotného vnímania problému, kedy jeden z rodičov zľahčuje alebo nesúhlasí s postupmi v rámci starostlivosti, je veľkým problémom a prekážkou pri poskytnutí potrebnej pomoci. Aktívne zapojenie sa aspoň jedného z rodičov má podľa doterajších zistení rozsiahlejšie a dlhodobejšie účinky liečby.

7.1.3 SPOLUPRÁCA INŠTITÚCIÍ PARTICIPUJÚCICH NA POSKYTOVANÍ STAROSTLIVOSTI SO ŠKOLOU

Ak škola nadviaže aktívnu spoluprácu s rodičmi žiaka, u ktorého je podozrenie na EBP, má možnosť obrátiť sa na akúkoľvek inštitúciu, ktorá by najlepšie vedela pomôcť pri riešení, čo podľa poskytovateľov starostlivosti školy čoraz častejšie využívajú. Pri úvodnom nadviazaní spolupráce sa inštitúcie snažia zapojiť samotné školy už pri identifikácii problému, stanoviť si spoločné ciele a zjednotiť očakávania. Slúžia tiež ako dobrý zdroj informácií o danom žiakovi, ale zohrávajú svoju úlohu aj pri sprostredkovaní informácií medzi inštitúciou a žiakom, resp. jeho rodičmi. Učiteľ je častokrát „komunikačným mostom“ medzi odborníkom a žiakom v prípade, ak je žiak nespolupracujúci alebo je spolupráca komplikovaná. Podobne aj inštitúcie niekedy plnia úlohu mediátora medzi žiakom/rodinou a školou. V konečnom dôsledku však celá spolupráca závisí od prístupu a ochoty školy, resp. učiteľov podieľať sa a spolupracovať pri riešení problémov žiaka dodržiavaním odporúčaní. Základ dobrej spolupráce vidia poskytovatelia najčastejšie v osobnej motivácii učiteľa. Často sa spolupráca obmedzuje len na administratívnu úroveň formou výmeny správ.

Úloha školy v celom systéme starostlivosti nie je jednoduchá a zahŕňa veľa faktorov zohrávajúcich kľúčovú úlohu pri zachytávaní problémov, ale aj pri ich riešení. V procese poskytovania potrebnej starostlivosti dospievajúcim s EBP boli identifikované bariéry jednak na strane školy, jednak na strane ostatných inštitúcií zapojených do tejto starostlivosti. Zároveň však jednotliví poskytovatelia starostlivosti v rámci štúdie Care4Youth, vrátane učiteľov, navrhli riešenia, ktoré by z ich pohľadu mohli dané bariéry eliminovať a prispieť tak k zefektívneniu poskytovanej pomoci.

7.2 Bariéry v poskytovaní starostlivosti v školskom kontexte

Systém starostlivosti o dospievajúcich s EBP tvorí široké spektrum inštitúcií i poskytovateľov, preto je dôležité, aby tento systém fungoval efektívne. Napriek tomu, boli poskytovateľmi identifikované určité nedostatky, bariéry, ktoré majú negatívny dopad na celý proces poskytovania starostlivosti, a tým pádom aj na samotného dospievajúceho. Môžeme ich rozdeliť na bariéry na strane školy a na bariéry na strane ostatných inštitúcií vo vzťahu ku škole.

7.2.1 BARIÉRY NA STRANE ŠKOLY

Velkým problémom je podľa učiteľov **nedostatočné odborné personálne zabezpečenie škôl**, v zmysle dostupnosti odborníkov, akým je školský psychológ, špeciálny pedagóg či asistent učiteľa. S tým úzko súvisí častá fluktuácia školských psychológov a nedostupnosť stáleho multidisciplinárneho tímu priamo na škole, ktorý by sa stal súčasťou školskej komunity a mal by tak možnosť sledovať žiakov v ich prirodzenom prostredí, čo by zefektívnilo poskytovanie potrebnej pomoci. V prípade potreby by bol k dispozícii aj samotným učiteľom, ktorý častokrát sami potrebujú odbornú radu v komplikovanejších situáciách a prípadoch.

S nedostatkom personálnych kapacít súvisia aj ďalšie **nedostačujúce až nevhodné podmienky na školách**, ktoré majú negatívny dopad na prácu s dospelujúcimi s EBP. Učitelia často musia riešiť problémové situácie bez podpory a dostatočných kompetencií, čo na nich vytvára veľký tlak a záťaž. V daných podmienkach školy totiž nemajú dostatok času a možností pre individuálny prístup k dospelujúcim s EBP, vrátane implementácie odporúčaní od spolupracujúcich inštitúcií. Celému procesu nepomáha ani nevyhovujúce fyzické prostredie a materiálne zabezpečenie, s ktorým majú aj v dnešnej dobe mnohé školské zariadenia problém. Systémové opatrenia, ktoré majú školy k dispozícii, ako napríklad napomenutia, znížené známky zo správania, sú vnímané z pohľadu učiteľov ako neefektívne a neúčinné.

