



Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek
Sekcia sestier pracujúcich v psychiatrii
Regionálna komora sestier a pôrodných asistentiek Brezno
Odborný liečebný ústav psychiatrický n.o. Predná Hora



„Nové trendy v liečbe a v starostlivosti o psychiatrického pacienta“

Zborník príspevkov z XVIII. Celoslovenskej konferencie sestier
pracujúcich v psychiatrii

27. máj. 2016

Odborný liečebný ústav psychiatrický n.o. Predná Hora



Editori:

PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.

Mgr. Darina Gešková

Recenzenti:

Mgr. Martina Dubovcová, PhD.

Rukopisy neprešli jazykovou úpravou. Za jazykovú stránku, obsahovú stránku a plnosť uvádzania literárnych zdrojov zodpovedajú autori príspevkov.

© Vydala Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, Amurská 71, Bratislava.

Rok vydania: 2016

ISBN: 978-80-89542-59-8

EAN: 9788089542598



OBSAH

ÚVOD	4
1 OD ZÁVISLOSTI K ABSTINENCII.....	5
2 SEKCIA SESTIER PRACUJÚCICH V PSYCHIATRII- NÁSTROJ ROZVOJA PSYCHIATRICKÉHO OŠETROVATELSTVA V SR?.....	10
3 PACIENT Z POHĽADU SESTRY V MULTIKULTÚRNOM OŠETROVATELSTVE.....	14
4 PSYCHIATRICKÉ OŠETROVATELSTVO V PROCESSE ZMIEN.....	20
5 ADHD V DOSPELOSTI.....	26
6 SOCIÁLNA FÓBIA Z POHĽADU KBT.....	31
7 TRANSSEXUALITA.....	35
8 SUPERVÍZIA.....	43
9 VPLYV MEDIKALIZÁCIE NA SPOLOČNOSŤ.....	49
10 EMOCIONÁLNE A SOCIÁLNE NARUŠENÉ DETI A ICH INFORMOVANOSŤ O DROGOVÝCH ZÁVISLOSTIACH.....	55
11 DIAGNOSTIKA MARKEROV ALKOHOLIZMU V OLÚP N.O. PREDNÁ HORA ...	60
12 MONITOROVANIE, HODNOTENIE A VÝSKUM EFEKTÍVNOSTI LIEČBY ZÁVISLOSTI v SR, ČR, PL.....	63
ABSTRAKTY	69
1 HODNOTENIE STAROSTLIVOSTI OČAMI PACIENTOV V DENNOM PSYCHIATRICKOM STACIONÁRI.....	70
2 JE PSYCHIATRIA HLADKÉ LÔŽKO ?.....	71



ÚVOD

Celoslovenské konferencie sestier pracujúcich v psychiatrii SKSaPA sú tradíciou výmeny odborných vedomostí a poznatkov z praxe. Ošetrovateľská starostlivosť o pacientov s duševným ochorením vyžaduje komplexný prístup k pacientovi založený na jedinečnosti, špecifických vedomostiach, zručnostiach a osobnostných predpokladoch.

S postupným odhaľovaním príčin duševných chorôb, spoznávaním vzájomných vzťahov medzi rôznymi chorobnými procesmi, ako i s významným skvalitnením liečebných metód v psychiatrii sa vyvíjalo a napreduje aj psychiatrické ošetrovateľstvo. Rola sestry sa postupne mení od plnenia ordinácií lekára k roli manažérky, edukátorky, advokátky a v neposlednej rade aj nositeľky zmien. Tieto skutočnosti nás podmieňujú k vzdelávaniu a k zvyšovaniu nielen odborných vedomostí, ale aj osobnostnému rastu a emocionálnej inteligencii.

V zborníku sú publikované príspevky autorov, ktorí vystúpili v rámci odborného programu XVIII. Celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v psychiatrii, konanej 27. mája. 2016 v Odbornom liečebnom ústave n.o. Predná Hora. Témy boli obsahovo zamerané na oblasť psychiatrického ošetrovateľstva v procese zmien, prevencie a liečby drogovej závislosti a nových trendov v liečbe a starostlivosti o psychiatrického pacienta. Celkovo bolo odprezentovaných 15 príspevkov. Významnosť tohto podujatia podčiarkuje aj záujem o účasť psychiatrických sestier z mnohých zdravotníckych zariadení, ktoré svojimi príspevkami približujú špecifiká v poskytovaní psychiatrickej starostlivosti pacientom s duševným ochorením v ich regióne.

Editori



1 OD ZÁVISLOSTI K ABSTINENCII

Úloha sestry v terapeutickom procese v OLÚP, n.o. Predná Hora

Hajdúková Marianna, Gešková Darina

Odborný liečebný ústav psychiatrický, n.o. Predná Hora

Súhrn

Problematika závislosti látkových a nelátkových je v súčasnej dobe celosvetovým problémom. Ide o komplexné ochorenie, ktoré mení ľudské správanie, myslenie i prežívanie. Ochorenie je o to závažnejšie, že zasiahne nielen závislého, ale aj blízkych ľudí v jeho okolí. Má veľa dimenzií, narúša rôzne aspekty v živote človeka, preto aj liečba tejto choroby nie je jednoduchá. Prvým krokom k zmene situácie je odvykacia liečba závislého, ako aj kroky vedúce k uzdraveniu ostatných členov rodiny. OLÚP, n.o. Predná Hora - špecializovaná nemocnica je poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v oblasti liečby závislostí všetkých druhov a liečby psychických porúch. Účinné programy liečby závislosti zahŕňajú rôzne liečebné, psychologické - psychoterapeutické a ošetrovateľské postupy, ktoré smerujú k dosiahnutiu abstinencie u závislých klientov a k ich doliečovaniu.

Kľúčové slová: Doliečovanie. Psychoterapeutický proces. Závislosť.

Profil spoločnosti

Odborný liečebný ústav psychiatrický, n.o. Predná Hora sa nachádza v historickej budove bývalého bulharského cára Ferdinanda Coburga (1861-1948), ktorú plánoval užívať ako svoje zimné sídlo. Po jeho smrti sa objekt z poverenia Ministerstva zdravotníctva prebudoval na tuberkulózne sanatórium a v roku 1952 zahájil svoju činnosť. Zmena nastala v roku 1972 reprofilizáciou tuberkulózne liečebne na protialkoholickú liečebňu s celoslovenskou pôsobnosťou, ako aj zahájenie liečby pacientov aj s inými látkovými závislosťami (lieková toxikománia, inhalácia prchavých rozpúšťadiel, kombinované závislosti). V roku 1995 vzniklo špecializované pracovisko pre liečbu závislostí od tvrdých drog a patologického hráčstva a v roku 2000 otvára sa špecializované pracovisko Centrum pre liečbu drogových závislostí a pre liečbu



závislostí od ilegálných drog. Významným medzníkom bola transformácia organizácie zo štátnej na neziskovú v roku 2005 a v roku 2006 získanie certifikátu manažérstva kvality.

Hlavná činnosť

Základným poslaním OLÚP, n.o. Predná Hora je poskytovanie zdravotnej starostlivosti v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti v odboroch psychiatria a medicína drogových závislostí a v rámci ambulantnej zdravotnej starostlivosti v odboroch psychiatria, medicína drogových závislostí, klinická psychológia, dopravná psychológia. Súčasťou je aj zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v odboroch klinická biochémia s hematologickým úsekom, klinická mikrobiológia, fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, ako aj oddelenie liečebnej výživy a stravovania. V rámci celoslovenskej pôsobnosti poskytujeme dobrovoľné alebo súdom nariadené ochranné liečenie. Doba trvania ústavnej liečby je v našom zariadení pre látkové, nelátkové a kombinované závislosti 3 mesiace. Spoločnou prácou a úspechmi chceme v poskytovaní služieb zvyšovať kvalitu života našich klientov. Poskytujeme komplexnú lekársku, psychologickú a psychoterapeutickú a ošetrovateľskú starostlivosť.

Sestra v psychoterapeutickom procese

Sestra je súčasťou terapeutického tímu a participuje v procese uzdravovania. Poskytuje nielen komplexnú psychiatrickú ošetrovateľskú starostlivosť ale zúčastňuje sa aj v procese psychoterapie. Cieľom úseku ošetrovateľstva pre rok 2016 v OLÚP, n.o. Predná Hora je zvýšiť efektívnosť spoluúčasti sestier v terapeutickom procese. Pre skvalitnenie priebehu liečby vo vzťahu sestra - klient sme vytvorili pracovnú pozíciu **sestry manažérky** ošetrovateľskej starostlivosti na každom oddelení, zadefinovali sme jej kompetencie, vrátane kompetencie koterapeuta.



Jej činnosti zahŕňajú:

- príprava terapeutického programu pre pacientov,
- účasť na psychoterapii so psychológom,
- vedenie tematických skupín,
- realizácia psychohier,
- realizácia edukačných skupín so zameraním na informovanosť na začiatku a pri ukončení liečby,
- účasť v riadení procesov v OLÚP, n.o. Predná Hora,
- účasť na supervízii a intervízií so psychológom.

Liečebný program v OLÚP, n.o. Predná Hora je vypracovaný na celostnom prístupe v liečbe. Poskytuje kombináciu liečebných, behaviorálne - terapeutických a ošetrovateľských prístupov, tak aby boli naplnené potreby individuálneho pacienta. Sestra sa oboznamuje s psychoterapiou už počas adaptačného procesu. Zúčastňuje sa racionálnej, protistresovej, antidepresívnej skupiny, nácviku zručností v asertivite a cravingu, zapája sa do tvorby harmonogramu terapeutických aktivít, vykonáva náhradnú psychoterapeutickú aktivitu (skupina so sestrou), zúčastňuje sa ranných terapeutických sedení, spolupodieľa sa v oblasti prevencie a liečby závislostí, pripravuje si prednášky pre študentov, publikuje a vedie klientov k aktívnemu a zmysluplnému využívaniu voľného času.

Doliečovanie

Je proces, ktorý potrebuje čas, aktívny prístup k dosiahnutiu a udržania zdravia a je nevyhnutnou súčasťou fungovania abstínujúceho jedinca. Preto aj spoločným cieľom doliečovacích programov v OLÚP, n.o. Predná Hora je prepojiť obdobie po ukončení ústavnej liečby závislostí s prechodom späť do normálneho života. Našou snahou je, aby klient si udržal zmeny v životnom štýle a chovaní nadobudnutých v liečbe a upevňoval abstinenciu. Pomocou a oporou pri tejto zmene môže byť iba funkčná rodina, ktorá sa sama zbaví spoluzávislosti.



Doliečovacie programy v OLÚP, n.o. Predná Hora zahŕňajú:

- ambulantnú psychiatrickú a psychologickú starostlivosť.

A počas ústavnej zdravotnej starostlivosti:

- rodinnú terapiu v komplexnej liečbe pacienta,
- posilňovacie liečby,
- kluby abstinujúcich v OLÚP, n.o. Predná Hora,
- besedy so skupinami AA, NA, AL-ANON,
- resocializačné skupiny,
- edukácie o doliečovaní.

Do procesu doliečovania sú zapojené aj sestry. Poskytujú klientom základné informácie o doliečovaní a resocializácii. Pravidelne jedenkrát v týždni u novoprijatých klientov a v 11. týždni u klientov pred odchodom z liečby sestra edukuje o význame doliečovania, podrobne rozoberá doliečovacie programy, informuje o kluboch abstinujúcich na Slovensku a o ich poslaní, vysvetľuje princípy programu 12 krokov a fungovanie svojpomocných skupín. Zdôrazňuje význam resocializácie a poskytuje zoznam akreditovaných resocializačných zariadení. V budúcnosti plánujeme pre našich klientov pripraviť brožúry o Doliečovaní a Kartyčky prvej pomoci.

Plány do budúcnosti

Nové výzvy dnešnej doby prinášajú nové problémy, ale aj nové riešenia. Víziou OLÚP, n.o. Predná Hora je spoločnou prácou a úspechmi v poskytovaní služieb zvyšovať kvalitu života pacientov, klientov, ako aj zamestnancov. Riadenie ľudských zdrojov v ústave je zamerané na neustály rozvoj pracovných schopností a neustále zlepšovanie využitia ľudských zdrojov v starostlivosti o našich klientov. Zvyšovať kvalitu poskytovaných služieb chceme aj podporou informovanosti odbornej aj širokej verejnosti o závislostnej problematike, prostredníctvom vydávania odborných publikácií, metodických materiálov, audiovizuálnych pomôcok, výmenou odborných skúseností v oblasti prevencie závislostí, podporovať programy Národnej protidrogovej stratégie SR na obdobie 2013-2020.



Záver

Pri príležitosti 10. výročia OLÚP, n.o. Predná Hora predstavujeme nové modernejšie logo. Symbolizuje okrem stability, serióznosti, spoľahlivosti, tradícií, skúseností a kvality predovšetkým nadčasovosť a pokrok v poskytovaných službách klientom. Dominantným prvkom grafického symbolu budovy sú nikdy nekončiace línie, ktoré poukazujú na otvorenosť smerom k budúcnosti. Poukazujú na pripravenosť našej organizácie včasne, flexibilne a adekvátne reagovať na nové trendy, neustále zmeny v oblasti liečby závislostí ako aj na individuálne potreby našich klientov. Nekončiace línie sú zároveň aj symbolom abstinencie, ktorú chápeme ako nikdy nekončiaci celoživotný proces v živote abstínujúceho.



Zoznam bibliografických odkazov

OLÚP, n.o. Predná Hora: 2015, Výročná správa

Kontaktné údaje:

PhDr. Marianna Hajdúková

OLÚP, n.o. Predná Hora

Muráň 2

marianna.hajdukova@olup-prednahora.sk

Mgr. Darina Gešková

OLÚP, n.o. Predná Hora

Muráň 2

darina.geškova@olup-prednahora.sk



2 SEKCIA SESTIER PRACUJÚCICH V PSYCHIATRII- NÁSTROJ ROZVOJA PSYCHIATRICKÉHO OŠETROVATEĽSTVA V SR?

Tatiana Hrindová

Predsedníčka Sekcie sestier pracujúcich v psychiatrii SK SaPA

Abstrakt

Príspevok sa venuje predstaveniu hlavných činností a cieľov Sekcie sestier pracujúcich v psychiatrii SK SaPA. Rozvoj medzinárodnej spolupráce v rámci psychiatrického ošetrovateľstva umožňuje prenášať získané informácie do praxe, čo môže významne ovplyvniť rozvoj psychiatrického ošetrovateľstva v SR.

Kľúčové slová: Sekcia sestier pracujúcich v psychiatrii. SK SaPA. Medzinárodná spolupráca. Psychiatrické ošetrovateľstvo.

Sekcia sestier pracujúcich v psychiatrii SK S a P a je jednou zo 18 odborných sekcií SK S a PA. Členovia SK Sa PA, ktorí pracujú v psychiatrickom ošetrovateľstve, sa prostredníctvom členstva v Sekcii môžu aktívne zapájať do činností, ktorých hlavným cieľom je zviditeľňovať psychiatrické ošetrovateľstvo v rámci odbornej, ale aj laickej verejnosti, rozvíjať medzinárodnú spoluprácu v rámci psychiatrického ošetrovateľstva a v neposlednom rade odbornými podujatiami prispievať k rozvoju psychiatrického ošetrovateľstva.

V pravidelných štvorročných intervaloch je volený výbor Sekcie sestier v psychiatrii. V súčasnosti pracuje v zložení: predseda PhDr. Tatiana Hrindová, PhD., členovia: Mgr. Martina Dubovcová, PhD., Mgr. Darina Gešková, Mgr. Júlia Molnárová, PhDr. Katarína Samecová. Tento výbor bol zvolený v r. 2015 počas konania 1. vedeckého sympózia odborníkov pracujúcich v psychiatrii, ktorý sa konal v Košiciach.

Sekcia sestier pracujúcich v psychiatrii je organizátorom každoročných Celoslovenských odborných konferencií. Obsahom konferencií sú odborné témy týkajúce sa ošetrovateľstva v psychiatrii, ale aj otázky týkajúce sa stigmatizácie, alternatívnych techník a rozvoja spolupráce s patientskymi a inými občianskymi



združeniami. Prezentačné vlastné skúsenosti na odborných podujatiach umožňujú zdôrazňovať význam duševného zdravia, ale aj význam sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti pacientom s duševným ochorením. Výstupy z týchto odborných podujatí sú publikované v zborníkoch, odborných periodikách a taktiež na stránke SK S a PA.

Význam medzinárodnej spolupráce v súčasnosti je jedným z dôležitých činiteľov pre rozvoj a prenos informácií. Z tohto dôvodu sa výbor Sekcie sestier pracujúcich v psychiatrii zameriaval na rozvíjanie medzinárodnej spolupráce v oblasti psychiatrického ošetrovateľstva. HORATIO je európska asociácia psychiatrických sestier. Členstvom v HORATIO sa nám vytvorili možnosti pre rozvoj spolupráce s českými, poľskými a maďarskými kolegami na európskej úrovni. Európska asociácia pre psychiatrické sestry "HORATIO" bola založená v apríli v roku 2006 na to, aby sa vytvorila sieť kontaktov medzi národnými organizáciami, ktoré združujú sestry pracujúce v psychiatrii. V roku 2012 podpísala spoluprácu s Európskou asociáciou „HORATIO“ aj Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek – sekcia sestier pracujúcich v psychiatrii. V súčasnosti prebieha spolupráca medzi organizáciami a sestrami pracujúcimi v psychiatrickom ošetrovateľstve vo väčšine Európskych krajín. Pre rozdielnosť priorit riešenia problémov sme sa rozhodli vytvoriť Vyšehradskú 4 psychiatrického ošetrovateľstva. Spolupráca na tejto úrovni je veľmi aktívna, čoho výsledkom sú každoročné odborné výstupy. Jedným z takýchto výstupov je Budapeštianska deklarácia, ktorú všetky zúčastnené štáty na Budapeštianskej konferencii psychiatrického ošetrovateľstva v r. 2012 prijali. Hlavným účelom tejto deklarácie bolo vytýčiť smerovanie, spoluprácu a rozvoj spoločných vedeckých projektov. Na konferencii psychiatrického ošetrovateľstva v Prahe v r. 2013 prezentovali predstavitelia psychiatrického ošetrovateľstva podmienky jednotlivých krajín, pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v psychiatrii. Porovnávali sa možnosti pre rozvoj komunitnej starostlivosti pacientom s duševným ochorením. Na tomto podujatí sa pristúpilo k vytvoreniu loga pre prezentačné V4 psychiatrického ošetrovateľstva. V r. 2014 bolo usporiadajúcou krajinou konferencie psychiatrického ošetrovateľstva štátov V4 Poľsko. Toto stretnutie bolo zamerané na porovnávanie podmienok vzdelávania a odbornej prípravy sestier pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v psychiatrii.

Nateraz posledné stretnutie predstaviteľov psychiatrického ošetrovateľstva V 4



bolo v r. 2015 v Košiciach. Jednou z diskutovaných tém bola aj bezpečnosť sestier v psychiatrii, existencia detenčných lôžok. Z diskusie vyplynulo, že SR ako jediná z krajín V4 nemá vytvorené detenčné lôžka, čo bolo stimulom na zaslanie žiadosti Sekcie sestier pracujúcich v psychiatrii Sk S a PA v spolupráci so Sekciou manažmentu Sk S a PA na MZ SR, o urýchlené riešenie zriadenia detenčných lôžok a venovanie pozornosti bezpečnosti zdravotníckych pracovníkov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientom s duševným ochorením. Aby sme sa mohli aktívnejšie zapájať do diskusií a návrhov pri napĺňaní bodov Národného programu pre duševné zdravie, požiadali sme MZ SR o zaradenie Sekcie sestier pracujúcich v psychiatrii za člena do Rady pre duševné zdravie pri MZ SR. MZ našej požiadavke vyhovel a od r. 2016 PhDr. Tatiana Hrindová, PhD., na návrh výboru Sekcie sestier pracujúcich v psychiatrii, bude zastupovať Sekciu na zasadnutiach Rady pre duševné zdravie.

Hoci sa nám napriek našej úpornej snahe nedarí presadzovať požiadavky súvisiace s psychiatrickým ošetrovatelstvom na republikovej úrovni v takom rozsahu, ako by sme si predstavovali, snažíme sa aj naďalej. Sme v čase, kedy sa čím ďalej tým viac zamýšľame nad nutnosťou uplatňovania vedeckých metód pri presadzovaní našich požiadaviek. Naše tendencie smerujú k rozvoju vedecko-výskumnej činnosti na úrovni štátov V4, ktorého výsledky by mohli byť nápomocné pri objektivizácii problémov v psychiatrickom ošetrovatelstve. Našou snahou je predstaviť psychiatrické ošetrovatelstvo ako moderný dynamický smer, ktorý vyžaduje odborne garantované sestry, vytvorenie terapeutických podmienok pre uplatňovanie nových ošetrovatelských prístupov, vytváranie podmienok pre rozvoj komunitnej starostlivosti a zvyšovanie kvality poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti pacientom s duševným ochorením. Na úrovni SK S a PA sa aktívne podieľame na tvorbe kompetencií pre psychiatrické sestry a vyjadrujeme sa k návrhom súvisiacich s inováciami špecializačného štúdia Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii.

Je mnoho inovatívnych podnetov, ktoré by sme chceli presadiť do praxe psychiatrického ošetrovatelstva. Skúsenosti a vedomosti získané z medzinárodnej spolupráce nás ubezpečujú v tom, že naše požiadavky sú oprávnené. To najdôležitejšie, prečo máme hľadať inovatívne prístupy pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v psychiatrii je pacient, ktorý vďaka duševnému ochoreniu trpí nielen zdravotným



problémom, ale čelí aj výraznej stigmatizácii.

Tieto naše ambície sa nám podarí naplniť vtedy, ak podnety a návrhy na riešenia budú prichádzať nielen od členov výboru Sekcie, ale aj od sestier, ktoré poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť v psychiatrii. Angažovanosť, je jednou z podmienok pre rozvoj a posun vpred. Nie všetko sa musí podariť, ale je nevyhnutné sa o to pokúšať.

Zoznam bibliografických odkazov:

www.sksapa

<http://www.horatio-web.eu/>

Kontaktné údaje:

PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.

mail: hrindova.tatiana@gmail.com



3 PACIENT Z POHĽADU SESTRY V MULTIKULTÚRNOM OŠETROVATEĽSTVE

Koristová Eva

Psychiatrická nemocnica Veľké Zálužie

Témou príspevku je pacient z pohľadu sestry v multikultúrnom ošetrovateľstve. Predstavujem osobnú skúsenosť slovenskej sestry, poskytujúcej ošetrovateľskú starostlivosť v Líbyi, v štáte severnej Afriky. Zaoberám sa kultúrou a životom v moslimskej krajine. Predstieram pohľad sestry na pracovné postupy v tamojšom zdravotníctve a vplyv moslimskej viery na poskytovanú starostlivosť.

KLÚČOVÉ SLOVÁ: Multikultúrne ošetrovateľstvo. Pacient. Sestra. Starostlivosť.

ÚVOD

„Ak má človek prežiť, musí sa naučiť mať radosť zo zásadných rozdielov medzi ľuďmi a kultúrami. Naučí sa, že rozdiely v myšlienkach a správaní sú očarujúce, sú časťou zaujímavej rozmanitosti života, nie niečím, čoho sa treba báť.“/G. Roddenbery/.

Nové trendy v starostlivosti o zdravie obyvateľov prinášajú aj zmeny vo vzdelávaní sestier na Slovensku. Potreby praxe potvrdzujú nevyhnutnosť zaradiť do študijného programu sestier, ktorých vzdelávanie prechádza v súčasnosti transformáciou, aj problematiku transkultúrneho ošetrovateľstva.

Cieľom vzdelávania v transkultúrnom ošetrovateľstve je výchova novej generácie sestier, ktoré majú potrebné vedomosti a holistický pohľad na človeka. Rozmanitosť kultúr na Slovensku je pomerne značná, avšak našim začlenením sa do EÚ je ešte rozmanitejšia. Je preto žiaduce, aby aj sestry boli pripravené ošetrovať pacientov rôznych kultúr - rovnako dôležité ako študovať anatómiu je aj študovať kultúru, ktorá zásadne ovplyvňuje život človeka. V konkrétnej ošetrovateľskej praxi to bude znamenať pre sestru spokojnosť zo strany pacienta a zvýšenie profesionálnej prestíže, ale najmä uchránenie pacienta od kultúrneho šoku. Ten môžu prežívať



cudzinci, emigranti, ktorí sa ťažko adaptujú na nové podmienky a majú problém v interakcii s príslušníkmi inej kultúry.

Transkultúrna ošetrovateľská starostlivosť vyžaduje od sestier schopnosť posudzovať stav telesného, duševného, psychického a sociálneho zdravia, ich špecifiká vzhľadom na sociálne, kultúrne hodnoty, normy príslušníkov odlišnej kultúry, diagnostikovať problémy, potreby a stav jedincov a skupín, plánovať, realizovať a hodnotiť poskytovanú komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť. Sestry musia prispieť k vytvoreniu podmienok, aby každý jedinec, aj keď pochádza z inej krajiny, uznáva inú kultúru a náboženstvo, je sociálne odkázaný, bezdomovec alebo neprispôsobivý, bol pre ošetrujúci tím človekom, ktorého treba poznať, získať celistvý pohľad na jeho svet, vytvoriť si k niekomu vzťah umožňujúci vzájomné spolužitie a klímu pomoci.

Sestry musia poznať svoje vlastné kultúrne hodnoty, presvedčenia a zvyklosti, aby mohli poskytnúť pacientovi čo najlepšiu oše. starostlivosť. Podstatou multikultúrneho ošetrovateľstva je pochopenie, akceptovanie a aplikácia základných práv každého jedinca.

Sestry tvoria najpočetnejšiu skupinu pracovníkov v zdravotníctve, ktorá je najbližšie k pacientom. Vzhľadom na nové trendy starostlivosti o zdravie obyvateľov sú kladené stále vyššie nároky na a zvýšenie kvality ošetrovateľskej starostlivosti. Sestry s multikultúrnym vzdelaním by mali vedieť adekvátne zhodnotiť aktuálny zdravotný stav pacienta vzhľadom na špecifické potreby súvisiace s odlišnou kultúrou a podľa toho priebežne zaisťovať pacientovi individuálnu starostlivosť.

Arabský svet, tento pojem vo väčšine Európanov evokuje nepríjemný pocit. Temnú stránku tohto sveta poznávame z médií, filmu či autobiografických kníh typu „Bez dcéry neodídem.“ Nepríjemný pocit vynárajúci sa pri vyslovení slova „Arab“ je teda reálny. Sama dobre viem, že v mnohom sa rozprávania zhodujú so skutočnosťou. Vzhľadom na tendenciu médií informácie zjednodušovať, skresľovať ešte viac zdôrazňovať negatíva, považujem za potrebné ponúknuť informácie, ktoré vykresľujú myslenie, správanie sa Arabov a fungovanie ich spoločnosti.

Arabskú kultúru nemožno vnímať ako dobrú, alebo zlú, je jednoducho iná. Dôležité je vedieť, že nie každý Arab je moslim. Líbya je čisto moslimská krajina, k základom islamskej viery patrí päť pilierov, teda päť hlavných povinností každého moslima. Ide o vyznanie viery, vykonávanie piatich denných modlitieb, dodržiavanie pôstu počas pôstneho mesiaca Ramadán, poskytnutie almužny a napokon hadžad- žpúť do Mekky.



Líbyjci sú drsní a tvrdí, ale keď sa bližšie spoznáte, sú kamarátmi, na ktorých sa môžete spoľahnúť až do smrti.

PRAKTICKÉ PRÍKLADY MULTIKULTÚRNEHO OŠETROVATEĽSTVA V ARABSKOM SVETE

- **sestra muž- pacient muž**, v takomto prípade je ošetrovanie pacienta bez problémov,
- **sestra muž- pacient žena**, v tomto prípade nie je rozdiel, či sestra- muž je domáci, alebo cudzinec, v žiadnom prípade nemôže ošetrovať ženu, dokonca ani pri odbere krvi. Ak v laboratóriu mal službu muž, chodili robiť odber sestry z oddelenia, cudzí muž sa nesmel dotknúť ženy,
- **sestra žena- pacient muž**, vo väčšine prípadov bolo ošetrovanie bezproblémové, vo výnimočných prípadoch sa našli fanatickí vyznávači islamu, ktorí si nepriali ošetrovanie ženou, cudzinkou,
- **sestra žena- pacient žena**, úplne bezproblémové, dokonca domáce ženy boli radšej ošetrované cudzinkami.

Príklad: pri vyšetrení na očnej ambulancii, som pracovala s lekárom z Líbye, mali sme veľa pacientov, preto som rýchlo pripravila pacientku na vyšetrenie, usadila som ju k vyšetrovaciemu prístroju a išla som na recepciu pre zdravotnú dokumentáciu ďalšieho pacienta, v tej chvíli lekár s patričnou výčitkou v očiach vyšiel na chodbu a čakal pokiaľ som sa nevrátila do ambulancie, vysvetlil mi, že on, mu žiadnom prípade nemôže zostať sám v ambulancii so ženou.

POSTAVENIE SESTRY V SPOLOČNOSTI, VZDELANIE

Mala som veľké šťastie, že v tejto krajine mali naše sestry dobré meno, aj keď sme pre nich dlho boli „Čeky“, vážili si nás a uznávali naše vzdelanie a odbornosť. Lekári veľmi radi s nami spolupracovali, no často zdôrazňovali, že on je lekár- muž, teda viac ako žena. Naučila som sa rešpektovať ich a oni rešpektovali mňa, časom sa dokonca radili s nami o liečebných postupoch a zaujímali sa, ako to funguje u nás. Vzdelanie sestier v Lýbii v čase, keď som tam pôsobila ja, bolo ako kedysi u nás, po skončení základnej školy, bola 4 ročná zdravotnícka škola ukončená maturitou. Sestra,



/domáca/ tam bola vždy iba pomocníčkou a vykonávaateľkou ordinácií lekára.

Rozdiel však bol v dôvodoch, prečo dievčatá išli študovať, vo väčšine prípadoch to bol dôvod dostať sa von z domu a po skončení štúdia začať pracovať v nemocnici, kde sa snažili nájsť si ženícha, samozrejme najlepšie lekára, čo sa im často aj podarilo. Tak aj ich záujem o prácu a ďalšie vzdelávanie bol minimálny. Sestra -cudzinka v tejto krajine je uznávaná, jej prácu si vážia, nestretla som sa so žiadnou negatívnou skúsenosťou, samozrejme závisí to aj od sestry samotnej, keď rešpektuje ich kultúru, náboženstvo a zvyky v obliekaní, nemá problém. Je veľmi dôležité poznať hranice prístupnosti, čo sa nám zdá normálne, u nich je neprípustné. Žena- cudzinka nesmie ako prvá podať ruku mužovi, nemôže si sadnúť vedľa šoféra, aj keď je to kolega, v taxíku nikdy nesmie ísť sama, vždy aspoň dve. V Líbyi som sa nestretla so žiadnou sťažnosťou na zdrav. starostlivosť, nekladie sa otázka prečo, aj pri náhlych úmrtiach, jednoducho Boh tak chcel, brali to ako nezvratnú realitu.

VPLYV RAMADÁNU NA OŠETROVATEĽSKÚ STAROSTLIVOSŤ /rešpektovanie pravidiel Ramadánu aj zahraničným personálom/.

RAMADÁN je pre moslimov veľmi významný, je to čas, kedy sa viac venujú modlitbe, návštevám, počas dňa väčšinou spánku. Od východu slnka až po jeho západ nemôžu prijímať žiadnu potravu, tekutiny, dokonca brať lieky v žiadnej forme, ani fajčiť. V prípade, že sa jedná o ťažko chorého pacienta, môže byť ošetrovaný, no po vyliečení musí dni nemoce nahradiť pôstom. V čase ramadánu sa operovali iba urgentné prípady, plánované operácie boli odložené. Pôst nemuseli dodržiavať kojace matky, starí, chorí ľudia, ženy počas menštruácie si museli do budúceho ramadánu nahradiť dni nedodržania pôstu. V prípade, že niekto dobrovoľne porušil pôst, musel nahradiť jeden deň 60 dňami pôstu. V čase ramadánu boli zmenené aj ordinačné hodiny na ambulanciách, počas dňa bola pohotovosť od 20.00 hod do 24.00 hod fungovali všetky ambulancie, aj návštevy na odd. sú v nočných hodinách, je bežné, že v noci o 1.00 hod chodia návštevy aj malými deťmi. Aj my cudzinci sme rešpektovali pôstny mesiac, nikto nás nenútil dodržiavať Ramadán, žili sme v tejto krajine a boli sme súčasťou ošetrovateľského tímu, tak sme sa v čase pôstu stravovali mimo domácieh. Keď som bola v službe, tak večer po západe slnka sme si spoločne sadli k stolu, boli to pre nás vzácne chvíle, práve vtedy sme tvorili jednu rodinu, v ktorej neboli žiadne



rasové a náboženské rozdiely. Počas môjho pôsobenia v tejto krajine som zažila 8 krát Ramadán, no vždy to bola nová skúsenosť, termín pôstneho mesiaca sa posúval približne o 10 dní dopredu, stále bolo teplejšie a dni boli dlhšie. Je ťažké pochopiť, ako dokážu zvládnuť toto obdobie v lete. Často pôsobili, že sú v ohrození života, dehydrovaní, no pôst dodržali do posledného dňa, týmto dokazovali silu svojej viery. Záver Ramadánu bol vždy výnimočným zážitkom moslimskej kultúry, boli to sviatky radosti, keď sa všetci navštevovali, oslavovali, obdarovávali sa. V tom čase bola možnosť poprosiť o odpustenie človeka, s ktorým mali počas roka akékoľvek nehody, slovíčkom „samahni“, čo znamená odpusti, a naozaj si odpúšťali, boli to sviatky, ktoré by som prirovnala k našim Vianociam. V čase, keď som pracovala v Líbyi, v krajine vládol silný vodca, spoločnosť bola zložená z chudobných a bohatých, stredná vrstva akoby neexistovala, bol tam veľký spoločenský rozdiel, na uliciach som stretávala bosé deti a na druhej strane sa iní prevádzali v luxusných autách. Často sa stávalo, že ľudia nevedeli písať a čítať, ich podpisom bol odtlačok prsta, no boli šťastní, žili pre prítomnosť, nikam sa nenáhlili, mali na všetko čas, čo nás často rozhnevalo, pre nich bolo nepochopiteľné, kam sa my Európania náhlime, veď keď niečo nestihneme dnes, tak sa to urobí zajtra, pozajtra, alebo o týždeň. Časom sme si zvykli, že nič nemôžeme unáhliť a snažili sme sa prispôbiť ich životnému tempu.

ZÁVER

V príspevku predostieram kultúr u a životom v moslimskej krajine z pohľadom slovenskej sestry na prácu a vplyv moslimskej viery na bežné pracovné postupy v zdravotníctve. Líbya je štvrtým najväčším štátom Afrického kontinentu. Od februára 2011 prebi ehala v tejto krajine občianska vojna, ktorá viedla k zvrhnutiu diktatúry vodcu Muammara Al - Kaddáfiho. Ja som v tejto krajine žila od roku 2000 do r.2009, teda som krajinu zažila ešte pod jeho nadvládou. Väčšina krajiny je pokrytá pieskom a ľudia tu žijú v často krát nehygienických až ťažkých podmienkach. Mnohopočetné rodiny žijú zväčša v jednej domácnosti, aj niekoľké generácie. Je bežné, že rodina má 10 a viac detí. Napriek všetkým negatívam ktoré v tejto krajine Európan vidí, je to krajina s bohatou kul túrou, nerastným bohatstvom a pre našinca exotickou prírodou. V marci roku 2000 som odchádzala do pre mňa neznámej krajiny, ktorej kultúru, zvyky, ľudí som nepoznala, nikdy predtým som nebola v žiadnej moslimskej krajine,



všetko bolo nové, neznáme a odchádzala som zo Slovenska so strachom, rešpektom a hlavne v očakávaní niečoho nového, nepoznaného. V tom čase som mala za sebou 18 ročnú prax sestry, ktorá prešla všetkými základnými oddeleniami. Po príchode do tejto krajiny bolo však všetko nové, iné, neznáme. Rečová, kultúrna, náboženská bariéra a k tomu postavenie ženy a ešte navyše cudzinky...

Začiatky boli naozaj veľmi ťažké, aj s odstupom času sa mi hrnú slzy do očí, boli to ťažké, no zároveň krásne chvíle. Získala som mnoho skúseností a priateľov, čo mi pomohlo v profesijnom i v osobnom živote. Naučila som sa skutočný význam slova RODINA. Dnes na Arabov nepozierám ako na fanatických náboženských aktivistov, ale ľudí vychovávaných v silnej viere a rodinnom zázemí. Hodnoty moslimov majú úplne iné usporiadanie, ako sme zvyknutí v našich kultúrach. Dieťa je vždy darom, choroba a smrť je vôľa Božia, nie tragédia. Viac si vážia veci pre nás bežné, ako je vzdelanie, cestovanie, či zelená tráva. Líbya zostáva pre mňa krajinou zázrakov, kde sa mieša nevídané bohatstvo s krutou chudobou, kde sa dá na otázku záchranu ľudského života odpovedať jednoduchým, a tak silným „In Šallah“- Ak Boh dá...