Ako významná bariéra v poskytovaní potrebnej starostlivosti dospelujúcim s EBP v školskom prostredí bola identifikovaná **veľká rozmanitosť obsadenia v jednotlivých triedach**. Konkrétne je z pohľadu učiteľov v bežných triedach zastúpený vysoký počet žiakov so špeciálnymi potrebami, ktoré majú rôzny charakter a najmä rôzne potreby vyžadujúce si rozdielny prístup. V dôsledku toho potom takéto nerovnomerné zastúpenie žiakov negatívne vplýva na zabezpečenie vyučovacieho procesu a vzdelávanie. Keďže sa počet žiakov s EBP v bežných triedach neustále zvyšuje, súčasným trendom je **tlak na ich integráciu**, aj napriek tomu, že školy sú mnohokrát nepripravené, či už priestorovo a materiálne, alebo personálne.

Problematické zvládanie náporu zvyšujúceho sa počtu dospelujúcich s EBP na školy, úzko súvisí podľa poskytovateľov starostlivosti, vrátane samotných učiteľov, s **chýbajúcim metodickým vedením a usmernením práce**, ktoré by bolo v súlade

s potrebami učiteľov v praxi, a ich vzdelávanie v tejto problematike. Učiteľom chýbajú skúsenosti a znalosti nielen pre prácu s dospelými s EBP, ale aj zručnosti a skúsenosti s novou generáciou dospelých vo všeobecnosti, ktorá je odlišná a má iné potreby. Prípadný záujem učiteľov o dodatočné vzdelávanie sa v tejto problematike však významne naráža na byrokratické prekážky i na obmedzenú ponuku adekvátnych vzdelávacích aktivít, ktoré by viedli k rozšíreniu vedomostí a praktických zručností. Podľa poskytovateľov starostlivosti, s **nedostatkom potrebných skúseností** súvisí aj to, že školám často chýba komplexný pohľad na problém žiaka zohľadňujúci jeho prostredie, v ktorom žije. Navyše, ak má žiak za sebou pobyt v zariadení, dostáva nálepku „problémového žiaka“, ktorá mu komplikuje včlenenie sa naspäť do kolektívu. Chýbajúce skúsenosti s tým, ako pracovať so žiakom s EBP majú tiež školy s nižším výskytom týchto žiakov.

Prácu školy s dospelými s EBP často komplikuje **obmedzený prístup k informáciám** o danom žiakovi a **obmedzené možnosti riešenia jeho problémov**. Škola ako inštitúcia a tým pádom aj učitelia nemajú legálnu možnosť ako sa dostať k informáciám, týkajúcich sa napríklad výsledkov vyšetrení či odporúčaní poskytovateľov pracujúcich so žiakom s EBP, čo následne komplikuje prácu so žiakom vo vyučovacom procese. Učiteľom tiež chýbajú možnosti a právomoci na získavanie informácií o rodinnom zázemí žiaka, ktoré bývajú nápomocné pri vytváraní plánu práce a implementácii odporúčaní. Podobne im chýbajú kompetencie v prípade, ak si problémy konkrétneho žiaka vyžadujú spoluprácu s ďalšími inštitúciami.

7.2.2 BARIÉRY NA STRANE OSTATNÝCH INŠTITÚCIÍ VO VZŤAHU KU ŠKOLE

Vzťah ostatných inštitúcií patriacich do celkového systému starostlivosti o dospelých s EBP so školou je poznačený taktiež mnohými bariérami, ktoré komplikujú proces starostlivosti a pomoci. Na systémovej úrovni je veľkým problémom **neprepojenosť a netransparentnosť systému**. V dôsledku toho, že celý systém poskytovania starostlivosti nie je jasný a nie sú jasné kompetencie jednotlivých inštitúcií, dochádza k nepochopeniu a nedorozumeniam medzi školou a spolupracujúcimi inštitúciami. Podľa poskytovateľov má škola často iné predstavy a očakávania, ktoré nezodpovedajú

postupom a možnostiam inštitúcií. Tie, veľmi podobne ako školy, majú problém **s nedostatkom špecialistov a odborníkov** vo všetkých typoch starostlivosti. Navyše, tí, ktorí pracujú s dospievajúcimi, sú nadmieru vyťažení, čo spomaľuje celý proces.

Problémom je aj samotná **komunikácia** medzi školou a spolupracujúcimi inštitúciami. Výsledkom pracovnej zaťaženia inštitúcií dochádza k dlhej čakacej dobe pri výmene informácií, ktoré sú potrebné pre nastavenie práce so žiakom. Čím viac inštitúcií sa podieľa na starostlivosti, tým dlhšie škola musí na tieto informácie čakať. Obidve strany sa tiež sťažovali na chýbanie spätnej väzby, čo následne vedie k vzájomnému napätiu a nepochopeniu. Súvisieť s tým môže **tlak na byrokratické pravidlá**, ktoré je nevyhnutné dodržiavať pri akejkoľvek aktivite týkajúcej sa starostlivosti o žiaka s EBP. Zdĺhavá administratíva len zbytočne vedie k naťahovaniu celého procesu a tým aj k zníženiu jeho efektivity, čo má v konečnom dôsledku negatívny dopad len na samotného žiaka. Súčasťou tohto problému je nariadenie, že škola môže akceptovať odporúčania len z CPPPaP.

Poskytovatelia však v istých bodoch hodnotili **spoluprácu** so školou ako **problematickú** a komplikujúcu ich prácu so žiakom, najmä v prípade, ak škola neprejavovala záujem a ochotu spolupracovať na konkrétnom probléme a vyriešiť ho. Navyše, z ich pohľadu školy nevyužívajú dostatočne možnosti, ktoré majú, a problémom je aj neposkytovanie všetkých informácií potrebných k stanoveniu diagnózy, čo vyvoláva dojem zbavovania sa zodpovednosti za žiaka. S tým úzko súvisí aj **problematická implementácia odporúčaní** poskytovateľov, či už tým, že škola vôbec nedodržiava odporúčané postupy práce alebo nerešpektuje nastavený individuálny plán.

Aj pri identifikovaní bariér zohrávajú špeciálnu úlohu **rodičia**, resp. zákonní zástupcovia. V tomto prípade prácu poskytovateľov starostlivosti, vrátane učiteľov, komplikuje strach rodičov zo stigmatizácie a z toho, že jeho dieťa bude vylúčené alebo s ním nebude jednané férovou. S tým však súvisí aj nedostatok informácií o práci jednotlivých odborníkov, napríklad školského psychológa, čo vedie len k problematickej spolupráci. Viac o rodičoch ako o aktéroch starostlivosti je priblížené v predchádzajúcej kapitole 6.

7.3 Návrhy na zlepšenie systému starostlivosti na strane školy

Podľa poskytovateľov starostlivosti, ak sa majú odstrániť bariéry, resp. nedostatky **v školskom systéme**, nevyhnutné sú také **komplexné zmeny**, ktoré by reflektovali reálne potreby z praxe a boli naviazané na reálne možnosti. Na rovnakom systéme by mali byť vytvorené metodické opatrenia a postupy práce so žiakmi s EBP. Je preto nevyhnutné zapojiť všetkých, ktorí sa zapájajú do starostlivosti o týchto žiakov v prostredí školy, vrátane učiteľov a odborných zamestnancov pracujúcich na školách. Jednou z významných potrieb bolo **posilnenie právomoci školy**, ale aj učiteľov pri riešení problémov žiaka, napríklad v zmysle možnosti poslať žiaka na vyšetrenie, ak identifikuje vznik problému, alebo možnosť získať výsledky vyšetrení realizovaných v iných inštitúciách. Za dôležité tiež považovali zníženie počtu žiakov v triedach a nastavenie pravidiel či odporúčaní v prípade žiakov s EBP. S tým súvisí aj **jasné rozdelenie kompetencií medzi učiteľom a asistentom** s cieľom zvýšenia efektivity práce počas vyučovacieho procesu.

Vzhľadom na trend integrácie žiakov v bežných triedach, je z hľadiska poskytovateľov starostlivosti zavádzať **zmeny postupne, ak má byť integrácia úspešná**. Hlavné podmienky úspešnej integrácie sa pritom vzťahujú na nižší počet žiakov v triedach, nevyhnutnosť podporného tímu na škole a najmä dobré technicko-materiálne vybavenie školy, napríklad zavedenie relaxačných miestností.

Samostatnou a silnou potrebou je **dostatočné personálne zabezpečenie školy** a stála pozícia školského psychológa na plný úväzok. Aby bolo možné poskytovať adekvátnu a efektívnu starostlivosť žiakom s EBP, ktorá by viedla k rozvíjaniu potenciálu týchto detí a k ich ďalšej úspešnosti, je nevyhnutné, aby na každej škole fungoval multidisciplinárny tím zložený z rôznych odborníkov. Je pritom dôležité, aby každý člen tímu mal stabilný plný úväzok, ktorý by mu umožňoval pracovať so žiakmi priamo v prostredí školy a byť k dispozícii hneď, keď je to potrebné. Táto požiadavka sa vzťahuje na školského psychológa, ale potrebný je aj špeciálny pedagóg, ktorý má kľúčovú úlohu pri riešení problémov žiaka, ale aj pri implementácii odporúčaní zo spolupracujúcich inštitúcií. Veľmi dôležitá je potreba asistentov, ktorí by sa nachádzali v každej triede podľa potreby, no v prípade vysokého počtu integrovaných detí by veľkou pomocou bol aj dostatočný počet učiteľov so špecializovaným vzdelaním.