Kontaktné údaje:

Eva Koristová

mail: koristova1@gmail.com



4 PSYCHIATRICKÉ OŠETROVATEĽSTVO V PROCESE ZMIEN

Martina Dubovcová

Psychiatrická klinika JLF UK a UNM, Martin

Súhrn

Cieľom príspevku je poukázať na súčasný vývoj psychiatrického ošetrovateľstva, jeho výzvy a možnosti v podpore vzdelávania sestier v psychiatrickom ošetrovateľstve na Slovensku. Komunitná starostlivosť ako perspektívny trend v psychiatrickej špecializácii je priam žiaduca. Vzhľadom na podobný systém financovania zdravotnej starostlivosti krajinách V4 sú v príspevku vymedzené základné informácie o politike duševného zdravia, vzdelávanie sestier v rámci špecializačného štúdia ako aj návrh rozširovania kompetencií sestier v psychiatrickom ošetrovateľstve. I napriek tomu, že krajiny V4 sú si historicky i kultúrne veľmi podobné, je možné pozorovať určité rozdiely v spôsobe organizácie a poskytovania psychiatrickej starostlivosti, v postavení psychiatrických sestier, v spôsobe ich vzdelávania a v úrovni ich kompetencií. Trendom je komunitná psychiatrická starostlivosť.

Kľúčové slová: Psychiatrické ošetrovateľstvo - V4 – špecializačné štúdium, Budapeštianska deklarácia, Turku deklarácia

Komunitná starostlivosť v psychiatrii

Komunitná starostlivosť je široký súbor služieb, programov a zariadení, ktorého cieľom je pomoc ľuďom s duševným ochorením žiť čo najdlhšie v podmienkach bežného života uspokojivým spôsobom. Tiež sa označuje ako revolúcia v psychiatrii a momentálne predstavuje trend, ktorý úzko súvisí s procesom deinštitucionalizácie v druhej polovici 20. storočia v demokraticky vyspelých krajinách. Komunitná starostlivosť v psychiatrii predstavuje systém terapie, pomoci v oblasti práce, bývania a sociálnych kontaktov a podpory vzťahov s rodinou, priateľmi a ďalšími ľuďmi. Cieľovou skupinou komunitnej starostlivosti sú tak pacienti s duševnou poruchou, ako i ďalší členovia komunity, ktorí sú podporovaní, aby pomoc mohli poskytovať. V súvislosti s rozvojom komunitnej starostlivosti boli zriaďované rôzne extramurálne zariadenia, napr. rehabilitačné centrá, denné stacionáre, chránené bývanie a zamestnávanie, krízové centrá, čo spôsobilo



nedostatočnú kontrolu chronicky duševne chorých po ich prepustení z nemocničného zariadenia.

Rozvoj komunitnej starostlivosti v psychiatrii

Formulácia špecifických cieľov v starostlivosti o duševné zdravie viedla demokratické krajiny k zmene systému jej poskytovania. Trendom bola deinštitucionalizácia a komunitná starostlivosť. Ako uvádza Höschl (2004), komunitná liečba v psychiatrii sa chápe ako systém terapie, pomoci a podpory, ktorý je po obsahovej a organizačnej stránke usporiadaný tak, aby bol schopný pomôcť ľuďom s vážnejším psychickým postihnutím a žiť v podmienkach bežného života subjektívne čo najuspokojivejším spôsobom. (Höschl a kol., 2004) Iný autor uvádza, že komunitná starostlivosť je vyvážená navzájom prepojená nemocničná a mimonemocničná liečba, ktorá zahŕňa všetky biologické a psychosociálne postupy. Je poskytovaná v pacientovej prirodzenej komunite, čo najbližšie jeho bydliska, bez vytrhnutia z pôvodných sociálnych väzieb s možnosťou integrovať sa do pôvodnej komunity. (Breier, 2005) WHO v dokumente z roku 1973 v rámci programu starostlivosti o duševné zdravie ustanovila niekoľko modelových regiónov v rôznych štátoch Európy, ktoré realizovali koncepciu komunitnej starostlivosti. Sú v ňom zahrnuté základné podmienky komunitnej starostlivosti (Höschl a kol., 2004). Je vhodné, aby služby komunitnej starostlivosti zameranej na duševné zdravie mali lokálny charakter s jasne vymedzenou a dostupnou geografickou oblasťou, špeciálna pozornosť sa venuje chronicky duševne chorým, nutnosť komplexného plánovania služieb s ohľadom na sociálne a demografické špecifiká, potreba tréningu profesionálov, zabezpečenie ich vzdelávania a zlepšenia pracovných podmienok a vzťahov, legislatívne rámce umožňujú záruku pre duševne chorých, že nebudú vyradení zo spoločnosti.

Stratégia starostlivosti o duševné zdravie v krajinách V4

Vo väčšine krajín V4 je schválená stratégia starostlivosti o duševné zdravie na národnej úrovni. V nasledujúcej časti príspevku poukazujeme na východiskové dokumenty zamerané na problematiku duševného zdravia v jednotlivých krajinách V4, na štruktúru služieb v krajinách V4, ktorá je veľmi rozličná a prevažne s pretrvávajúcim inštitucionálnym systémom starostlivosti s ťažiskom v lôžkovej starostlivosti a s nedostatočne rozvinutým



sektorom komunitnej starostlivosti.

Vývoj starostlivosti v odbore psychiatria v nasledujúcom období 5 až 10 rokov sa má odvíjať od Reformy psychiatrickej starostlivosti (1991), Deklarácie WHO o duševnom zdraví pre Európu a Akčného plánu duševného zdravia pre Európu (Helsinki 2005) s cieľom vyrovnáť rozdiely v poskytovaní psychiatrickej starostlivosti v jednotlivých regiónoch Slovenskej republiky a zavádzať nové a moderné formy psychiatrickej starostlivosti. V Slovenskej republike vláda SR schválila Národný program duševného zdravia (2004) a Plán realizácie Národného programu duševného zdravia na obdobie rokov 2005 až 2015 /2005/, ktorým zámerom je destigmatizácia osôb s duševnou poruchou, rozvoj Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti v odbore psychiatria, vytvorenie služieb krízovej intervencie a rozvoj programov v záujme ochrany duševného zdravia. Tieto návrhy sú zároveň v súlade s trendmi, ktoré sa presadzujú v krajinách EÚ a ich budúci rozvoj je zakomponovaný v materiáloch EK (Green paper on mental health consultation, 2006).

Ústavná psychiatrická starostlivosť v SR 2014

V roku 2013 bolo pre duševné poruchy a poruchy správania v posteľových zdravotníckych zariadeniach uskutočnených celkom 43 605 hospitalizácií, a v poradí na 5 mieste spomedzi ostatných príčin hospitalizácií boli práce duševné poruchy. Na 10 000 obyvateľov SR pripadá 80 hospitalizácií. Oproti predchádzajúcemu roku to predstavuje nárast o 1 765 hospitalizácií (4,2 %). Priemerná dĺžka hospitalizácie bola 25,4 dní v r. 2013 a v roku 2010 to bolo 29,2 dní.

Najčastejšou príčinou prijatia do ústavnej psychiatrickej liečby je už dlhodobo porucha psychiky a správania zapríčinená užitím alkoholu (F10), tvorila 26 % z celkového počtu hospitalizácií, z ktorých viac ako 2/3 sa týkali mužov. Na 10 000 mužov pripadá 34 hospitalizácií, zatiaľ čo na 10 000 žien 9 hospitalizácií. V ekonomicky aktívnej skupine obyvateľstva vo veku 18 – 59 rokov predstavuje počet hospitalizácií mužov na dg F10 až 46 na 10 000 mužov. Liečení na schizofréniu, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi (F20 – F29) sa podieľali 21 % na všetkých hospitalizáciách. V skupine mužov aj žien činia približne 16 prípadov na 10 000 obyvateľov, pričom u žien sú najčastejšou príčinou prijatí v psychiatrických posteľových útvaroch. Organické duševné choroby vrátane symptomatických (F00 – F09) zastupujú 14 % prípadov hospitalizácií, v ktorej približne



polovica pacientov je vo veku 60 a viac rokov. Podobne, afektívne poruchy (F30 – F39) boli príčinou 14 % hospitalizácií. Tieto majú v posledných piatich rokoch rastúci charakter, u žien sú druhou najčastejšou skupinou duševných ochorení vyžadujúcich hospitalizáciu. Kým u žien činia 15 prípadov na 10 000, u mužov je to 6 prípadov. Približne 8 % hospitalizácií predstavujú neurotické, stresom podmienené a somatoformné poruchy (F40 – F48) s miernou prevahou prípadov žien. Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím drog.

Pacienti, u ktorých následky a príznaky duševnej choroby pretrvávali aj po prepustení zo zariadenia, však často vďaka neschopnosti sociálne sa adaptovať končievali na dne sociálneho rebríčka, vo väzniciach alebo ako bezdomovci. Napr. na Slovensku títo jedinci často prežívajú zvyšok života v zariadeniach sociálnej starostlivosti. Za najžiaducejší zdravotnícky prístup k tomuto problému sa v súčasnej dobe považuje tzv. komunitná starostlivosť o duševne chorých (krízové služby, denné a nočné centrá, stacionáre). Na Slovensku je takýchto zariadení stále nedostatok, a to najmä z dôvodu nedostatočných financií a limitov stanovených poisťovňami. Požiadavky na komunitnú starostlivosť vystupujú do popredia najmä v súčasnej dobe, kedy nastávajú zásadné zmeny v prístupoch k diagnostikovaniu i liečbe psychiatrických porúch, v zmysle čoraz väčšieho zvažovania rovnováhy medzi biologickým a sociálnym náhľadom na duševnú chorobu a jedinca, ktorý ňou trpí. Pri hľadaní správnych ciest napomáha neustály výskum vo všetkých kľúčových oblastiach, menovite v oblasti vzniku a rozvoja psychiatrických ochorení, ich klasifikácie a, samozrejme, ich liečby

S masívnym rozšírením farmakoterapie sa začal proces deinštitucionalizácie – prepúšťania pacientov z psychiatrických kliník do komunitnej starostlivosti. Tento proces pokračoval vďaka tlaku antipsychiatrických hnutí i ideológii komunitnej starostlivosti, ktorá v tomto čase zavládla v kruhoch lekárskej verejnosti. Tridsať rokov po začatí deinštitucionalizácie ostalo napríklad v amerických štátnych ústavných zariadeniach len 19 % z počiatočného počtu pacientov. Základnou víziou klinických pracovníkov bol proces, v rámci ktorého by pacienti po prepustení prežívali v komunitách, kde by sa podieľali na každodennom priebehu života a zároveň by zotrvali v ochrannej terapeutickej atmosfére.

V mnohých vyspelých krajinách nastal od polovice 20. storočia trend v smere hromadného redukovania počtu lôžok na psychiatrických oddeleniach a rastúceho významu komunitnej starostlivosti. Mnohé iné krajiny, medzi ktoré sa hlási aj Slovenská republika, stále bojujú s problémom nízkych štandardov vybavenia zdravotníckych psychiatrických zariadení v



dôsledku nedostatku financií.

Medzi zvláštne zariadenia špecializovanej ambulantnej psychiatrickej starostlivosti patria aj vyššie spomínané zariadenia komunitnej starostlivosti, ktoré sú na Slovensku reprezentované predovšetkým psychiatrickými stacionármi. V nich sa pacientom počas dňa poskytuje komplexná psychiatrická liečba s dôrazom na psychoterapiu a psychiatrickú rehabilitáciu. Cieľom tejto starostlivosti je predovšetkým sprostredkovanie čo najúspešnejšej pracovnej či sociálnej reintegrácie duševne chorých do spoločnosti.

Záver

Vzdelávanie sestier v psychiatrickom ošetrovatel'stve je dominujúcim prvkom diskusií nielen v rámci profesijných organizácií, ale aj v praktickej rovine. Krajiny V4 majú spoločný zámer v tomto smere poukázať na význam vymedzenia jasných kompetencií sestier v psychiatrii. Ale nielen to, ako problém sa javí aj nízke spoločenské a ekonomické hodnotenie sesterského povolania v SR, voľný pohyb pracovnej sily a vzájomné uznávanie kvalifikácie sestier v rámci Európy, nízky počet študentov denného štúdia v študijnom programe ošetrovatel'stvo. To sú výzvy, ktoré je potrebné riešiť, aby sa zlepšili podmienky na poskytovanie ošetrovatel'skej starostlivosti, a tiež aby sa stabilizoval počet sestier v SR.

Zoznam bibliografických odkazov

1. HÖSCHL, C. – LIBIGER, J. – ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Tigris, 2004. 883 s. ISBN 80-900130-7-4.
2. http://www.nczisk.sk/Documents/rocnky/2014/rocnka_2014.pdf
3. http://www.uvzsr.sk/docs/info/podpora/Sprava_o_zdravotnom_stave_obyvatelstva_SR_za_roky_2012_2014.pdf
4. Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností.
5. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva SR č. 364/2006 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovatel'skej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom v znení neskorších predpisov.



6. Zákon Národnej rady SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Kontaktné údaje:

Mgr. Martina Dubovcová, PhD.

Psychiatrická klinika JLF UK a Univerzitná nemocnica Martin

Kollárova 2

036 59 Martin

email: m.dubovcova@gmail.com



5 ADHD V DOSPELOSTI

Helena Poláčková, PNPP Pezinok, KDZ SZU

Andrea Uhláriková, PNPP Pezinok, SZU v Bratislave FOZOŠ

Súhrn

Už samotný názov konferencie nás povzbudzuje, zamyslieť sa na novými trendami v starostlivosti o pacientov s psychickými poruchami. Hyperkinetická porucha (ADHD) bola dlhodobo spájaná s poruchami detského veku, ale za posledné obdobie sa s ňou čoraz častejšie stretávame v súvislosti s inými psychickými poruchami. V dospelom veku je spájaná s antisociálnou poruchou osobnosti, abúзом psychoaktívnych látok a delikvenciou. Psychiatrická sestra ak bude poznať príznaky tejto poruchy, môže vhodne zvolenou komunikáciou, aktivizáciou a vybudovaním si terapeutického vzťahu a dôvery, predchádzať sociálno-patologickým situáciám počas liečby.

Kľúčové slová: Hyperkinetická porucha. ADHD. Impulzívne správanie.

Hyperkinetická porucha bola dlhodobo považovaná za ochorenie detského veku. Najvýraznejším príznakom u detí je hyperaktivita, tá je v priebehu vývoja dieťaťa menej výrazná. Táto skutočnosť nasvedčovala, že ADHD odoznelo v staršom veku. Ako uvádza Drtílková et al. (2007) podľa štatistických údajov je ADHD prítomné u 30-50% dospelých, ktorí mali ADHD v detstve. Postihuje približne 3-4% dospelých osôb, bez rozdielu pohlavia. Je zrejmé, že len malý počet z nich vyhľadáva a prijíma vhodnú pomoc. Skôr sú nútení vyhľadať pomoc v súvislosti s iným problémom, úrazom alebo psychickou poruchou. Najčastejšie sú to poruchy správania spojené s krádežami, agresivitou, vandalizmom a výtržníctvom, poruchy osobnosti a závislosti. Ich rodina je zaťažená vyššou úrovňou stresu, častejšie sa objavujú partnerské nezhody, rozvod a pokles spoločenského a ekonomického postavenia rodiny (Munden et al, 2002).

Diagnostické kritéria

Je dané, že musí byť prítomných 12 chronických príznakov z 20 uvedených v bode A, taktiež pozitívny B a C bod.



A. Chronické príznaky:

1. pocit, že výkon nezodpovedá schopnostiam,
2. neschopnosť organizovať každodenné drobnosti – zabúdanie na termíny, strácanie lístkov.....,
3. obava niečo začať, odkladanie riešenia,
4. nepríjemný pocit pri nečinnosti,
5. veľa vecí robia súčasne naraz,
6. nevhodné poznámky počas rozhovoru,
7. časté hľadanie nových podnetov,
8. krátkodobé záujmy, pocit nudy,
9. nedôslednosť, roztržitosť, nervozita,
10. kreativita, vyššie IQ,
11. presadzovanie vlastných postupov, nerešpektovanie zaužívaných,
12. netrpezlivosť,
13. slovná akčná impulzivita,
14. zaoberanie sa budúcnosťou, ale nevšímavosť reality a prítomnosti,
15. poruchy nálady až depresie,
16. vnútorné napätie – bubnovanie prstami po stole, podupkávanie, prechádzanie sa počas rozhovoru.....
17. sklon k závislosti,
18. problémy so zníženou sebaúctou,
19. problém so sebahodnotením,
20. v rodinnej anamnéze poruchy nálady, správania, závislosti.

B. V anamnéze ADHD v detstve.

C. Celkové správanie sa nedá vysvetliť inou psychickou poruchou (Drtílková et al. 2007).

Príznaky ochorenia sú variabilné a môžu sa vekom meniť. Adolescenti majú deficit v socializácii, vzťahové problémy, zníženú schopnosť vyjadriť myšlienky, abúzus psychoaktívnych látok, sklon k promiskuite a kriminalite, dievčatá bývajú predčasne gravidné.

Príznaky v dospelosti:

Nepozornosť – neschopnosť dokončiť úlohy, nesústredenosť, zmeškané termíny a stretnutia, dezorganizovanosť dňa, problém s počúvaním, chybovosť pri vykonávaní



činností, ťažkosti pri čítaní knihy a štúdiu...

Hyperaktivita – javia sa ako neposední, úzkostní, prejavy vnútorného napätia, bubnovanie prstami po stole, podupkávanie si...

Impulzivnosť – skákanie do reči, nevhodné poznámky počas rozhovoru, problém s čakaním, výkyvy nálad, nízka tolerancia frustrácie, výbuchy hnevu....

Sociálne dôsledky:

- problém so získaním vzdelania a uplatnenia sa na trhu práce,
- rozšafnosť vo financiách, zadlžovanie sa,
- porušovanie pravidiel cestnej premávky, nehody a zranenia v dôsledku dopravnej nehody,
- problémy v medziľudských vzťahoch, rozvodovosť,
- kriminálne delikty.