Čo sa týka pozície školského psychológa na škole, v súvislosti s jeho kompetenciami a možnosťami práce, nie je dostatočná. Stabilný úväzok na škole by ale vyriešil potrebu kontinuálnej práce so žiakmi, mohol by aktuálne reagovať na potreby konkrétneho žiaka, ale aj učiteľov, keďže má kľúčovú úlohu pri riešení problémov. Významnou požiadavkou, najmä zo strany učiteľov, je zvýšenie kompetencií, napríklad možnosť diagnostiky priamo na škole, čím by sa urýchlil proces zdieľania výsledkov a odporúčaní, v prípade potreby úprava odporúčaní v spolupráci s učiteľom. Dôležitá je tiež potreba zapájať školského psychológa do rôznych aktivít na škole, čo by bolo nápomocné napríklad pri odstraňovaní stigmy, týkajúcej sa práce psychológa, ale aj jednotlivých diagnóz.

Pre zabezpečenie efektívneho vyučovacieho procesu a poskytovania adekvátnej starostlivosti žiakom s EBP, je pre učiteľov dôležité ďalšie vzdelávanie a zvyšovanie odbornosti v problematike EBP nielen na teoretickej úrovni, ale najmä na tej praktickej. Záujem je pritom o vzdelávanie zamerané na prácu so žiakmi s EBP, ale aj na praktické zvládanie problémových až kritických situácií, ktoré sa v škole môžu vyskytnúť. S tým súvisí aj potreba a možnosť učiteľov konzultovať konkrétne prípady so psychológom, prípadne iným odborníkom, čo by stála prítomnosť multidisciplinárneho tímu vyriešila.

7.4 Návrhy na zlepšenie systému starostlivosti na strane ostatných inštitúcií vo vzťahu ku škole

Na riešení problémov žiakov s EBP sa podieľajú viacerí aktéri, okrem školy a učiteľov, sú to ďalší odborníci zo spolupracujúcich inštitúcií, ale i rodičia. Základom úspešnej spolupráce, ktorá by viedla k podpore žiakov s EBP, je **aktívna spolupráca všetkých participujúcich strán založená na vzájomnom rešpekte** a otvorená komunikácia pri riešení jednotlivých problémov. Veľkým prínosom by v tomto prípade boli pravidelné porady/konzultácie učiteľov a odborníkov zo spolupracujúcich inštitúcií, kde by bolo možné skonzultovať aktuálnu situáciu konkrétneho žiaka a následné postupy práce s ním. Navyše, z pohľadu poskytovateľov je dôležité, aby škola postupovala proaktívne v procese starostlivosti a v prípade problémov ihneď kontaktovala príslušnú inštitúciu či odborníka a iniciovala spoluprácu. Za dôležité pritom považuje poskytovanie spätnej väzby aj im, aby bolo možné zabezpečiť žiakovi tú najlepšiu starostlivosť.

8.

ZÁVER

Poznanie a pochopenie systému starostlivosti ako celku je z hľadiska efektívneho nastavenia procesov pri poskytovaní starostlivosti dospelým s EBP kľúčové. Len na základe identifikovania nedostatkov a potrieb všetkých aktérov starostlivosti (poskytovatelia starostlivosti, rodičia, škola) je možné navrhnúť odporúčania a riešenia, ktoré by zvýšili účinnosť systému starostlivosti.

Podľa poskytovateľov starostlivosti je jedným z veľkých problémov medzirezortná spolupráca, keďže inštitúcie sú riadené rôznymi ministerstvami, a tým sa na nich vzťahuje rozdielna, často meniacia sa legislatíva s rôznymi spôsobmi riadenia a financovania. Navyše, byrokratická záťaž kladená na poskytovateľov starostlivosti, ktorá vyplýva z aktuálne nastavených zákonov a nariadení, len predlžuje a spomaľuje celý proces starostlivosti. Aby bolo možné poskytovať čo najefektívnejšiu pomoc pri riešení problémov je dôležité v prvom rade zabezpečiť adekvátneho a najmä kontinuálneho financovania, ktoré by pomohlo zlepšiť pracovné podmienky z pohľadu materiálneho zabezpečenia i adekvátneho finančného ohodnotenia jednotlivých profesií zodpovedajúceho náročnosti vykonávanej práce. Rovnako zjednotenie a zosúladenie postupov práce jednotlivých inštitúcií vo všetkých vetvách starostlivosti spolu s jasným zadefinovaním kompetencií a úloh vychádzajúcich z reálnych potrieb praxe by mohlo pomôcť znížiť tlak na personálne aj inštitucionálne kapacity. Tým by mali poskytovatelia viac času pre svojich klientov a zvýšila by sa tak kvalita poskytovanej starostlivosti. Pre zlepšenie vzájomnej spolupráce a komunikácie medzi poskytovateľmi je tiež dôležité vytvorenie dostatočného priestoru pre užšiu medzirezortnú spoluprácu, sieťovanie a budovanie bližších vzťahov medzi poskytovateľmi, keďže práve osobné vzťahy uviedli samotní poskytovatelia ako významné facilitátory efektívnej spolupráce. Jednotné metodické vedenie vychádzajúce zo skúseností odborníkov z „prvej línie“ a postavené na reálnych možnostiach by významne pomohlo koordinácii spolupráce jednotlivých inštitúcií a postupov práce pri poskytovaní starostlivosti.

Kľúčovým aktérom starostlivosti o dospelých s EBP sú tiež rodičia, keďže na jednej strane sú to práve oni, kto iniciuje vstup do systému starostlivosti. Na druhej strane, celý proces poskytovania pomoci sa môže udiť len s ich súhlasom. V princípe zohrávajú rodičia v systéme starostlivosti rôzne úlohy, od aktívnej účasti na starostlivosti, kedy sa proaktívne zaujímajú o možnosti pomoci a podieľajú sa na jej poskytovaní, až po bariéry, ktoré bránia v efektívnom poskytovaní starostlivosti odborníkmi. Práve z toho dôvodu je dôležité vytvárať pre rodičov dostatočne bezpečný priestor, v ktorom by boli zapájaní do jednotlivých krokov v procese poskytovania starostlivosti, a zároveň by sa tak podporovala ich motivácia podieľať sa na pomoci svojim deťom. Dôraz by sa preto mal klásť na zvyšovanie povedomia rodičov o problematike EBP ale najmä o práci jednotlivých odborníkov či inštitúcií, aké sú ich roly a kompetencie, ale aj o systéme starostlivosti ako takom, aby sa odstránilo mnoho predsudkov, ktoré v konečnom dôsledku v mnohých prípadoch bránia poskytnutiu potrebnej pomoci. Prípadne práve kvôli predsudkom a stigmatizácii dochádza k tomu, že rodičia ani nechcú prijať fakt, že ich dieťa má problém, ktorý potrebuje riešiť, prípadne majú problém pomoc vôbec vyhľadať. Zároveň je tiež dôležité vzdelávanie a tréning samotných poskytovateľov v práci s rodinami, zahŕňajúce efektívne spôsoby komunikácie či nastavovanie intervencií, ktoré by viedli k úspešnej spolupráci s celou rodinou. Svoje miesto vo zvyšovaní odbornosti a zručností pri práci s problematickou rodinou by mali mať aj konzultácie medzi poskytovateľmi navzájom, kde by bolo možné vymeniť si skúsenosti a postupy s cieľom dosiahnuť čo najlepšiu spoluprácu s celou rodinou a zabezpečiť tak adekvátnu pomoc dospelému s EBP. V súvislosti s dostupnosťou adekvátnej starostlivosti je však dôležité nezabudnúť ani na ekonomický aspekt. Nie všetci rodičia si totiž môžu dovoliť uhradiť služby odborníkov, ktorí sú často závislí na priamych platbách svojich klientov, ak nechcú byť limitovaní pri poskytovaní služieb zo strany poisťovní. V tejto súvislosti je preto potrebné zvážiť nové spôsoby a možnosti financovania poskytovateľov a preplácania služieb v rámci zdravotného poistenia, ktoré by nevyžadovalo nálepku konkrétnej diagnózy.