Nefarmakologická liečba ADHD u dospelých

Aby zdravotnícky personál mohol plánovať intervencie, musí mať základne informácie o poruche, poznať pacienta a uvedomovať si vysokú dráždivosť a zníženú frustračnú toleranciu (Petr, Marková et al, 2014). Je potrebné vytvoriť pokojné terapeutické prostredie, terapeutický vzťah založený na dôvere. Liečba je dlhodobá a komplexná. Nefarmakologická liečba umožňuje pacientovi oboznámiť sa s ochorením, zvýšiť sebedomie, uvedomiť si príznaky a spúšťače ochorenia, trénovať nové spôsoby správania, zúčastňovať sa na individuálnych a skupinových psychoterapiách.

Sestra má svoju nezastupiteľnú rolu v liečbe, motivuje pacienta k spolupráci, edukuje o režime a pravidlách liečby, vykonáva psychosociálnu rehabilitáciu zameranú na aktivizáciu a nácvik sociálnych zručností, je advokátkou pacienta. Podporné skupiny, resp. kluby by mohli byť vhodnou formou ako sa dozvedieť viac o ochorení a najnovších prístupoch v liečbe, príležitosťou zdieľať podporu u ľudí s rovnakým problémom.

Kazuistika:

1. **30 ročný muž - protitoxikomanická ústavná liečba**, Dg: F.19.2 závislosť od viacerých psychoaktívnych látok, F. 32.0 – epizóda ľahkej depresie, opakovaná rehospitalizácia, neliečený v detstve ako ADHD, mal poruchy správania, konflikty,



zníženú známku so správania

Sociálna anamnéza (SA): vysokoškolské vzdelanie prerušené 2x, nezamestnaný, slobodný, bezdetný, díler drog, bez trvalejšieho vzťahu.

V režime nedôsledný, porušujúci pravidlá, nutné usmerňovanie, pseudofilozofovanie, psychomotorické tempo nestabilné, nízka frustračná tolerancia, intelekt v pásme populačného nadpriemeru.

2. 21 ročná žena - odvykacia liečba od psychoaktívnych látok, v detstve dg ADHD v 13-tich rokoch - neliečená, živá, neposedná, túlala sa po vonku, 6x rehospitalizácia na psychiatrii, umelé prerušenie tehotnosti 2x. Dg: F.19.2 – závislosť od psychoaktívnych látok, F.90.1 Hyperkinetická porucha, F. 50 Poruchy príjmu potravy
SA: prerušené štúdium SOU, žije s matkou alebo na ulici, vzťah – priateľ vo výkone trestu pre drogovú trestnú činnosť, s bratom sa dlhodobo nekontaktuje.

V režime porušujúca pravidlá odvykacej liečby, nepozorná, nedôsledná vo vykonávaní činnosti, nutný individuálny prístup a usmernenie, počas hospitalizácie nadviazané krátkodobé vzťahy.

3. 21 ročný muž – protitoxikomanická ústavná liečba, v detstve dg ADHD v 15-tich rokoch – neliečený, opakovaná rehospitalizácia na psychiatrii, Dg: F.19.2 Závislosť od viacerých psychoaktívnych látok, F.90.1 Hyperkinetická porucha

SA: slobodný, bezdetný, zrušený trvalý pobyt u rodičov pre poruchy správania a agresivitu, ukončené SOU, nezamestnaný, trestne stíhaný

Počas liečby opakovane impulzívny, napätý, zvýšená gestikulácia rukami, nízka frustračná tolerancia, intelekt populačne priemerný, opakovane porušujúci režim.

Záver - prečo téma ADHD?

V poslednom období aj na našej klinike zaznamenávame nárast závislých pacientov s ADHD, ktorá bola diagnostikovaná v detstve, ale prevažne až v pubertálnom veku. Je zrejmé, že deti s ADHD bez liečby sú rizikom pre seba a okolie, poskytujú „rizikový terén“ pre zneužívanie alkoholu a drog, resp. disociálne správanie.

Nie je veľa literárnych zdrojov o ADHD v dospelosti. Psychiatrická sestra musí zvoliť špecifický prístup, keďže títo pacienti majú zníženú schopnosť potláčať náhle pudy a impulzivitu.



Pacienti s ADHD majú riziko komorbidity iných psychických porúch:

- abúzus alkoholu 32-35% s ADHD,
- úzkostné poruchy 25-50% s ADHD,
- poruchy nálad 19-37% s ADHD,
- disociálne správanie 18-28% s ADHD,
- poruchy osobnosti 10-20% s ADHD,
- abúzus drog 8-32% s ADHD.

Použitá literatúra

DRTÍLKOVÁ, I., - et al. 2007. *Hyperkinetická porucha ADHD*. Praha: Galen, 2007. 268s. ISBN 978-80-7262-419-5

MUNDEN, A., ARCELUS, J. 2002. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál, s.r.o., 2002. 120s. ISBN 80-7178-625-X

PETR, T., MARKOVÁ, E., – et al. 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 296s. ISBN 978-80-247-4236-6

Helena Poláčková

PNPP Pezinok – KDZ SZU
Malacká cesta 63
902 18 Pezinok

PhDr. Andrea Uhláriková, MHA

PNPP Pezinok
SZU v Bratislave FOaZOŠ
Malacká cesta 63
902 18 Pezinok
email: uhlarikova@pnpp.sk



6 SOCIÁLNA FÓBIA Z POHLĀDU KBT

PRONAJOVÁ Mária
Psychiatrická liečebňa SUČANY

Súhrn

Mnoho ľudí sa v sociálnych situáciách necíti pohodlne, hanbia sa. Vystupovanie na verejnosti, pohovor v novej práci, vybavovanie na úradoch vyvoláva u nich úzkosť a zahanbenie. Príznaky sú dočasné, po ich odznení život jedinca beží normálne ďalej. Ak je vaša úzkosť v sociálnej záťaži natoľko veľká, že zasahuje do vášho každodenného života a medziľudských vzťahov, je pravdepodobné, že trpíte sociálnou fóbiou. Ide o nadmerný a pretrvávajúci strach zo sociálnych situácií, obava byť v centre pozornosti, obava z trápneho alebo zahanbujúceho správania. Na to nadväzuje zreteľné vyhýbanie sa záťažovým situáciám. Je nutné nazbierať odvahu a vyhľadať odborníka. Sociálna fóbia je v populácii rozšírenejšia viac ako si myslíme, je to 3. naj častejšia psychiatrická porucha. Je liečiteľná, väčšina fobikov, ktorí prejdú terapiou, sa vracia do produktívneho života. Hoci liečba nezvláda symptómy okamžite, správny prístup vedie rýchlo k zjavnej úľave.

KLÚČOVÉ SLOVÁ : KBT. Sociálna fóbia. Expozícia. Bludný kruh.

Sociálna fóbia z pohľadu KBT (Kognitívne behaviorálna terapia) prejavuje sa silným a trvalým strachom z jednej alebo viac sociálnych situácií a ich výrazným vyhýbaním sa.

Základné charakteristiky: negatívne kognície (strach výkonového zlyhania, negatívneho hodnotenia), pozornosť zameraná na seba, nie na druhých, úzkostné emočné reakcie, vyhýbavé a zabezpečovacie správanie, prejavy autonómneho vzrušenia, handikepy v živote Celoživotný výskyt – 13,3% (veľkú úlohu hrá detstvo). Primeraný vek začiatku soc. fóbie – 15 rokov.

Najbežnejšie príznaky sú strach z toho, že sa druhí na vás dívajú, že sa znemožníte, aby ste neboli stredobodom pozornosti, z večierkov, jesť pred ľuďmi, zo schôdze, z



verejných WC, hovoriť pred skupinou, písať formuláre na verejnosti, hovoriť pred autoritou, strach povedať nie, vyhýbanie sa sociálnym situáciám.

Jednou z najproblémovnejších komorbidných porúch u sociálnej fóbie je závislosť na alkohole (špecif. fóbia, PP, GÚP, Agorafóbia, depresia).

Behaviorálny model

Udržiavacie faktory – vyhýbavé a zabezpečovacie správanie, precitlivosť, správanie okolia, ktoré sociálnu úzkosť „odmeňuje“ (medvedie služby), nedostatok sociálnych zručností (hovoriť pred kolektívom ap.), anticipačná úzkosť (strach predtým je horší ako strach v situácií samotnej).

Kognitívny model

Udržiavacie faktory - pozornosť zameraná na seba (podliehajú vlastnému hodnoteniu- „nezvládam to“), ANM, kognitívne schémy (neg. o sebe, o iných, o živote), negatívny sebaobraz (sám si predstavuje ako „hrozne“ bude vypadáť), kognitívne omyly (ani úspech nedokáže zmeniť pohľad na seba, pretože to hneď spochybni).

KBT prístup

Vyšetrenie – presné situácie, ktoré vyvolávajú strach:

- čoho sa najviac obáva (aké tel. reakcie)
- čomu sa vyhýba, ako sa zabezpečuje
- čo strach modifikuje (alkohol, lieky,)
- v čom ho soc. fóbia obmedzuje

Vytvorenie hierarchie strachov a vyhýbavého správania (väčšinou 10 položiek od 0 do 10).

Intervencie

1. **Edukácia** - o sociálnej fóbií a liečbe, model vzniku a udržiavanie fóbie, zmysel metód, liečba.
2. **Nácvik sociálnych zručností** – od jednoduchých k zložitejším (ako sa správať medzi ľuďmi).
3. **Kognitívna reštruktúrácia** – identifikácia AM, vzťah AM s E, 3) telesnými prejavmi



a správaním, testovanie AM, prerámovanie ANM (racionálna odpoveď), akcia (čo môžem urobiť hneď a čo potom).

4. **Expozícia** – vo fantázií – exponovať pacienta rôznym katastrofickým variantom, napísať čoho najhoršieho sa obáva (katastroficky) a čo by sa mu mohlo stať, opakovane scenár predčítavať až kým sa zníži úzkosť - in vivo – hierarchia situácií
5. **Behaviorálne experimenty.**
6. **Príprava na budúcnosť, prevencia relapsu.**

KAZUISTIKA

54 ročná žena, liečená na závislosť od alkoholu, má strach komunikovať s cudzími ľuďmi, že bude vyzerat' hlúpo a smiešne a preto do spoločnosti radšej nechodí a s nikým sa nestretáva.

V hlave jej behajú myšlienky ako „budú sa na mňa dívať“, „budú sa mi smiať“, „pomyslia si, že som sprostá“. Hneď na to prežíva strach, úzkosť, zlosť na seba. Pociťuje hrču v hrdle, teplo, nával ,tras hlasu, potia sa jej ruky a búši jej srdce.

Okamžite si predstavuje, že tam nikto nie je, zatvára oči a pýta si tabletku. Vyskytuje sa to vždy, keď sa stretne s cudzími ľuďmi. Má sa lepšie keď nikde nechodí, keď si užije tabletku. Horšie je to, keď musí rozprávať pred ľuďmi. Aktuálne sa cíti dobre, momentálne je na liečbe PAL. Chce sa zbaviť strachu, ktorý ju obťažuje už dosť dlho. Problém má aj vzťahový a to konkrétne so svojim manželom. Doteraz túto svoju situáciu neriešila.

Pacientka je vhodná pre KBT.

Na konci terapie by som chcela byť schopná komunikovať s cudzími ľuďmi tak, že môj strach bude znížený na minimum(na 10-20%).

Plánom terapie sú dohodnuté návštevy KBT sedení 1x do týždňa, zamerané na postupnú minimalizáciu strachu pri komunikácií s cudzími ľuďmi, na komunitu pri rozprávaní správ a na zmenu postojov o svojom strachu. V priebehu terapie pacientka definuje svoj problém, jeho spúšťače, okolnosti, myšlienky, emócie, telesné prejavy,



správanie, dôsledky, modifikujúce faktory. Edukácia prebieha vysvetlením bludného kruhu, vzťahu myšlienok k emóciám, telesným prejavom, správaniu. Pokračovaním je kognitívna reštruktúrácia, riadené dýchanie, technika padajúceho šípku, nácvik sociálnych zručností. Hierarchia strachov, jednotlivé kroky a expozícia je v závere liečby aktuálna. V závere je porovnanie strachov a krokov expozície. Stanovený cieľ je splnený. Strach je minimalizovaný na 10 – 20 %. Pacientka je istejšia, správy interpretuje plynule s otvorenými očami a s ľuďmi komunikuje.

Záver

„Strach najviac posilňuje ak sa vyhýbate situáciám, v ktorých vás pohltí. Len čo sa mu postavíte zoči-voči a neujdete, postupne zoslabne a víťazstvo bude vaše“.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., ŠLEPECKÝ, M. a kol.: Kognitívno-behaviorálna terapia psychických porúch. Vydavateľstvo Triton, 2007, ISBN: 80-7254-865-1.

Kontaktné údaje:

PhDr. Mária Pronajová
Psychiatrická liečebňa Sučany
mail: merryP@azet.sk



7 TRANSSEXUALITA

Miroslava Vargová, Ivana Páleníková
Psychiatrická nemocnica Veľké Zálužie

Súhrn

Sexuálne správanie sa človeka nie je jednotným stavom. Je to zložitý súbor vlastností vrodenných a získaných z kultúrno-sociálnych zdrojov. Oba elementy sú článkami relatívne usporiadaného, harmonicky fungujúceho systému, ktorý je regulovaný spätno-väzbovými cyklami, ktoré zabezpečujú rovnovážny stav. Opačná spätná väzba vedie k patologickým fenoménom sexuálnym deviáciám. Je ich veľa, ich príčina zostáva tajomstvom. Niektorí sa prikláňajú k vrodenným predispozíciám, iní prikladajú významnú úlohu socializačnému procesu a výchove, ďalší vyzdvihujú momenty a situácie, ktoré sú tzv. spúšťačmi. Transsexualita F 6 4.0 patrí medzi poruchy sexuálnej identifikácie. V príspevku vám priblížime históriu transsexuálnej diagnostiky, proces premeny pohlavia, právne aspekty zmeny pohlavia. Počty transsexuálov prudko narastajú transsexualita sa stáva spoločensky prístupnejšia, čoraz viac ľudí sa stáva ochotnými priznať svoju transsexualitu v zlepšených životných podmienkach u nás i vo svete.

Kľúčové slová: Transsexualita. Porucha pohlavnej aktivity. Zmena pohlavia.

Všetky ľudské vlastnosti, medzi ktoré zaradíme aj sexuálne správanie sa človeka, nie sú jednotným stavom, ale je to zložitý súbor vlastností jednak vrodenných, a jednak získaných z kultúrno-sociálnych zdrojov. Oba tieto elementy sú článkami relatívne pevne usporiadaného a harmonicky fungujúceho systému, ktorý je regulovaný spätno-väzbovými cyklami, ktoré zabezpečujú rovnovážny stav. Opačná spätná väzba vedie k patologickým fenoménom, ktorej reprezentantom v ľudskom sexuálnom správaní sú sexuálne deviácie.

Sexuálne deviácie sú dnes už odkrytou témou. Začína sa o tomto probléme hovoriť otvorene a veľa. Ich príčina však zostáva naďalej tajomstvom. Niektorí hovoria o vrodenných predispozíciách, iní zas o významnej úlohe socializačného procesu a výchovy, ďalší vyzdvihujú moment, situáciu, ktorá u človeka vyvolá takúto poruchu,

situáciu, ktorá je tzv. spúšťačom.

Každopádne, sexuálne deviácie sú poruchou človeka, ktorý nemôže prežívať sexuálne vzrušenie a sexuálne uspokojenie „normálnym spôsobom“, teda spôsobom, alebo s takým sexuálnym objektom, ktorý je akceptovaný spoločnosťou či kultúrou.

Sexuálne deviácie môžeme rozdeliť na:

- a) poruchy sexuálnej orientácie
- b) poruchy sexuálnej identifikácie
- c) poruchy v sexuálnej aktivite
- d) kombinované deviácie

Transsexualitu zaraďujeme medzi poruchy sexuálnej identifikácie. Podľa oficiálne platnej Medzinárodnej klasifikácie chorôb je transsexualita vedená pod diagnózou F 64.0 a je definovaná ako stav jedinca, ktorý si praje žiť a byť akceptovaný ako príslušník opačného pohlavia. Potreba transsexuálov chovať sa v súlade so svojou opačnou pohlavnou identitou býva veľmi silná. Transsexuáli cítia voči svojim pohlavným orgánom odpor, preto do značnej miery eliminujú možnosť pohlavného styku so svojím partnerom. Prvé príznaky sa objavujú v detstve a puberte. K zvýšeniu pravdepodobnosti rozvoja transsexualizmu prispieva aj detská feminita u chlapcov alebo detská muskulinita u dievčat. Dievčatá s touto poruchou majú skupiny chlapčenských priateľov, inklinujú k chlapčenským hrám a športom, prejavujú nedostatok záujmu o hry s bábikami. Naopak, chlapci sa zaujímajú najmä o ženské aktivity, vyhľadávajú spoločnosť dievčat, vyhýbajú sa akýmkoľvek prejavom agresivity. Porucha pohlavnej identity sa vyskytuje veľmi vzácne. V odbornej literatúre sa pre transsexuálnych jedincov používajú skratky FtM (female to male) a MtF (male to female).

História transsexuality

Prvé písomné údaje o fenoméne transsexuality možno nájsť u gréckeho dejepisca Herodota (500 pred n.l. až 424 po n.l.), priateľa Perikla a Sophokla. Vedci sa dlho pokúšali transsexuálov „vyliečiť“ pomocou elektrošokov a psychologických terapií, avšak bez úspechu. Jediným skutočným a zmysluplným riešením tak ostávala operácia zmeny pohlavia. V dvadsiatych rokoch minulého storočia boli po prvýkrát

dvom ženám odstránené ich prsia, vaječníky a maternica, aby sa zmiernil ich subjektívny psychický pocit ťarchy choroby. Išlo o tajné, v podstate ilegálne zákroky a bez sprievodnej hormonálnej liečby.

Vážna verejná vedecká diskusia o tomto fenoméne sa začala v roku 1932 v časopise „Sexuologická sexuálna politika“. V článku sa o. i. písalo o mužovi, ktorý sa už vo veku 6 rokov pokúsil odstrániť si penis pomocou špagáta, a ktorému bol potom pohlavný úd chirurgicky odstránený v roku 1931 a potom mu bola vložená umelá pošva. Prvá zmena pohlavia, ktorá narazila na obrovský záujem verejnosti, bola zmena amerického vojaka Georgesa Jorgensena, ktorý sa nechal operovať v roku 1952 v Kopenhagene, a potom žil ako žena až do roku 1989. Zomrel(a) ako Christine Jorgensen vo veku 62 rokov na rakovinu močového mechúra. Aj vďaka takýmto prípadom začala verejnosť postupne na problémy transsexuality pozeráť s väčšou otvorenosťou. Dnes už existuje veľké množstvo špecializovaných kliník na tieto zmeny.