Škola so svojim autonómnym postavením v rámci systému starostlivosti je ďalším dôležitým aktérom, keďže v tomto prostredí majú učitelia možnosť, samozrejme okrem rodičov, zachytiť a identifikovať problémy dospelého. Zároveň je to inštitúcia, kde sa implementuje väčšina odporúčaní odborníkov podieľajúcich sa na riešení

problémov. Pre zvýšenie efektivity poskytovanej starostlivosti sú nevyhnutné viaceré komplexné zmeny školského systému, ktoré by reflektovali reálne potreby jednak učiteľov ale i odborníkov, ktorí so školou spolupracujú. Jednou z najdôležitejších identifikovaných potrieb je potreba stabilného multidisciplinárneho tímu priamo na škole, zloženého z rôznych odborníkov (školský psychológ, špeciálny pedagóg, sociálny pedagóg, sociálny pracovník), ktorý by bol v každodennom kontakte so žiakmi s EBP v ich prirodzenom prostredí. Na to, aby bola starostlivosť úspešná je však dôležité aktívne zapojenie a spolupráca všetkých aktérov starostlivosti, vrátane školy aj spolupracujúcich inštitúcií. S tým súvisí potreba posilnenia právomoci školy, resp. učiteľov pri riešení problémov žiaka, napríklad v zmysle možnosti poslať ho na vyšetrenie, ak vznikne konkrétny problém, alebo možnosť získať výsledky vyšetrení realizovaných v iných inštitúciách. Riešením by však v tomto prípade bolo aj zväčšenie kompetencií, napr. školského psychológa, čím by sa znížil tlak na ostatné inštitúcie a skrátili by sa čakacie doby na vyšetrenie v inštitúciách. Pri zabezpečovaní adekvátnej a efektívnej starostlivosti na škole má dôležitú úlohu tiež zvyšovanie vzdelania a získavanie praktických zručností samotných učiteľov v rámci práce so žiakmi s EBP a zvládania krízových situácií, s ktorými sa často stretávajú. Možnosť konzultovať konkrétne problematické situácie s odborníkmi zo spolupracujúcich inštitúcií by pomohla na jednej strane podporiť kompetencie učiteľov, na druhej strane poskytovateľom starostlivosti nastaviť čo najvhodnejší postup práce s konkrétnym žiakom. V súvislosti so zvyšujúcim sa počtom žiakov s EBP, ktorí sú integrovaní v bežných triedach, je potrebné nastaviť podmienky na školách tak, aby bol zabezpečený vyučovací proces a vzdelávanie všetkých žiakov bez vytvárania tlaku a záťaže na učiteľov i samotných žiakov. To zahŕňa priestorové a materiálne zabezpečenie školy, ale aj personálne kapacity a zníženie počtu žiakov v rôznymi špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v bežných triedach.

Pri zbere a analýze zistení o fungovaní systému starostlivosti, ktoré sú prezentované v tejto publikácii je dôležité brať do úvahy niekoľko limitácií. V prvom rade, použité údaje a informácie boli získané najmä od poskytovateľov starostlivosti, a teda odborníkov zo všetkých vetiev starostlivosti, vrátane učiteľov, čo prináša poznatky len z jedného uhla pohľadu. Zaujímavý prínos by mohli mať skúsenosti ďalších aktérov, konkrétne rodičov dospievajúcich s EBP ako aj samotných dospievajúcich, zozbierané

prostredníctvom hĺbkových kvalitatívnych rozhovorov, tak ako to bolo uskutočnené v prípade poskytovateľov starostlivosti. Skúsenostiam so systémom starostlivosti rodičov a dospelujúcich s EBP sa už venuje ďalšia štúdia DIPEX, ktorá sa stala súčasťou projektu Care4Youth, a predstavuje ďalší krok v skúmaní systému starostlivosti ako celku.

Ďalšou limitáciou je aj fakt, že dáta boli zbierané v čase pred pandémiou COVID-19, kedy bol výskyt prvýkrát diagnostikovaných dospelujúcich s EBP nižší. Nižší bol teda i nápor na systém starostlivosti. Je však nutné dodať, že už vtedy sa systém poskytovanej starostlivosti ukázal ako nedostatočný a personálne poddimenzovaný. Z toho dôvodu je možné, že niektoré bariéry v spolupráci jednotlivých aktérov by sa pri zbere dát v súčasnosti mohli zmeniť alebo ukázať ako urgentnejšie vzhľadom na zvýšené nároky na starostlivosť. Navyše, počas obdobia zberu dát a prípravy jednotlivých výstupov došlo k určitým zmenám na systémovej úrovni, ako napríklad zavedenie inkluzívneho tímu na školách zloženého z rôznych odborníkov, čo môže viesť k miernym odchýlkam medzi informáciami prezentovanými v tejto publikácii a aktuálnym stavom v rámci systému. Každopádne účinnosť a efektívnosť týchto zavedených opatrení bude možné analyzovať a hodnotiť až v neskoršom období.

V neposlednom rade, napriek tomu, že výskyt prvozistených EBP je v súčasnosti vysoký, podľa NCZI má z dlhodobého hľadiska, a teda od roku 2009, klesajúcu tendenciu. V tomto prípade by bolo zaujímavé pozrieť sa bližšie aj na dôvody, prečo je tomu tak, a či je príčinou zlepšenie zdravia dospelujúcich alebo je to skôr výsledok neustálych zmien v legislatíve či v diagnostike a kritériách pri posudzovaní jednotlivých diagnóz, čo však následne znemožňuje monitorovanie zdravia dospelujúcich z dlhodobého hľadiska a následného nastavovania adekvátnej starostlivosti.

LITERATÚRA

Barkmann, C., & Schulte-Markwort, M. (2012). Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(3), 194–203.

Bitsko, R. H., Claussen, A. H., Lichstein, J., Black, L. I., Jones, S. E., Danielson, M. L., ... & Meyer, L. N. (2022). Mental health surveillance among children—United States, 2013–2019. *MMWR supplements*, 71(2), 1.

Dankulincová Z., Bosáková L., Filakovská D., Husárová D., Kopčáková J.: *Cesta labyrintom: Dospievajúci s emocionálnymi problémami a problémami v správaní v systéme starostlivosti*. Košice: Vydavateľstvo ŠafárikPress, 2020. ISBN 978-80-8152-921-4.

Dankulincová, Z. (2023). Duševné zdravie. In Madarasová Gecková, A. & Husárová, D. (Eds.), *Sociálne determinanty zdravia školákov: Národná správa o zdraví a so zdravím súvisiacom správaní 11-, 13-, a 15-ročných školákov na základe prieskumu uskutočneného v roku 2021/2022 v rámci medzinárodného projektu „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC)* (s. 99-117). Košice: Vydavateľstvo ŠafárikPress.

Dubayová, T. (2023). Školáci so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami. In Madarasová Gecková, A. & Husárová, D. (Eds.), *Sociálne determinanty zdravia školákov: Národná správa o zdraví a so zdravím súvisiacom správaní 11-, 13-, a 15-ročných školákov na základe prieskumu uskutočneného v roku 2021/2022 v rámci medzinárodného projektu „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC)* (s. 465-545). Košice: Vydavateľstvo ŠafárikPress.

Durbin, J., Goering, P., Streiner, D. L., & Pink, G. (2006). Does systems integration affect continuity of mental health care?. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33, 705-717.

Forgáčová, Ľ. (2014). Nové diagnózy v klasifikácii DSM-5. *Psychiatria pre prax*, 15(4), 140–142.

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

- George, M. W., Zaheer, I., Kern, L., & Evans, S. W. (2018). Mental health service use among adolescents experiencing emotional/behavioral problems and school impairment. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 26(2), 119-128.
- Hall, R., Dráľ, P., Fridrichová, P., Hapalová, M., Lukáč, S., Miškolci, J., Vančíková, K. (2019). *Analýza zistení o stave školstva na Slovensku: To dá rozum*. Bratislava: MESA10. Dostupné na <https://analyza.todarozum.sk>
- Hossain, M. M., Nesa, F., Das, J., Aggad, R., Tasnim, S., Bairwa, M., ... & Ramirez, G. (2022). Global burden of mental health problems among children and adolescents during COVID-19 pandemic: An umbrella review. *Psychiatry Research*, 114814.
- Janicke, D. M., Finney, J. W., & Riley, A. W. (2001). Children's health care use a prospective investigation of factors related to care-seeking. *Medical Care*, 990-1001.
- Jansen, D. E., Wieggersma, P., Ormel, J., Verhulst, F. C., Vollebergh, W. A., & Reijneveld, S. A. (2013). Need for mental health care in adolescents and its determinants: The TRAILS Study. *The European Journal of Public Health*, 23(2), 236-241.
- Jaspers, M., de Winter, A.F., Huisman, M., Verhulst, F.C., Ormel, J., Stewart, R.E., Reijneveld, S.A. (2012). Trajectories of psychosocial problems in adolescents predicted by findings from early well-child assessments. *Journal of Adolescent Health*, 51(5), 475-483.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., & Merikangas, K. R. (2001). Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1002-1014.
- Kringos, D. S., Boerma, W. G., Bourgueil, Y., Cartier, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., ... & Wilm, S. (2010). The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Family Practice*, 11, 1-8.
- Kubelková, T. (2023). *Škola a její role v systému péče o dospívající s emocionálními a behaviorálními problémy*. [Diplomová práce]. Univerzita Komenského v Bratislave.
- Lacková Rebičová, M. (2021). Adverse childhood experiences among adolescents with emotional and behavioural problems. [Dizertačná práca, University of Groningen]. University of Groningen. <https://doi.org/10.33612/diss.182037727>
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, 1-9.