Diagnostika

Z hľadiska diagnostickej praxe môžeme rozlíšiť tri druhy vyšetrovacích metód aplikovateľných v rámci psychologického vyšetrenia: psychodiagnostická metóda, psychofyziologická metóda a anamnestická metóda.

Klasické psychodiagnostické testy zistia u transsexuálnych osôb spravidla neurotické a depresívne symptómy, ktoré vyplývajú z problému života v „cudzom tele“. Psychofyziologické metódy sú založené na prístrojovej registrácii zmien prekrvenia genitálií v závislosti na predkladaných vizuálnych erotických stimuloch. Najspoľahlivejšou metódou pre určenie možného odchylného vývoja pohlavnej identity je metóda anamnestického rozhovoru. Za základné diagnostické vodítka sa považujú tieto nasledujúce charakteristiky:

- preferovanie hračiek a hier v predškolskom veku
- preferovanie odevu
- odpor k primárnym a sekundárnym pohlavným znakom
- neerotické sny a denné fantázie
- zamilovanosť a partnerské vzťahy
- sexuálna aktivita



- charakteristika pohlavnej roly
- masturbačné fantázie a erotické sny

V rámci diagnostického procesu sa získavajú aj ďalšie informácie zo života transsexuálnych jedincov: ich sociálna adaptácia, psychické problémy, informácie o ich osobnosti, informácie o somatických problémoch a o ďalších charakteristikách týkajúcich sa ich ďalšej prognózy. Z diferenciálne diagnostických dôvodov sa odporúča neurologické, psychiatrické, interné, endokrinologické, gynekologické alebo urologické vyšetrenie. Transsexualita je poruchou pohlavnej identity so značnou individuálnou variabilitou. Pri stanovení diagnózy je preto potrebné venovať veľkú pozornosť predovšetkým anamnestickému pohovoru, potvrdeniu nemennosti stavu a odlíšeniu od iných obdobných chorôb a stavov či už somatických (intersexualita) alebo psychických (iné poruchy pohlavnej identity, homosexualita, psychózy a organické postihnutia).

Základné etapy procesu premeny pohlavia.

Zmena pohlavia je proces, ktorý prebieha niekoľko rokov. Tento proces premeny pohlavia môžeme rozdeliť do nasledujúcich fáz:

DIAGNOSTIKA

Trvanie diagnostickej fázy je veľmi ťažké odhadnúť či naplánovať. Niektorí klienti už na prvom stretnutí presvedčivým a vyčerpávajúcim spôsobom popisujú svoju psychickú identitu, je zrejme, že vedia svoju pohlavnú príslušnosť. Niektorí sa naopak hľadajú celé roky. Transsexualita FtM je jednoznačnejšia a jej nositeľom nerobí problém urobiť rozhodnutie radikálneho druhu. Podstatne viac času na rozhodnutie potrebujú ľudia s transsexualitou MtF.

FÁZA ROZHODOVANIA

Nasleduje po nezvratnom potvrdení diagnózy. Dĺžka fázy závisí na klientovi. Niektorí už majú jasnú predstavu o ďalšom postupe a cieľu liečby, iní potrebujú na rozhodovanie viac času.



REAL LIFE TEST (RLT), REAL LIFE EXPERIENCE (RLE)

Po tom, čo sa klient rozhodne pre zmenu pohlavia, je možné zahájiť fázu, v ktorej si sám otestuje svoju schopnosť žiť v roli, ktorá harmonizuje s jeho psychickou identitou. Je to pre neho nová skúsenosť (RLE) a zároveň podstupuje akýsi test správnosti svojho rozhodnutia (RLT). Ide o obdobie, v ktorom si transsexuáli obvykle menia svoje meno a priezvisko na neutrálny tvar.

HORMONÁLNA TERAPIA

K tejto fáze je možné pristúpiť vtedy, keď klient žije minimálne niekoľko mesiacov v danej role. Pre klienta je v tejto dobe dôležitá reakcia okolia. Overuje si, ako bude v danej role akceptovaný. Okolie ale potrebuje jasné signály, zmenu účesu, oblečenia, užívanie jasného rodu, aby sa mohlo na túto situáciu adaptovať. Niekedy môže RLT a RLE fáza predchádzať tejto fáze, teda fáze hormonálnej terapie.

Klienti využívajú okrem lekárskeho služieb aj služby nemedicínske, ktoré je možné využívať v rámci zmien zvonku. Dôležitú úlohu má fonetická starostlivosť a to najmä u MtF, ktorá sa zameriava na navodenie žensky znejúceho hlasu. Hormonálna terapia sa začína po dohode s klientom, a po dôkladnom somatickom vyšetrení. V tomto smere je veľmi diskutabilná minimálna veková hranica pre začatie takejto etapy liečby. Medzinárodným štandardom je veková hranica 16 rokov, dôležitejšia je však telesná a psychická pripravenosť klienta. Hormonálna terapia by mala trvať minimálne jeden rok pred začiatkom vlastných chirurgických zákrokov. Mali by byť zreteľne vytvorené telesné znaky a hladina pohlavných hormónov by sa mala blížiť normám vlastným požadovanému pohlaviu. O schválenie operácie zmeny pohlavia je možné požiadať najskôr v osemnástich rokoch.

OPERAČNÉ ÚKONY

Operačné úkony sú plánované individuálne. U FtM sa robia dva zákroky, teda redukčná mamoplastika a hysterektómia s adnexetomiou spolu v rámci jednej anestézy. Tieto dve operácie absolvujú všetci klienti a následne prichádzajú na rad rekonštrukčné zákroky, ktoré absolvujú zhruba dve tretiny klientov. U MtF sa robí orchiektómia a penektómia. Následne sa klienti podrobia rekonštrukčným zákrokom. Nie každý transsexuál však takúto operáciu podstúpi. Mnohí sa uspokojia so zmenou mena, alebo absolvovaním hormonálnej liečby.



POOPERAČNÉ OBDOBIE

Proces zmeny pohlavia je definitívne dokončený zmenou úradnej identity. Klient mení meno a priezvisko na tvar definitívne mužský alebo ženský, dostáva nový rodný list, nové rodné číslo, mení si všetky potrebné dokumenty a doklady so spätnou platnosťou.

Právne aspekty zmeny pohlavia

Proces zmeny pohlavia je definitívne dokončený zmenou úradnej identity. Osoba mení meno a priezvisko na tvar definitívne mužský alebo ženský, dostáva nový rodný list, nové rodné číslo, mení si všetky potrebné dokumenty a doklady so spätnou platnosťou.

Osoba, ktorá podstúpila zmenu pohlavia, musí v prvom rade požiadať o potvrdenie o zmene pohlavia. Na potvrdenie takejto žiadosti je príslušné Ministerstvo vnútra SR. K takejto žiadosti je potrebné doložiť lekárske potvrdenie svedčiacie o tom, že na základe chirurgického zákroku nastala u dotyčnej osoby zmena pohlavia. Nestačí vyjadrenie, že boli vykonané chirurgické zákroky, ktoré definitívne ukončili plodnosť, nakoľko ukončenie plodnosti ešte neznamená zmenu pohlavia. Pokiaľ ide o zmenu mena alebo priezviska, tú je na základe zákona č. 300/1993 Z.z. o mene a priezvisku možné povoliť ak ide o meno alebo priezvisko hanlivé, alebo ak sú na to dôvody hodné osobitného zreteľa.

Zmena mena a priezviska pri zmene pohlavia je možná ako uvádza zákon z dôvodov hodných zreteľa t.j. samotná zmena pohlavia. V zmysle §8 zákona č. 301/1995 Z.z. o rodnom čísle možno na základe lekárskeho posudku o zmene pohlavia požiadať o zmenu rodného čísla Ministerstvo vnútra SR. Po získaní osvedčenia o rodnom čísle možno požiadať o zmenu mena a priezviska. Na zápis zmeny mena alebo zmeny priezviska je príslušný matričný úrad, v ktorého matrike je zapísané meno alebo priezvisko štátneho občana Slovenskej republiky, ktorého sa návrh týka. Po zápise je potrebné bezodkladne vybaviť zmenu dokladov. V prípade zmeny mena a priezviska z dôvodu zmeny pohlavia vykoná matrika podľa zákona č.145/1995 Z.z. - o správnych poplatkoch túto zmenu bezplatne. Už v priebehu samotnej zmeny pohlavia môže osoba požiadať o zmenu mena a priezviska na neutrálnu formu. Zmena krstného mena a priezviska na neutrálnu meno a priezvisko je možná na základe potvrdenia od



sexuológa, že trpíte diagnózou F64.0. Povolit' to môže príslušný obvodný úrad na základe žiadosti zdravotníckeho zariadenia, v ktorom terapia k zmene pohlavia prebieha. Zmena mena a priezviska na neutrálne meno sa vykoná za poplatok 100 eur. Na zápis zmeny mena alebo zmeny priezviska je príslušný matričný úrad, v ktorého matrike je zapísané meno alebo priezvisko štátneho občana Slovenskej republiky, ktorého sa návrh týka. V ďalšom živote má osoba, ktorá podstúpila zmenu pohlavia a následne zmenu úradnej identity všetky práva a povinnosti prislúchajúce danému pohlaviu. Muži sa môžu ženiť, ženy vydávať a všetky páry môžu využívať služby určené neplodným dvojiciam.

Transsexualita na Slovensku a vo svete

Presný počet transsexuálov vo svete sa dá len veľmi ťažko odhadnúť. Najčastejšie sa udáva pomer jeden transsexuál na 45 000 obyvateľov. Štatistiky dokazujú, že väčší počet transsexuálov sa rodí v priebehu vojen alebo krátko po nich. Počet osôb trpiacich touto poruchou sexuálnej identity sa v Českej republike odhaduje na približne 1200

Na Slovensku neexistujú presne štatistiky týkajúce sa počtu transsexuálov. Ministerstvo vnútra prípady transsexuálov štatisticky nesleduje, no takýchto prípadov nie je veľa, približne päť za rok. Odhaduje sa, že na Slovensku žije približne 300 osôb, ktoré trpia touto poruchou sexuálnej identifikácie. Ich liečba teda zmena pohlavia je zložitým procesom, ktorý je do určitej miery hrazený zdravotnou poisťovňou. Tá na Slovensku prepláca operačné zákroky akými sú kastrácia u mužov a odstránenie maternice a vaječníkov u žien. Urobenie nového penisu, vagíny či pŕs si musia hraďiť sami. Tieto operácie sú však zriedkavé, pretože sú finančne veľmi náročné a na Slovensku s nimi chirurgovia veľa skúseností nemajú. Určité pokusy vykonať takéto operácie boli v Banskej Bystrici a v Bratislave. V Českej republike je situácia odlišná. Tam zdravotné poisťovne hradia všetky operačné zákroky súvisiace so zmenou pohlavia a chirurgovia majú s operačnými zákrokmi tohto druhu podstatne viac skúsenosti. V Českej republike existujú dve špecializované strediská, stredisko v Brne a v Prahe, ktoré sa venujú operáciám vedúcim k zmene pohlavia. V celej strednej a východnej Európe o zmenu pohlavia žiadajú častejšie ženy ako muži. Vo zvyšku sveta je to naopak. Dôvodom je horšie postavenie žien vo východnej ako v západnej Európe.



Prerobiť muža na ženu je jednoduchšie.

Záver

Počet transsexuálov vo svete veľmi prudko rastie. Množstvo pooperatívnych transsexuálnych žien sa každých šesť rokov pravdepodobne zdvojnásobuje. Hlavným činiteľom umožňujúcim tento rast je, že transsexualita sa stáva spoločensky prístupnejšia, pozornosť verejnosti priaznivejšia a liečba ľahšie dosiahnuteľná. V týchto zlepšených životných podmienkach sa viac ľudí stáva ochotných priznať svoju transsexualitu, a preto počet prípadov poruchy pohlavnej identity je stále dramatickejší

Použitá literatúra :

MARKOVÁ, E., VENGLÁROVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. 2006 Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada Publishing, 2006. 352s. ISBN 80-247-1151-6.

Kontaktné údaje:

Miroslava Vargová, Ivana Páleníková
Psychiatrická nemocnica Veľké Zálužie



8 SUPERVÍZIA

Mária Majerová

Psychiatrická nemocnica prof. Matulaya, Kremnica

Inovovaný pohľad na riešenie vlastného konania týkajúceho sa kvalifikovaného rozhodovania nám umožňuje metóda supervízie. Možnosti získania certifikátu supervízora je spojené s teoretickým a praktickým štúdiom, ktoré nám ponúka Asociácia supervízorov a sociálnych poradcov (ASSP).

Podľa slovníku cudzích slov "supervízia" pochádza z latinského "super", čo znamená nad a "vízie" vidina, zjavenie.

Supervízia je metóda zameriavajúce sa na podporu, rozvoj a reflexiu pracovníkov. "Pojem supervízie má pôvod v anglickom jazyku, kde znamená dohľad, dozor alebo tiež kontrolu, riadenie a vedenie" (Bártlová, 2007). Má za cieľ vytvoriť akýsi nadhľad nad problém a oslobodenie sa rozpoznaním možností riešenia. Pracovník potrebuje svoju prácu reflektovať, najmä činnosti týkajúce sa medziľudských vzťahov, ktoré sú jadrom potreby supervízie. Proces supervízie je odovzdávanie podpory supervízora supervidovanému. Teda tým skúsenejším menej skúsenému "(Havrdová, 2008).

Podľa Hawkinsa (2004) Hesse definuje supervíziu ako „Medziľudskú interakciu, ktorá má za cieľ, aby sa supervízor a supervidovaný stretávali v snahe zlepšiť schopnosti supervidovaného pomáhať ľuďom. Supervízia sa opiera o psychoterapeutické techniky, nie je to teda len "obyčajná rozprava" o problémoch supervidovaného. Hawkins (2004) ďalej uvádza, že vzrástol počet pomáhajúcich profesií, v rámci ktorých klienti viac vyžadujú rôzne poradenské a terapeutické prístupy.

Rozdiely medzi psychoterapiou a supervíziou:

Psychoterapia:

- zameriava sa na spokojnosť v osobnom živote, ide o rozšírenie schopností riešiť problémy, komunikovať, byť schopný sebareflexie;
- ponúka akceptáciu, pochopenie aj negatívnych stránok klienta.
- očakáva sa, že klient bude postupne odkrývať svoje problémy.

Supervízia:

- jej obsahom je pracovná sféra;
- ide o zvyšovanie profesionality v oblasti profesie;
- rozvoj schopností, zručností, návykov, získaniu informácií, ktoré budú slúžiť v pracovnom procese;
- chápe pozíciu pracovníka, zároveň má na pamäti prospech klienta;
- očakáva sa, že pracovník je schopný reagovať na aktuálnu situáciu a zaoberať sa problémami, ktoré práca prináša;
- pracovník je zodpovedný sám za seba a za výsledky svojej práce (Venglářová 2013).

Venglářová (2013) vo svojej knihe *Supervízia v ošetrovateľskej praxi* opisuje supervíziu ako „Proces, ktorého účastníkom je tím, skupiny pracovníkov či jednotliviec. Proces je zameraný na reflexiu profesijnej role, činností a aktivít spojených s pracovnou pozíciou. Najmä sa využíva v profesiách zameraných na prácu s ľuďmi, teda v zdravotníctve, sociálnych službách, v riadení ľudských zdrojov a postupne aj v oblasti vzdelávania a výchovy. "

Ďalej uvádza: „Supervízia je dôležitá pre profesijný rast zamestnancov a okrem pomáhajúcich profesií ju využívajú ľudia v oblasti manažmentu, školstva a v ďalších pracovných tímoch. "Využitie supervízie je vhodné tam, kde sú pracovníci vystavení stresujúcim situáciám, negatívnym emóciám, sú prítomní situáciám, kde ľudia trpia" (Venglářová 2013).

Práca sestry je náročná a vyčerpávajúca. Denne sa dostáva do vypätých situácií, ktoré musí okamžite riešiť. Dostáva sa do stresu a hrozí jej vyhorenie. Každý z nás má zdroje, ktoré využíva a vie ako tomuto stavu predísť.

Venglářová (2013) tieto zdroje rozdeľuje na **súkromné**, kam zaraďuje rodinu, priateľov a ľudí s ktorými si môžeme pohovoriť o čomkoľvek. Tu však vzniká problém, pretože v zdravotníckom povolání nás Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších právnych predpisov v § 80 ods. 2 zaväzuje k povinnej mlčanlivosti zdravotníckych pracovníkov.



Ďalší zdroj pomoci tvoria **profesionálne** zdroje kam patria kolegovia, členovia tímu a niekedy aj nadriadení. Sem môžeme zaradiť aj *supervíziu*.

Supervízie sa zúčastňuje supervízor a supervidovaný. Podľa Venglárovej (2013) je *supervízor* vyškolený odborník v oblasti supervízie. Jeho prvou úlohou je pomáhať pracovníkom v ich práci a v jej reflexii. Nie je to nadriadený, nepreberá riadiacu funkciu za vedúcich pracovníkov. Nie je tiež mentor a psychoterapeut.

Supervidovaným sa stáva pracovník akceptujúci fakt, že súčasťou pracovného rastu je účasť v supervíziu. "Základnou úlohou supervidovaného je ujasniť si svoje potreby a očakávania, prípadne hranice, za ktoré nechce ísť. Aktívne pripravuje témy, ktoré do supervízie prináša "(Venglářová, 2013). Supervidovaní môžu mať spočiatku zmiešané pocity z účasti na supervízii. Je nutné, aby boli oboznámení s cieľmi a účinkami supervízie a aby správne pochopili, čo od nej môžu očakávať. (Venglářová, 2013).

Druhy supervízie

Supervízia je nástrojom sprevádzania pracovníkov pomáhajúcich profesií. Pracovníci sú často zo svojej práce emočne, fyzicky aj psychicky vyčerpaní, preto by supervízia mala poskytovať určitú mieru sebareflexie. Hlavnou úlohou supervízie je "nielen rozvíjať zručnosti, porozumenia, schopnosti supervidovaného, ale v závislosti od prostredia môže mať aj ďalšie funkcie" (Hawkins a Shoet, 2004). Autor ďalej uvádza nasledujúce funkcie supervízie:

Vzdelávacie funkcie

Týka sa rozvoja zručností a porozumenie pracovníka. Deje sa tak rozoberaním práce supervidovaného. Pracovník sa učí, ako lepšie rozumieť klientovi, chápať dynamiku interakcie práce s klientom a uvedomovať si hlbšie svoje reakcie na správanie klienta.

Podporná funkcia

Reaguje na fakt, že všetko trápenie a zúfalstvo klientov na pracovníka pôsobia a musí sa s ním vyrovnávať. Negatívne emócie na pomáhajúceho pracovníka pôsobia a musí ich určitým spôsobom ventilovať. V prípade, že sa pracovník týmto pocitom nevenuje, môže dôjsť až k syndrómu vyhorenia.



Riadiaci funkcie

Plní stránku kontroly kvality. Je to potreba človeka mať niekoho, kto sa na problém pozrie z iného uhla, kto prácu skontroluje. Reaguje tiež na ľudské zlyhanie či osobné predsudky. Pomáha zabezpečiť kvalitu práce. Všetky funkcie supervízie sa navzájom prekrývajú a nie sú úplne oddelené (Hawkins a Shoet, 2004).

V teoretických konceptoch i v praxi sociálneho poradenstva rozoznávame tri základné typy supervízie podľa jej centrálneho zamerania: ***supervízia organizácie, supervízia tímu, prípadová supervízia***. Ďalej píše: „Potreba supervízie organizácie sa začala objavovať v situáciách, keď v prípadovej supervízii začali účastníci narážať na problémy limitované organizáciou a jej kultúrou“. (Gabura, 2013).

Venglářová (2013) uvádza možnosti organizovania supervízií:

- **Individuálna supervízia:** vhodná pre ľudí pracujúcich v riadiacich funkciách alebo pre sestry v mimoriadnych situáciách;
- **Tímová supervízia:** najbežnejšia forma, riešia sa problémy komunikácie, spolupráce, predávania informácií, preberanie prípadov v tíme spolupracovníkov;
- **Skupinová supervízia:** väčšinou ide o pravidelne sa stretávajúcich sa ľudí rovnakých profesií z rôznych pracovísk.

Každá z nich má svoje výhody a nevýhody, je preto na situácii pre ktorú supervíziu sa rozhodneme. V ***individuálnej supervízii***, ktorá má dynamickú formu, pracuje supervízor iba s jedným supervidovaným. ***Skupinovej supervízie*** sa zúčastňuje viac supervidovaných.

Skupinová supervízia má mnohé výhody:

- ekonomické (šetrí čas a peniaze);
- vytvára sa podporná atmosféra medzi supervidovanými;
- objavuje sa širší rozsah a frekvencia vstupov, reflexií, spätných väzieb;
- objavuje sa bohatší materiál viaceré aspekty životných a pracovných skúseností, rôzne typy; identifikácie s poradcom i klientmi;
- je menšie riziko závislosti od supervízora;

- supervidovaný má možnosť učiť sa z úspechov a rizikových intervencií ostatných účastníkov;
- využíva sa skupinová dynamika a synergický efekt;
- môžu sa účinnejšie využívať špecifické postupy vyžadujúce účasť viacerých členov (hranie rolí, modelovanie, práca so sochami atď.) (Gabura, 2013).

Venglářová (2013) zhrnula výhody a nevýhody skupinovej supervízie do tabuľky:

Výhody skupinovej formy supervízie	Nevýhody skupinovej supervízie
Finančná	menej odráža individuálny charakter práce
Časová	chýba pohľad z vonku (len od supervízora)
podpora ostatných v tíme	je nutné pracovať so skupinovú dynamikou
supervízor môže sledovať rôzne reakcie na preberané témy	je menej času na jednotlivých členov skupiny
pracovníci ponúkajú škálu životných a profesijných skúseností	
možnosť využitia rôznych techník	

Poskytovanie supervízie v zdravotníckych zariadeniach.

Supervízie v zdravotníckych zariadeniach je využívanie len minimálne, kým v sociálnych zariadeniach je táto forma podpory pracovníkov veľmi často zastúpená. Fakt, že supervízia v sociálnych zariadeniach je poskytovaná viac ako v zdravotníctve vysvetľuje aj to, že je nepriamo uvedená v Zákone č. 305/2005 Z.z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a zákone č. 448/2008 Z.z Právna úprava supervízie v sociálnych službách.

Ľudia vykonávajúci dlhodobo akékoľvek zamestnanie sú po určitej dobe ohrozený stratou chuti do práce a následne syndrómom vyhorenia. Tým viac sa to týka pomáhajúcich profesií kam práca sestry nepochybne patrí. Je len na nás, ako sa s touto



situáciou budeme vyrovnávať. Či po osobnej skúsenosti so supervíziou budeme túto metódu využívať a korekciou a reflexiou vlastného odborného konania následným vyrovnávaním sa s problémami každodennej praxe.

Použitá literatúra:

1. BÄRTLOVÁ, Eva, 2007. *Supervize v sociální práci*. Ústí nad Labem: FSE UJEP. ISBN 978-80-7044-952-3.
2. GABURA, Ján, 2013. *Teória a proces sociálneho poradenstva*. IRIS - Vydavateľstvo a tlač, s.r.o. ISBN 978-80-89238-92-7
3. HAVRDOVÁ, Zuzana et al., 2008. *Praktická supervize*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-532-1.
4. HAWKINS Petr a Robin SHOET, 2004. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-715-9.
5. VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2013. *Supervize v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4082-9.

Kontaktné údaje:

Mgr. Mária Majerová

Psychiatrická nemocnica prof. Matulaya, Kremnica

e-mail: majerova.maja@gmail.com



9 VPLYV MEDIKALIZÁCIE NA SPOLOČNOSŤ

Mátyás Magyar

Psychiatrická liečebňa Plešivec

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá medikalizáciou a jej vplyvom na spoločnosť. Medikálizáciu môžeme definovať ako proces, pri ktorom sa fyziologické aspekty života a telesné stav človeka začínajú sa vnímať ako odborné lekárske problémy a následne sa aj riešia lekárskou intervenciou. Je to fenoménom 20. storočia, kedy sa životné obdobie človeka alebo životný proces, ktorý by sa neriešil medicínsky. Veľkú úlohu v medikalizácii zohrávajú farmaceutické firmy, ktoré nútia svojich zákazníkov riešiť každý banálny problém prostredníctvom medikamentov. Svoj biznis stavajú na strachu svojich zákazníkov, ktorí sa boja o svoje zdravie. Ich hlavnou cieľovou skupinou sú zdraví a solventní ľudia, pre ktorých vymýšľajú choroby tak, že chorobou nazývajú „problémy bežného živo ta“. Dva základné odbory, u ktorých sa najvýraznejšie prejavil proces medikalizácie sú psychiatria a gynekológia – pôrodnictvo. V mojej prednáške presne pomenovávam konkrétne príklady týkajúce sa týchto odborov.

Kľúčové slová: Medikalizácia. Medikalizácia v spoločnosti. Medikalizacia v psychiatrii.

Zmeny v spoločnosti

V tradičnej spoločnosti boli ľudia zoskupení okolo príbuzných, deľba práce bola jednoduchá a takáto spoločnosť bola kultúrne homogénna. V dnešnej spoločnosti, kde väčšia časť ľudí žije vo veľkých mestách, kultúrne rozdiely sú veľké, komunikácia je anonymná a deľba práce je vysoká, vytvárajú sa organizácie, preberajúce úlohy, ktoré predtým plnila rodina a cirkev alebo ju neplnil nikto. Na tieto spoločnosti sa prenášajú úlohy ako výchova dieťaťa, zdravotnícka starostlivosť, starostlivosť o starých ľuďoch, zabezpečenie poriadku a spravodlivosti. Vytvárajú sa formálne organizácie zamerané na dosiahnutie určitých špecifických cieľov (Jandourek, 2009).

Medikalizácia a spoločnosť

Byť chorým je menej stigmatizujúce, ako pripustiť osobné zlyhanie (Calnan, Williams, 1992). Medikalizácia rôznych sociálnych situácií ako alkoholizmus, starnutie, obezita a podobne môžu byť zdrojom „náhradnej sociálnej identity“ (Clarke et al., 2003). Tento efekt medikalizácie s následnou možnosťou financovania liečby rôznych ťažkostí z verejných zdrojov ako napríklad depresia alebo chronický únavový syndróm, podnecuje aj samotných pacientov sa aktívne podieľať na tomto procese. Aktívna účasť pacientov na medikalizácii je dôkazom moci medicínskych vedných disciplín. Definovaním problému a jeho medicínskym pomenovaním sa mu priznáva reálna existencia.

Kritici medikalizácie upozorňujú na jej negatívne dôsledky, podľa nich medikalizácia vedie k tomu, že sociálny problém je individualizovaný, pozornosť sa nesústreďuje na príčinu, ale riešia sa jeho následky v individuálnej rovine. Medicína je vysoko pretechnizovaná a liečba úzko špecializovaná, čo sa považuje za synonymum dehumanizovanej medicíny. Vzrastajúca prevaha medicíny nad sociálnymi problémami sa popisuje ako medikalizácia celého ľudského života.

Termín medikalizácia spoločnosti vyjadruje spôsoby a vzťahy, ktorými sa určité aspekty ľudského života alebo telesný stav človeka presúva do profesijnej lekárskej sféry. Určité sociálne otázky alebo stavy, ktoré sme považovali za fyziologické, dostávajú lekárske pomenovanie, začínajú sa vnímať ako odborné lekárske problémy a následne sa aj riešia lekárskou intervenciou (Bártlová, 2009).

Opačných procesov, čiže demedikalizácie, vypustenia problému z lekárskej kompetencie je veľmi málo. Príkladom môže byť homosexualita, ktorá sa prestala liečiť a začína byť spoločnosťou tolerovaná.

Jedinec sa vzdáva svojej autonómie a zodpovednosť prenecháva medicínskym odborom. Je to fenoménom 20. storočia a nenachádzame taký spoločenský problém, také životné obdobie človeka alebo životný proces, ktorý by sa neriešil medicínsky. Zo spoločenských problémov spomeňme alkoholizmus, drogovú závislosť ako konečné štádium, ale aj cestu k vytvoreniu závislosti. A tu sa otvára ďalšia oblasť možnosti medikalizácie a to prevencia možnosti vytvorenia závislosti. Z „normálnych“ životných a psychických procesov a stavov sa stávajú poruchy a choroby, ktoré sa sledujú a liečia, ako napríklad tehotenstvo, pôrod, menštruácia, menopauza, neplodnosť, duševné



problémy ako smútok, smrť, starnutie, obezita, sexuálna výkonnosť, plešatosť a iné (Rác, 2006).

Medikalizácia v sú časej rozvinutej podobe je výsledkom procesov posledných desaťročí, ale musíme spomenúť aj skoršie obdobie medikalizácie, ktorá je spojená s vytváraním a rozvojom základných medicínskych odborov.

Súčasnú, rozvinutú medikalizáciu vnímame ako rozširovanie už vyformovaných medicínskych odborov a venovanie sa otázkam, ktoré jednoznačne patrili pod iné spoločenské inštitúcie. Stráca sa spoločenské postavenie rodiny, cirkvi, školy. Rieši sa detská neposednosť, vekom sa znižujúca sexuálna výkonnosť, starnutie, krása a podobne (Bánfalvi, 2009).

Príčinu samotného procesu medikalizácie vysvetľujú rôzne teórie. Na prvom mieste sa uvádza snaha o rozširovanie dominancie medicíny ako odboru, iné teórie uvádzajú, že lekári iba reagujú na celospoločenské zmeny, ktoré zapríčiňuje industrializácia a byrokracia. Iné teórie vnímajú medikalizáciu ako sú časť kapitalizmu a rozvoj zdravotníckeho priemyslu vytváraním spotrebiteľskej závislosti. Dva základné odbory, u ktorých sa najvýraznejšie prejavil proces medicinalizácie, sú psychiatria a gynekológia - pôrodnictvo. Obidve tieto odbory sa zaoberajú takými ľudskými problémami, ktoré boli v minulosti vnímané ako prirodzené javy a dnes ich aj laici vnímajú ako základné medicínske otázky, ktoré sa bez lekára nemôžu riešiť (Bánfalvi , 2009).

Medikalizácia v psychiatrii

Medikalizácia sociálnej deviancie je proces, v ktorom sa nemedicínsky problém pracovný, vzťahový, mravný definuje ako problém medicínsky, choroba alebo porucha a vytvorí sa pre neho medicínske riešenie, prevencia a liečba (Conrad a Schneider, 1980). Do oblasti medicínskeho záujmu sa dostávajú deviantné javy spadajúce aj do sféry trestného práva, lekári nadobúdajú moc definovať problém z pozície profesijnej autority. Deviantné správanie sa spoločensky prestáva posudzovať ako dobré a zlé, ale sa posudzuje sa ako normálne a abnormálne (Bánfalvi , 2009). Detská hyperaktivita ADHD sa diagnostikuje u každého dieťaťa, ktoré sa v škole nevie sústrediť alebo neposedí. Počet detí s touto „diagnózou“ neúmerne rastie a liečba sa realizuje podávaním liekov. Depresiu ako chorobu diagnostikujú lekári oveľa častejšie ako pred

polstoročím. Pojem depresia sa používa na pomenovanie pocitu prázdnoty, smútku, žiaľu, nespokojnosti, hľadania vlastnej identity, nesúladu medzi túžbou a realitou, pocitu odcudzenia. Je oveľa jednoduchšie ich medicínsky pomenovať a liečiť ako hľadať podstatu týchto ťažkostí. Kovács pripisuje rozmach depresie aj objaveniu nových antidepresív z radu SSRI liekov, ktoré s pomerne malými vedľajšími účinkami výrazne zlepšujú celkové pocity človeka (2006).

Medikalizácia ženy

Tehotenstvo je považované za fyziologické až po jeho ukončení. Pôrod sa presúva do nemocníc a pôrodnica je miesto, ktoré je označené za najbezpečnejšie a najlepšie pre tento účel. Rodenie detí sa stalo záležitosťou vedy, prijímajú sa medicínske rozhodnutia, javy sa definujú v termínoch zdravia a choroby. Lekár je odborník, ktorý zaistí bezpečnosť pre rodičku aj dieťa. Pôrod sa dehumanizoval a medializoval, je označovaný ako riziková udalosť, ktorá je bez lekárskej pomoci nemožná, respektíve veľmi nebezpečná (Marek, 2005).

Menštruácia, biologický jav v živote každej ženy sa tiež nevyhla medikalizácii. Lekár má monopolné postavenie na definovanie pojmu menštruácie, on je kompetentný poučiť mladé dievča o menštruácii, ak to neurobí matka, prípadne učiteľka v rámci zdravotnej výchovy. Tieto informácie podávané lekárom sú čisto biologické, bez emócií a sociálneho kontextu. Mladé dievča behom prvej menštruácie prežíva jej najsilnejšie sociálne aspekty. Potrebuje vedieť, ako ju zakrývať, ako o nej hovoriť, kde si zaobstarať vhodné pomôcky a ako s nimi manipulovať. Medicína definovala normálnu menštruáciu. Biomedicínske výskumy ženskej fyziológie a reprodukčného systému stanovili normálny vek začiatku menštruácie, normálnu dĺžku pravidelného cyklu, objem menštruačnej krvi, normálny čas a priebeh menopauzy a tiež normálne emocionálne a psychologické stavy, ktoré ju sprevádzajú (Lorber, 2005).

Záver

S rozvojom medikalizácie sa rozvíja aj biomedicínska ideológia, ktorá vníma telo ako mechanicky fungujúci stroj a do pozadia posúva osobné aj spoločenské



faktory. Ľudské problémy strácajú morálny charakter, zjednodušujú sa na telesné procesy, ktoré sa ľahšie dajú kontrolovať a ovplyvňovať. Človek sa pod vplyvom medikalizácie stáva opatrným, jeho pozornosť sa sústreďuje na rozhodnutia, či sa z medicínskeho hľadiska správne stravuje, správne sedí, správne pohybuje, správne opaľuje, správne si chráni svoju kožu, či má správnu váhu, či sa dosť často venuje sexu, či správne citovo reaguje, či správne vychováva svoje deti. Zdravý človek má svoje činnosti vykonávať pre pocit radosti a šťastia. Základom zdravia má byť pôžitok z uspokojovania svojich potrieb (Bánfalvi, 2009).

Zoznam použitej literatúry

BÁRTLOVÁ, S. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. prepracované a doplnené vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S. 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta, 2009. 141 s. ISBN 978- 80-8063-306-6.

BÁNFALVI, A ., 2009. *Ami morális volt, medikálissá vált*. In: Tanulmányok a filozófia köreib 1. Eger 2009. Az Eszterházy Károly f i skola tudományos közleményei . 2009. [online].[citovane 2013/01/11] Dostupné na internete < [http://filozofia.ektf.hu/anyagok/Filoz%C3%B3fia_Konferenciak%C3%B6tet_szerkesztett_4_boritoval](http://filozofia.ektf.hu/anyagok/Filoz%C3%B3fia_Konferenciak%C3%B6tet_szerkesztett_4_boritoval.pdf). pdf >

BÁNFALVI, A ., 2003. *Téboly, elmebetegség, agykárosodás*. 2003 [online].[citovane 2013/01/10] Dostupné na internete < <http://www.lam.hu/folyoiratok/lam/0306/24.htm> >

CLARE, L. H. et al. 2006. The Continuity and Discontinuity of the Embodied Self in Infertility . In: *Canadian Review of Sociology and Anthropology* 43, s.95-113

ČADA, K., 2009. *Medikalizacespoleč nosti, socializace medicíny* Praha: Institut sociologických studií 2012 [online].[citovane 2013/01/16] Dostupné na internete < <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cuni.cz%2Fiss-118-version1-Cada> >



JANDOUREK, J. 2009. *Úvod do sociologie*, 2. Vyd Praha: Portál, 2009. 232 s. ISBN 978-80-7367-644-5

KOVÁCS, J., 2004. *Pszichiátria és medikalizáció*, In: Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában. 2012 [online].[citovane 2013/01/06] Dostupné na internete < <http://www.lam.hu/folyoiratok/lam/0410/21.htm> >

KOVÁCS, J., 2006. *Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában*. Budapest 2006 2012 [online].[citovane 2013/01/16] Dostupné na internete < http://reald.mtak.hu/347/1/Kovacs_Jozsef.pdf >

SKORUNKA D.: *Medikalizace našeho života*

Kontaktné údaje:

Mátyás Magyar

Psychiatrická liečebňa Plešivec



10 EMOCIONÁLNE A SOCIÁLNE NARUŠENÉ DETI A ICH INFORMOVANOSŤ O DROGOVÝCH ZÁVISLOSTIACH

Zuzana Bartovičová, Oľga Mrovčáková
Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela,
Klinika drogových závislostí, Pezinok

Prednáška pojednáva o problematike detí žijúcich v detských domovoch a o ich informovanosti o drogových závislostiach.

Kľúčové slová: emocionálne a sociálne narušené deti, inštitucionálna starostlivosť, droga, informovanosť

ÚVOD A CIELE PRÁCE

Deti žijúce v detských domovoch sú vystavené mnohým psychosociálnym prvkom, ktoré sa negatívne odrážajú na ich vývine a tak spôsobujú u nich mnohé psychopatologické anomálie, ktoré ich predurčujú na častejšie experimentovanie vo všetkých životných oblastiach.