Macková, J. (2022). *Families at risk and the role of the care system*. [Dizertačná práca, University of Groningen]. University of Groningen. <https://doi.org/10.33612/diss.198180262>

Mackova, J., Veselska, Z.D., Geckova, A.M., Jansen, D.E.M.C., van Dijk, J.P. & Reijneveld, S.A. (2022). The role of parents in the care for adolescents suffering from emotional and behavioral problems. *Frontiers in Psychology*, 13, 1049247. doi: 10.3389/fpsyg.2022.1049247

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

Madarasová Gecková, A. & Husárová, D. (Eds.), *Sociálne determinanty zdravia školákov: Národná správa o zdraví a so zdravím súvisiacom správaní 11-, 13-, a 15-ročných školákov na základe prieskumu uskutočneného v roku 2021/2022 v rámci medzinárodného projektu „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC)*. Košice: Vydavateľstvo ŠafárikPress.

Martinez, J. I., & Lau, A. S. (2011). Do social networks push families toward or away from youth mental health services?: A national study of families in child welfare. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 19(3), 169-181.

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

Munday, B. (2003). *European social services: A map of characteristics and trends*. Strasbourg, Council of Europe, 3(1).

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

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

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

Národné centrum zdravotníckych informácií (2023). *Psychiatrická starostlivosť v SR 2022*. Bratislava: Národné centrum zdravotníckych informácií.

Odlerová, A. (2023). *Spolupráca a komunikácia v systéme starostlivosti o dospievajúcich s emocionálnymi a behaviorálnymi problémami z pohľadu poskytovateľov starostlivosti*. [Diplomová práca]. Univerzita Komenského v Bratislave.

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

Paclikova, K., Dankulincova Veselska, Z., Madarasova Geckova, A., van Dijk, J.P., Reijneveld, S.A. (2020). Adolescent enrollment in psychosocial care: do parents make a difference? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 7066, doi: 10.3390/ijerph17197066.

Philipp, J., Zeiler, M., Waldherr, K., Truttmann, S., Dür, W., Karwautz, A. F., & Wagner, G. (2018). Prevalence of emotional and behavioral problems and subthreshold psychiatric disorders in Austrian adolescents and the need for prevention. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53, 1325-1337.

Pidano, A. E., Arora, P., Gipson, P. Y., Hudson, B. O., & Schellinger, K. B. (2018). Psychologists and Pediatricians in the Primary Care Sandbox: Communication is Key to Cooperative Play. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(1), 32– 42.

Polaha, J., Dalton, W. T., & Allen, S. (2011). The Prevalence of Emotional and Behavior Problems in Pediatric Primary Care Serving Rural Children. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(6), 652–660.

Reijneveld, S. A., Wiegersma, P. A., Ormel, J., Verhulst, F. C., Vollebergh, W. A., & Jansen, D. E. (2014). Adolescents' use of care for behavioral and emotional problems: types, trends, and determinants. *PLoS One*, 9(4), 93526.

Remschmidt, H., & Belfer, M. (2005). Mental health care for children and adolescents worldwide: a review. *World Psychiatry*, 4(3), 147.

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

United Nations Children's Fund. (2021). The Changing Childhood Project: A multigenerational, international survey on 21st century childhood. <https://www.unicef.org/globalinsight/media/2266/file/UNICEF-Global-Insight-Gallup-Changing-Childhood-Survey-Report-English-2021.pdf>

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

Wadsworth, M. E., Hudziak, J. J., Heath, A. C., & Achenbach, T. M. (2001). Latent class analysis of child behavior checklist anxiety/depression in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(1), 106-114.

Way, D., Jones, L., & Busing, N. (2000). *Implementation strategies: collaboration in primary care—family doctors & nurse practitioners delivering shared care*. Toronto: Ontario College of family physicians, 8.

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

World Health Organization. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf>

Zákon č. 245/2008 Z. z., zákon o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov (2008). <https://www.europskavzdelavacia.sk/dokumenty/legislativa/245-2008.pdf>

Zákon č. 414/2021 Z.z., zákon, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 138/2019 Z. z. o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch, § 84a. https://www.slovlex.sk/static/pdf/2021/414/ZZ_2021_414_20220101.pdf

KRUH SPOLUPRÁCE:

Úloha rodičov, poskytovateľov a školy v systéme starostlivosti o dospelujúcich s emocionálnymi a behaviorálnymi problémami

Autorka: Mgr. Daniela Husárová, PhD

Vydavateľ: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach
Vydavateľstvo ŠafárikPress

Rok vydania: 2023
Vydanie: prvé
Počet strán: 62
Rozsah: 3 AH
Náklad: 100 ks



ISBN 978-80-574-0253-4 (tlačená verzia)

ISBN 978-80-574-0279-4 (elektronická publikácia)



ISBN 978-80-574-0253-4



9 788057 402534