Cieľom tejto práce je:

- spracovať v teoretickej rovine základné údaje o detských domovoch a o prežívaní detí v nich umiestnených
- stručne opísať psychosociálne činitele drogovej závislosti
- zrealizovať reálny prieskum dotazníkovou metódou, na zistenie
- informovanosti detí žijúcich v detských domovoch o škodlivosti užívania drog
- stanoviť hypotézy a vyhodnotiť celý prieskum
- vypracovať odporúčania pre prax

EMOCIONÁLNE A SOCIÁLNE NARUŠENÉ DETI

- ich spoločnou charakteristikou je, že tieto deti zažívali v styku s dospelými rôzne citové traumy, ktoré mohli byť buď ako viaceré drobné citové zranenia, alebo ako hlboké citové traumy
- vďaka vyššie uvedenému, majú tieto deti bolestné spomienky, prežívajú vnútornú bolesť, neistotu
- navonok sa negatívne, bolestné a traumatické zážitky prejavujú spôsobom správania, ktoré sa vymyká z normy a stáva sa deštruktívnym pre samo dieťa, ale aj pre okolie dieťaťa
- mierne poruchy prežívania a správania: vzdor, agresivita, sociálna neprispôsobivosť, vzťahové problémy, poruchy učenia, úzkosť, depresia
- ťažké poruchy prežívania a správania: afektívne poruchy, endogénne psychózy

CHARAKTERISTIKA DETSKÉHO DOMOVA

Detský domov je v zmysle zákona č.305/2005 Z.z o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č.305/2005 Z.z.“) definovaný ako prostredie utvorené a usporiadané na účely vykonávania rozhodnutia súdu o nariadení ústavnej starostlivosti, predbežného opatrenia a o uložení výchovného opatrenia. Detský domov dočasne nahrádza dieťaťu jeho prirodzené rodinné prostredie alebo náhradné rodinné prostredie od narodenia až po dosiahnutie plnoletosti, najdlhšie do 25 rokov jeho veku. Zabezpečuje dieťaťu bývanie, stravovanie, ošatenie a prípravu na budúce povolanie. Z radu zamestnancov v DeD (detský domov), tvoria základňu práve tí, ktorí pracujú v bezprostrednej blízkosti dieťaťa. Sú to vychovávateľia a odborní zamestnanci, ako je psychológ, liečebný pedagóg, špeciálny pedagóg a sociálny pracovník.

Detské domovy majú sociálne zameranie so širokým spektrom pôsobností. Zabezpečujú starostlivosť o deti, o ktoré sa rodičia z rôznych dôvodov nechcú, nemôžu alebo nevedia postarať. Všetky detské domovy sú financované zo štátneho rozpočtu. Na Slovensku je cca 70 detských domovov a finančná čiastka, ktorú potrebujú na svoju činnosť, NIE JE ZANEDBATEĽNÁ.



Všetky detské domovy sú inštitúciami rodinného typu. Intenzívna transformácia detských domovov z internátnych typov na typy rodinné prebiehala v rokoch 2001-2007. Táto zmena bola pre prípravu dieťaťa do života veľmi potrebná. Momentálne je aktuálnym trendom v tejto oblasti DEINŠTITUCIONALIZÁCIA detských domovov. Jej hlavnou myšlienkou je vytvárať rôznymi spôsobmi také podmienky v detských domovoch, ktoré majú len veľmi málo spoločné s „inštitúciou“. Hlavnou prioritou je pobyt dieťaťa v DeD čo najkratší čas.

NEGATÍVA UMIESTNENIA DIEŤAŤA DO DETSKÉHO DOMOVA (Škoviera, 2007)

- Neschopnosť vytvorenia si citovej väzby k určitej osobe
- Narušený vývin osobnosti
- Strata identity vlastnej osobnosti – nevie kto je, odkiaľ je, aké sú jeho -
- „korene“ a tak nemá na čom stavať vlastnú budúcnosť
- Narušená sebaúcta, sebaakceptácia a sebavedomie

PSYCHOSOCIÁLNE ČINITELE DROGOVEJ ZÁVISLOSTI (Matoušek, Kroftová 2003)

- Problémy puberty
- Individuálna motivácia k droge
- Sociálna motivácia k droge

Ako ukázali sociálno-psychologické zistenia, je najčastejšou príčinou túžba po získavaní nových zážitkov, sklon experimentovať a zvedavosť, ktorá je typickým sprievodným javom dospievania.

MLÁDEŽ A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

Najdôležitejšia je v tejto oblasti prevencia. Trapková definuje ciele primárnej prevencie nasledovne: „Cieľom primárnej prevencie je podporiť u mládeže protidrogové postoje a normy, ponúkať pozitívne alternatívy trávenia voľného času,



ooboznámiť s možnosťami riešenia obtiažnych situácií v rátane možností, kam sa obrátiť v prípade problémov spojených s užívaním návykových látok“. (Trapková 2003)

PRIESKUM – INFORMOVANOSŤ DETÍ ŽIJÚCICH V DETSKOM DOMOVE O ŠKODLIVOSTI UŽÍVANIA DROG

Cieľom empirickej časti tejto práce bolo zistiť, do akej miery sú deti žijúce v detských domovoch informované o škodlivosti užívania drog. Vzhľadom na to, že z času na čas sa v detských domovoch užívanie drog mládežou vyskytne, javilo sa zaujímavým zistiť, či je vyššie uvedené užívanie omamných látok spôsobené okrem iného aj neinformovanosťou detí o škodlivosti užívania drog.

ZÁVER

Cieľom prieskumu bolo zistiť úroveň informovanosti detí žijúcich v detských domovoch o škodlivosti užívania drog. Hypotéza A/ potvrdila, že deti sú dostatočne informované v tejto oblasti a informácie získavajú najmä v detskom domove od vychovávateľov. Napriek tomu sa z času na čas vyskytne v detskom domove užívanie omamných látok. Príčinou však nie je neinformovanosť detí, ale zložitosť prežívania ich nepriaznivej životnej situácie, do ktorej vstupujú ďalšie negatívne faktory. Pri celkovom zhodnotení výskumu nám vyšla zaujímavá súvislosť medzi niektorými vyhodnoteniami jednotlivých otázok:

- Asi štvrtina opýtaných uviedla, že niekedy drogu použije
- Asi štvrtina opýtaných začala fajčiť pred 10. rokom veku
- Asi štvrtina opýtaných má zlý vzťah so svojimi rodičmi
- Asi tretina opýtaných trávi svoj voľný čas pasívne
- Asi štvrtina opýtaných považuje marihuanu za neškodlivú
- Asi štvrtina opýtaných uvádza, že pravidelné užívanie marihuany NEMÁ žiaden dopad na zdravie človeka



ODPORÚČANIA PRE PRAX

- dostatočná informovanosť – besedy s odborníkmi aj s vyliečenými narkomanmi
- snaha o citovú väzbu voči vychovávateľovi
- dôsledná kontrola detí
- podchytenie prvých prejavov užívania drog
- vyplnenie voľného času zmysluplnými činnosťami

Kontaktné údaje:

Mgr. Zuzana Bartovičová

Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela,

Klinika drogových závislostí, Pezinok

e-mail: bartovicova.zuzana29@gmail.com

Oľga Mrovčáková

Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela,

Klinika drogových závislostí, Pezinok



11 DIAGNOSTIKA MARKEROV ALKOHOLIZMU V OLÚP N.O. PREDNÁ HORA

Veronika Kováčová

Odborný liečebný ústav psychiatrický, n.o. Predná Hora

Súhrn

Biologické markery zneužívania alkoholu vznikajú najčastejšie v dôsledku nadmerného uvoľnenia normálneho obsahu bunky do krvi alebo moču. Markery detekcie alkoholizmu môžeme rozdeliť na dve skupiny: na markery súvisiace s konzumáciou alkoholu v poslednom čase a na markery dlhodobého užívania alkoholu. Markery súvisiace s nadmernou konzumáciou alkoholu v poslednom čase sú alkohol, acetát, 5-hydroxytryptofán a EtG (etylglukoronid). EtG je metabolit etylalkoholu, ktorý sa vytvára v organizme po expozícii etanolom (pitie alkoholických nápojov). Používa sa ako marker príjmu alkoholu, monitorovanie abstinencie kde je pitie zakázané. Markerov dlhodobého užívania alkoholu je viac. Najznámejšími sú GMT, MCV a CDT, pričom posledný z nich, považovaný za najviac senzitívny nie je súčasťou bežného štandardného laboratórneho vyšetrenia a vyšetruje sa na celom Slovensku len u nás. Karbohydrát-deficientný transferín (CDT) je abnormálna varianta transferínu (krvnej bielkoviny, ktorá funguje pri preprave železa cez krvné riečisko) nájdená vo zvýšenom množstve u osôb zneužívajúcich alkohol. Dôležitá je kombinácia markerov, pretože spojením dvoch alebo viacerých rôznych laboratórnych testov je možné dosiahnuť lepšiu senzitivitu a presnosť pri vyšetrení na alkohol.

Kľúčové slová: Vyšetrenie. Markery. Alkoholizmus.

Tradičné diagnostické markery

Tradičnými diagnostickými markermi sú membránovo viazaný pečeneňový enzým gamaglutamyltransferáza (GMT), stredný objem erytrocytov (MCV), ďalej aspartátaminotransferáza (AST) a alanín-aminotransferáza (ALT). Tiež alfa-amyláza a laktátdehydrogenáza sú parametre ovplyvnené etylizmom. Často nachádzame zvýšenú koncentráciu kyseliny močovej, býva zvýšená aktivita myokardiálnej frakcie



kreatínkinázy (CK-MB), koncentrácia karcinoembryonálneho antigénu (CEA) a môže byť vyššia koncentrácia imunoglobulínu A (IgA). Prítomné sú tiež zmeny lipidového spektra (stúpa HDL cholesterol a nachádzame hypertriacylglycerolémiu). Je potrebné uviesť si, že diagnostika abúzu alkoholu a etylizmu je komplexná, tkvie v dobrej medziodborovej spolupráci, neexistuje jediný špecifický diagnostický marker a samozrejmom nevyhnutnosťou je dostupné laboratórne parametre výhodne voleným spôsobom kombinovať, rovnako ako aj vylúčiť iné príčiny ich zmien.

Spomedzi hepatálnych enzýmov je najviac ocenený vzostup aktivity GMT, ktorá je prítomná vo všetkých tkanivách, hlavne však v pečeni a obličkách. GMT je najsenzitívnejší pri detekcii ťažkej konzumácie alkoholu (senzitivita takmer 70 %) a pokladá sa za marker compliance a abstinencie, pretože jeho hladina sa zvyšuje po 1-2 týždňoch regulárnej konzumácie alkoholu. Syntéza je indukovaná alkoholom, nezávisle od prítomnosti pečenej lézie. Vzostup hodnoty GMT sa nachádza u 50 - 90 % ťažkých alkoholikov. Najčastejšie sa hodnota pohybuje medzi 2-3-násobkom fyziologických hodnôt, ale môže byť i omnoho vyššia. AST je zvýšená u 45 - 70 % osôb s abúzom alkoholu. Vzostup však nezodpovedá závažnosti pečenej lézie. AST je zvýšená u 60 - 80 % alkoholikov s cirhózou pečene, ale rovnakú hodnotu AST majú aj chorí s menej závažnou léziou. ALT je zvýšená a menej výrazná než AST a môže byť len ľahko elevovaná, alebo dokonca úplne normálna i u ťažkých alkoholikov. Konštantným nálezom u alkoholikov je elevácia stredného objemu erytrocytov, teda makrocytóza. Je prítomná bez závislosti od prítomnosti deficitu kyseliny listovej. Príčinou je pravdepodobne toxický efekt alkoholu na vývoj erytrocytov. Prítomnosť makrocytózy nekoreluje so závažnosťou pečenej lézie.

ETG - Etylglukuronid

Etylglukuronid je priamy neoxidačný metabolit alkoholu (etanolu) vytvorený „in vivo“. Vzniká spojením etanolu s kyselinou glukurónovou účinkom UDP-glukuronyltransferázy. Touto cestou sa metabolizuje len 0,02 - 0,04% požitého alkoholu. Je dôležité spomenúť, že pri endogénnej produkcii alkoholu (fermentácia) etylglukuronid nevzniká. Z tohto dôvodu je špecifickým biomarkerom požitia alkoholu. Prítomnosť Etylglukuronidu v moči indikuje požitie alkoholu spravidla do 4 dní od



poslednej konzumácie. Preto je považovaný za ideálny marker pre potreby diagnostiky abstinencie.

HPLC - Kvapalinová chromatografia (meranie množstva CDT)

Kvapalinová chromatografia, ktorá prebieha pri zvýšenom tlaku. (HPLC – High Performance Liquid Chromatography). Reagenčná sada firmy Bio-Rad %CDT meria relatívne množstvo jednoduchých izoforiem transferínu v pomere k celkovému množstvu transferínu. V súčasnosti je CDT(Karbohydrát-deficientný transferín) najviac špecifický biochemický marker pre detekciu nadmerného užívania alkoholu a pre monitorovanie abstinencie v priebehu liečby v porovnaní s inými markermi (GMT, AST, MCV). Transferín je glykoproteín viažuci železo, skladajúci sa z dvoch polysacharidových reťazcov vetvených na variabilné množstvo negatívne nabitých koncov kyseliny sialovej. Tieto konce kyseliny umožňujú separáciu transferínu na niekoľko izoforiem. Železom saturovaný transferín môže byť separovaný do najmenej 6 izoforiem, a-, mono-, di-, tri-, tetra- a pentasialo. Relatívne množstvo disialo izofromy rastie po nadmernom pití (>50-80g etanolu/deň) v období 2 alebo viac týždňov. Môžu sa vyskytovať asialo a príležitostnemonosialo izoformy. Všeobecne je súčet a-, mono- a disialo izoforiem chápaný ako CDT.

Záver

Klinicky stanovené markery alkoholizmu sú pečeneňové enzýmy (GMT, AST, ALT), transferín a MCV. Pri monitoringu akútneho príjmu sa používa meranie koncentrácie alkoholu v krvi, moči a v dychu. Avšak, bežne používané markery sú podmienené radom faktorov, ako vek, pohlavie a rôzne telesné ochorenia. S ohľadom na to, nádejne sa zdajú byť nové metódy, ako meranie etylglukoronídu (EtG) a glukuronid-5-hydroxytryptofolu (GTOL).

Kontaktné údaje:

Mgr. Veronika Kováčová
OLÚP, n.o. Predná Hora
Muráň 2



12 MONITOROVANIE, HODNOTENIE A VÝSKUM EFEKTÍVNOSTI LIEČBY ZÁVISLOSTI v SR, ČR, PL

Slabejová Mária

Odborný liečebný ústav psychiatrický, n.o. Predná Hora

ABSTRAKT

Príspevok pojednáva o výskume, ktorý bol realizovaný v rámci výzvy na podporu programov, iniciatív a aktivít zameraných na účinné a efektívne využívanie zdrojov v oblasti protidrogovej liečby, v súlade s Národnou protidrogovou stratégiou Slovenskej republiky na obdobie rokov 2013 – 2020. Išlo o výskumný projekt „Monitorovanie, hodnotenie a výskum efektívnosti liečby závislosti na medzinárodnej úrovni, s európskou pridanou hodnotou“. Hlavným cieľom projektu bol monitoring a hodnotenie terapeutických zmien v liečbe závislosti, s cieľom prispieť k lepšiemu porozumeniu všetkým aspektom závislostnej problematiky a účinkom jednotlivých opatrení a poskytnúť tak vierohodné, komplexné a na faktoch založené podkladové materiály na účely národných politik a opatrení krajín EÚ.

Kľúčové slová: Výskum. Protidrogová liečba. Efektívnosť liečby.

ÚVOD A CIELE PRÁCE

Závislosť od návykových látok je celosvetový problém. Návyku prepadajú jedinci bez ohľadu na národnosť či rasu, sociálnu situáciu, vzdelanie, vek, pohlavie, či iné faktory. Odborníci uvádzajú, že presný počet ľudí, závislých od psychoaktívnych látok vo svete nie je známy. Ich celkový počet sa odhaduje na viac ako na 50 miliónov ľudí. Počet evidovaných a diagnostikovaných závislých je niekoľkonásobne nižší. Problematika súvisiaca s pitím alkoholu sa sleduje z rôznych aspektov. Odhadujú sa a vyčísľujú napr. finančné náklady a to jednak na samotný alkohol, ale i náklady vzniknuté v dôsledku zneschopenia pre rôzne ochorenia, či úrazy v dôsledku alkoholu. Celosvetové ekonomické náklady v dôsledku psychických zdravotných



porúch sa pohybujú v miliardách dolárov. R.1990 WHO uverejnila náklady za medicínske ochorenia na celom svete. Duševné ochorenia nás stoja omnoho viac, ako iné ochorenia. Predmetom záujmu odborníkov sú aj psychické komplikácie u závislých (psychózy). Poukazuje sa aj na iné celospoločenské dôsledky pitia, akými sú rozvodovosť, trestná činnosť, ale aj sociálna a vývojová prosperita detí z rodín závislých rodičov. Pozornosť púta aj pitie u detí, mladých ľudí, u žien, či u geriatrickej populácie. Menej často sa však stretávame s porovnávaním úspešnosti liečby závislosti v jednotlivých liečebniach a to či už doma alebo v zahraničí. Klinická prax so závislými bola podnetom, ktorý viedol k rozhodnutiu realizovať nasledujúci výskum.

Jedným z hlavných cieľov výskumu bolo zmapovať, v akom štádiu zmeny sa pacienti nachádzali v rôznych fázach liečby.

SÚHRN

Výskumný súbor tvorilo 380 pacientov závislých od alkoholu, z toho 282 mužov a 98 žien. Priemerný vek v súbore bol 44,58 rokov, u mužov 44,04 a u žien 46,18 rokov. Väčšinu výskumného súboru tvorili pacienti OLÚP, n. o., Predná Hora (n=212), ďalej pacienti Wotuw Krakow (n=117) a pacienti zo psychiatrickej liečebne Pateb Jemnice (n=51).

Takmer polovica (46,5 %) pacientov bola nezamestnaná, 36,7 % pacientov malo stále zamestnanie. Z ostatných v invalidnom dôchodku bolo 6,9 % pacientov, 9 % v starobnom dôchodku a asi 1 % tvorili študenti.

Vyššie tretina pacientov (37,4 %), mala v čase liečenia partnerský vzťah, nasledovali slobodní (30,1 %), rozvedení (28,7 %) a ovdovení pacienti (3,8 %). Štatistická analýza ukázala, že slobodní pacienti vykazovali závažnejší vzorec problémov s alkoholom, než pacienti v manželstve a rozvedení pacienti.

DISKUSIA

Prvá výskumná otázka sa zameriavala na symptómy závislosti pacientov pri príchode na liečenie. Odpoveď na počiatočný stav, súvisiaci so symptómami závislosti v čase zahájenia liečby – a to závažnosť užívania alkoholu, sme získali administrovaním dotazníka AUDIT. V tomto dotazníku väčšina pacientov vnímala seba

samých ako závislých od alkoholu. 75 % pacientov popisuje svoj problém s alkoholom na začiatku liečby kriticky a akceptuje ho ako ochorenie so závažnou diagnózou a s nutnosťou liečby.

Druhá výskumná otázka bola zameraná na výskyt psychopatologických fenoménov u pacientov a na ich zmenu v priebehu liečenia. Miera závažnosti celkového skóre, vyjadreného GSI indexom dotazníka SCL-90 indikuje, že vzhľadom k začiatku liečby, kde prevažovala klinicky závažná úroveň psychopatológie, v jej ďalších fázach došlo k signifikatnému poklesu závažnosti a nárastu počtu pacientov s normálnu úrovňou psychopatológie. Pacienti, ktorí ukončili liečbu v 12 týždni, vykazovali vo všetkých subškálach SCL, s výnimkou subškály fóbie, signifikantne nižšiu mieru psychopatológie, než pacienti končiaci liečbu v 6 týždni. Je pozoruhodné, že tento pokles bol nameraný už v 6. týždni liečby napriek tomu, že pacienti riadne neukončili liečbu a signifikantne sa nelíšil od poklesu v skupine, ktorá liečbu ukončila v 12 týždni (graf č. 6). Uvedené zistenie môže viesť k záveru, že k najvýraznejšiemu poklesu psychopatológie dochádza v prvých týždňoch liečby. Pri nástupe na liečenie je pacient často v zlom klinickom stave, následne je medikovaný, jeho stav sa stabilizuje, dochádza k úprave somatického stavu, začína chodiť do terapeutických skupín, čo vedie k výraznému ústupu psychopatológie. Nástup efektu psychoterapie je pomalší ako nástup medikácie, ale je to efekt dlhodobejší. Práve uvedený pokles psychopatológie v ďalšom umožňuje terapeuticky pracovať s pacientom, pretože prestáva blokovať jeho kognitívnu kapacitu a dokáže tak efektívnejšie pracovať na skupinách. Je otázkou, či by sme pri ešte viac predĺženej liečbe dosiahli štatisticky významný rozdiel (medzi 6 a 12 týždňom, resp. koncom liečby).

Jednou z hlavných výskumných otázok bolo (č.3), v akom štádiu zmeny sa nachádzajú pacienti, ktorí prichádzajú na protialkoholickú liečbu. Z výsledkov vyplýva, že prevažná väčšina pacientov sa už pri príchode vníma v štádiu akcie alebo prípravy. V štádiu akcie znamená, že závislí sa vnímajú tak, akoby už menili svoje správanie, zážitky a/alebo prostredie takým smerom, aby problémy súvisiace s pitím prekonal. Zdá sa teda, že u väčšiny pacientov nie je potrebné výrazne zvyšovať ich motiváciu a je možné používať ciele postupy na zmenu podľa tohto modelu.

Výsledky výskumu nám teda naznačujú, že na udržanie motivačného štádia a na výrazný pokles psychopatológie môže byť dostatočne účinná už aj 6 týždňová liečba. Výhodou 12 týždennej liečby je však ďalšie znižovanie psychopatológie, nakoľko



v tom období je možné viac ovplyvňovať charakteristiky súvisiace s osobnostnými črtami a tiež psychický stav, často s charakteristickou obsesívno - kompulzívnou zložkou, pravdepodobne súvisiacou s cravingom.

Za limit v našich výskumných zisteniach považujeme získavanie údajov od rôznych skupín pacientov, čo sa môže podieľať na niektorých rozdieloch, ktoré tým pádom nesúvisia a nie sú dôsledkom rôznej dĺžky liečby. Ukazuje sa, že presnejšie údaje by nám mohlo poskytnúť kontinuálne sledovanie. Preto chceme u pacientov, ktorí boli zaradení do výskumnej vzorky, v meraní pokračovať aj po ukončení projektu. Rovnako je obtiažne posudzovať tú skupinu pacientov, ktorí liečbu predčasne ukončili a to z dôvodu malého počtu jedincov v súbore.

Je tiež otázne, s akou presnosťou zachytáva 12 položkový dotazník RCQ nielen pripravenosť k akcii, ale aj konkrétne viditeľné kroky. V tomto prípade by bolo vhodné tieto kroky operacionálne definovať. Vynára sa aj otázka, či je dotazník RCQ vhodný na diferenciáciu štádií zmien v rôznych etapách liečenia.

Domnievame sa, že zistenia výskumu je potrebné ďalej overovať v početnejšom súbore kontinuálne snímaných pacientov a pri určovaní štádií zmien je potrebné hľadať citlivejšie meracie nástroje.

Limity výskumu

Za limity našich výskumných zistení považujeme získavanie údajov od rôznych skupín a preto niektoré zmeny môžu byť ovplyvnené aj rozdielmi medzi skupinami, nie len dĺžkou liečby. Zdá sa, že presnejšie údaje nám poskytuje kontinuálne sledovanie a preto v meraní chceme u pacientov, ktorí boli zaradení do výskumnej vzorky, pokračovať aj po ukončení projektu (týka sa liečebne OLÚP, P.H). Podobne je problematické posúdiť skupinu pacientov, ktorí liečbu predčasne ukončili a to pre nízky počet pacientov.

Otázne je tiež, nakoľko presne postihuje 12 položkový dotazník RCQ nielen pripravenosť k akcii, ale aj konkrétne viditeľné kroky. Tu by bolo vhodné tieto kroky ďalej operacionálne definovať. Je dotazník RCQ vhodný na diferenciáciu v rôznych etapách liečenia? Ako veľmi užitočným sa na základe výskumných údajov ukázal dotazník SCL-90, ktorý sa zdá byť v ústavných podmienkach dostatočne citlivý. Výsledky výskumu poukazujú na to, že aj 6 týždňová liečba je na udržanie



motivačného štádia a na dosiahnutie výrazného poklesu psychopatológie dostatočne účinná. Výhodou 12 týždennej liečby je však ďalšie zníženie psychopatológie.

Odporúčanie

Bolo by potrebné pokračovať vo výskume a zosnímať vyšší počet ľudí a to vo všetkých štádiách liečby. Ako vhodnejšie sa ukazuje kontinuálne meranie u tých istých pacientov.

Záver

Výsledku výskumu nás oprávňujú tvrdiť, že väčšina pacientov, ktorí prichádzajú na liečbu, sa nachádza v štádiu akcie, alebo prípravy. Tieto štádia sa významnejšie počas liečby nemenia. Výskum nepotvrďuje, že by tieto štádia boli závislé od psychopatologického stavu. Výsledky poukazujú na to, že hoci si jedinec uvedomuje, že pije príliš veľa, neznamená to, že proti tomu niečo konkrétne aj robí. Pre terapeutický proces je potom dôležité ponúknuť pacientom konkrétne kroky, ktoré by túto akciu premietli do konkrétnych zmien v ich živote. Korelácia s rekogníciou upozorňuje na potrebu viac sa venovať tým ľuďom, ktorí nevnímajú svoje pitie ako neprimerané, problémové a neboli motivovaní k liečbe z vnútorných, ale z vonkajších dôvodov. Je potrebné najprv zvýšiť ich uvedomenie a potom pracovať na konkrétnych krokoch.

Podrobné monitorovanie vývoja psychického stavu pacienta dotazníkom SCL-90 počas liečby ukázalo významný pokles psychopatológie už na konci 6 týždňov a tento pokles pokračoval aj pri 12 týždňovom hodnotení. Keďže sa zistil štatisticky významný vzťah medzi závažnosťou pacientovej závislosti a mierou psychopatológie, potvrdilo sa, že zastavenie užívania alkoholu výrazne redukuje závažnosť psychopatológie. Somatizačné a úzkostno depresívne stavy reagujú na liečbu veľmi dobre a stabilizujú sa už po prvých šiestich týždňoch. Naše výsledky svedčia o schopnostiach pacientov konceptualizovať svoje aktuálne problémy.

Identifikovanie premenných súvisiacich s predčasnými dobrovoľnými odchodmi z liečby, s cieľom do budúcnosti ich aj predikovať a predchádzať im, bolo problematické kvôli nízkemu počtu pacientov, ktorí počas výskumu liečbu svojvoľne ukončili. Rysuje sa tu však výrazná rola vysokej miery ambivalencie.



LITERATÚRA: spracované podľa príručky vydanéj k danému výskumu. Príručka je k dispozícii k nahliadnutiu: **ZÁVEREČNÁ SPRÁVA K PROJEKTU:** Monitorovanie, hodnotenie a výskum efektívnosti liečby závislosti na medzinárodnej úrovni s európskou pridanou hodnotou.

Predhovor: PhDr. Vladimír Stanislav, PhD., MPH

Úvod: MUDr. Mária Martinove, PhD.

Súhrn: PhDr. Miloš Šlepecký, CSc., PhDr. Antónia Kotianová

Charakteristika krajín z pohľadu systémov a štruktúry liečby závislosti

Slovensko: PhDr. Vladimír Stanislav, PhD., MPH

Poľsko: Mgr. Ewa Piskorz

Česko: Mgr. Lenka Machová

Metódy a metodiky: PhDr. Vladimír Stanislav, PhD., MPH

Štatistické spracovanie a výsledky: PhDr. Miloš Šlepecký, CSc., PhDr. Antónia

Kotianová, Mgr. Michal Kotian,

PhDr. Vladimír Stanislav, PhD., MPH

Správu vypracovali : PhDr. Miloš Šlepecký, CSc., PhDr. Antónia Kotianová,

PhDr. Vladimír Stanislav, PhD., MPH

Projekt realizovali: PhDr. Vladimír Stanislav PhD., MPH, Ing. Pavol Hurajt, Mgr. Petra Glücknerová, Ing. Alexandra Hurajtová, MUDr. Janka Kvetková, MUDr. Mária Martinove, PhD., MUDr. Mária Martinove ml.,

Administrácia a zber dát: Mgr. Mária Slabejová, Mgr. Zuzana Fuňová, Mgr. Peter Knapík, PhDr. Štefánia Laskovská, Mgr. Ľubica Profantová, Mgr. Katarína Slancová.

Kontaktné údaje :

Mgr. Slabejová Mária

e-mail: maria.slabejova@olup-prednahora.sk



ABSTRAKTY



1 HODNOTENIE STAROSTLIVOSTI OČAMI PACIENTOV V DENNOM PSYCHIATRICKOM STACIONÁRI

Mária Nečasová, Mária Nguyenová, Katarína Michalíková

Psychiatrická klinika JLF UK a UNM Martin

Okrem tradičnej ústavnej a ambulantnej starostlivosti má v psychiatrii nezastupiteľný význam komunitná starostlivosť. Táto forma starostlivosti o pacientov s duševnými poruchami nie je na Slovensku dostatočne rozvinutá a reprezentujú ju najmä denné stacionáre. Psychiatrická klinika JLF UK a UNM v Martine poskytuje pacientom v dospelom aj v detskom veku akútnu ústavnú starostlivosť. Od roku 2006 je súčasťou kliniky aj denný psychiatrický stacionár.

Starostlivosť v stacionári je zameraná na diagnostiku, liečbu a doliečovanie pacientov s poruchami nálady a s psychotickými poruchami. Často je u pacientov prítomná aj porucha osobnosti alebo majú v anamnéze škodlivé užívanie návykových látok. Najčastejšie ide o doliečovanie pacientov, ktorí boli hospitalizovaní na klinike, kde absolvovali komplexnú starostlivosť v akútnej fáze duševnej poruchy. Určitý podiel pacientov je zo spádových psychiatrických ambulancií, u ktorých dôjde k zhoršeniu už prebiehajúcej a liečenej psychickej poruchy. Optimálna kapacita stacionára je 10 miest na deň. V starostlivosti sa kladie dôraz na rôzne režimové, rehabilitačné, psychoterapeutické a socioterapeutické aktivity. Starostlivosť poskytujú erudovaní pracovníci – sestra, psychiater a klinický psychológ. Cieľom komplexnej starostlivosti je resocializácia a reintegrácia, teda návrat pacienta do plnohodnotného života a v závislosti od jeho stavu aj do pracovného pomeru. Nezastupiteľnú úlohu v stacionári má práve sestra špecializovaná v ošetrovateľskej starostlivosti v psychiatrii, zameraná na komunitnú psychiatriu. Koordinuje manažment pacientov, realizuje rôzne rehabilitačné a socioterapeutické aktivity, pričom stacionár má vypracovaný špecifický režim.

V príspevku sú formou videoprezentácie priblížené osobné skúsenosti pacientov a subjektívne hodnotenie starostlivosti v našom stacionári, jej význam a zmysel a to práve „očami“ pacientov pri rôznych diagnózach.

Kľúčové slová: denný stacionár, komunitná psychiatrická starostlivosť.



2 JE PSYCHIATRIA HLADKÉ LÔŽKO ?

Katarína Samecová

Psychiatrické oddelenie UN L. Pasteura Košice

Abstrakt

Za posledné obdobie sú kladené vyššie nároky na výkon povolania zdravotníckeho pracovníka v jednotlivých pracovných kategóriách v psychiatrii aj s ohľadom na charakter psychiatrických oddelení. To nás vedie k úvahám otvoriť diskusiu na tému zmeny zaradenia lôžka v posteľovom fonde v psychiatrických zariadeniach. S tým súvisiaci je aj téma minimálneho počtu pracovníkov lôžkového oddelenia v profesii sestry, zdravotný asistent / sanitár, v dennej a nočnej prevádzke. Úlohou zdravotného personálu na psychiatrickom oddelení je: diagnostikovať pacientov problém, liečiť, chrániť, pomáhať. Svojím správaním a konaním slúžiť ako vzor, edukovať pacientov, či už o kvalite životného štýlu alebo o spôsobe vyrovnávať sa so stresovými situáciami. Členovia ošetrovateľského personálu by mali byť v prvom rade sami v dobrej psychickej a aj vo fyzickej kondícii, ku ktorej sú potrebné vhodné pracovné podmienky s dostatkom času na pacientov. Z nášho pohľadu je potrebná realizácia preklasifikovania psychiatrických pracovísk. Minimálne na lôžkových oddeleniach zo štandardného akútneho lôžka na lôžko s intenzívnou starostlivosťou a k tomu aj úprava minimálnych personálnych požiadaviek.

Kľúčové slová: Psychiatria, Ošetrovateľský personál, Minimálne personálne požiadavky

Súhrn:

Téma príspevku je venovaná súčasným podmienkam výkonu ošetrovateľskej starostlivosti o duševne chorých, s hlavným zameraním na samotný výkon povolania sestier, zdravotných asistentov a sanitárov na pracoviskách psychiatrie.

Sestry, zdravotní asistenti, sanitári predstavujú najväčšiu skupinu zdravotníkov. Často sú v prvom kontakte pacientom a zohrávajú výraznú úlohu aj pri skvalitňovaní



zdravia jednotlivcov, rodínám, komunitám.

V súvislosti s tým kladieme si otázky: „Ako vieme pracovať a zabezpečiť bezpečnosť pacientov. Je zabezpečená bezpečnosť personálu. Plníme dôsledne ordinácie lekára, je dostatočne realizovaný ošetrovateľský proces - pozorovanie pacienta, zvýšený dohľad pri riziku suicídia pacienta, predchádzame sebapoškodeniu pacienta, zvládame a predchádzame fyzickým atakom medzi pacientmi / útokom na personál, ochránime pacienta pred pádom, bezpečne dozeráme na pacientov pred elektrokonvulziou alebo po nej. Je jednoduché zabezpečiť doprovod pacienta na vyšetrenie, doprovod pacienta pri preklade do iného zdravotníckeho zariadenia z radov personálu. Vieme zabezpečiť službu kvalitne so súčasným personálnym obsadením?“

Niektoré psychiatrické oddelenia supľujú záchytné stanice, detenčné lôžka, vykonáva sa ÚPS priamo pri hospitalizovaných pacientoch na lôžkových oddeleniach. Sú tieto postupy správne a nemenné? Môžeme konštatovať, že súčasné ošetrovateľstvo svojím zameraním vo výkonoch sestry je orientované hlavne na administratívne činnosti, čo z pracovnej zmeny vykazuje minimálne cca 60% času a len cca 40 % zostáva na kontakt s pacientom.

Počas pracovnej zmeny ošetrovateľský personál okrem realizácie základných liečebných úkonov a ošetrovateľského procesu vykonáva nekončiaci a neutíchajúci rad občas až bizarných požiadaviek, ako zo strany pacientov, tak aj rodinných príslušníkov. Vytvárame bezpečné prostredie, snažíme sa o vytvorenie príjemného a uzdravujúceho prostredia pre všetkých pacientov (náročnosť jednotlivých diagnóz), s ohľadom aj na udržanie psychického zdravia každého pracovníka.

Každý pacient má právo na profesionálnu starostlivosť sestier, zdravotných asistentov, sanitárov, nie je to však možné pri aktuálnych minimálnych personálnych požiadavkách na počet hospitalizovaných pacientov s duševnou poruchou.

Každý zdravotnícky pracovník má právo na pocit bezpečia pri výkone povolania. Nemá prežívať strach z nástupu do práce, či zvládne svoju zmenu bez ujmy na zdraví, či už pacientovom alebo svojom. Nemá znášať právne dôsledky len preto, že nemohol byť na dvoch – troch miestach naraz.



Skúsme priniesť také zmeny pre pracovníkov pracujúcich v psychiatrických zariadeniach, ktoré by minimalizovali jak zdravotné, tak aj psychické a aj právne dôsledky, ktorých príčinou bol nedostatočný počet personálu.

Zoznam bibliografických odkazov:

Reforma psychiatrickej starostlivosti, výnos MZ SR č.09812/2008 – OL

Kontaktné údaje:

PhDr. Katarína Samecová

Kosatcova č.8

040 01 Košice

mail: katarina.samecova@unlp.sk,

t.č: 0907134677



OLÚP, n. o. PREDNÁ HORA

Muránska Huta, časť Predná Hora č. 126, 049 01 Muráň

Telefón: 058 / 4866 111

e-mail: olup@olup-prednahora.sk

www.olup-prednahora.sk



SPONZORI:

