

Štandardné
postupy



Názov:

**Odporúčaná postup pre stratu domova
v detstve**

Autor:

prof. PhDr. Marta Horňáková, PhD.

Odbor:

Liečebná pedagogika:

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Odporúčany postup pre stratu domova v detstve

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
117	23. september 2020	schválené	1. december 2020

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

prof. PhDr. Marta Horňáková, PhD.

Konzultanti: PhDr. Kvetoslava Kotrbová, PhD., MPH; PaedDr. Erika Kováčsová, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR (OPS Liečebná pedagogika: PaedDr. Mária Čunderlíková; Mgr. Katarína Kiseľáková; Mgr. Zuzana Yakhyaev, PhD.; Mgr. Barbora Vodičková, PhD.; PaedDr. Oľga Matušková); hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II (Mgr. Barbora Vodičková, PhD.; PhDr. Kvetoslava Kotrbová, PhD., MPH; PaedDr. Monika Stupková, PhD.; PaedDr. Mária Čunderlíková; Mgr. Zuzana Yakhyaev, PhD.); členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; MUDr. Róbert Hill, PhD., MPH; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubíško, PhD., mim.prof.; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Mária Murgašová; Ing. Jana Netriová, PhD., MPH; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Martin Vochyan; MUDr. Andrej Zlatoš; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Húsková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; Mgr. Ing. Mária Syneková; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: „Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

Kľúčové slová

poruchy zdravia, strata domova, strata vzťahu, bezprízornosť, výchova v náhradnom prostredí bez pevného vzťahu

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

- MKF** Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia
MKCH 10 Medzinárodná klasifikácia chorôb - 10. revízia

Pojmy:

- primárna väzba - bazálny vzťah medzi dieťaťom a opatrovateľskou osobou,
- opustenie dieťaťa - vyjadruje situáciu dieťaťa, ktoré bolo fyzicky opustené, alebo odložené,
- odmietnutie - je citovým neprijatím, otvoreným alebo skrytým nezáujmom o dobro dieťaťa, spravidla je spojené s neuspokojovaním jeho základných potrieb a zanedbávaním, týraním,
- osirenie po dlhodobom ochorení rodiča (strate vzťahu predchádzali krízové situácie v rodine),
- osirenie po tragickej a náhlej strate blízkej osoby (suicídium, zabitie, úraz, ...),
- strata rodičov pri vojnových udalostiach, prírodných katastrofách, počas migrácie, dlhodobé odlúčenie od rodiny,
- odobratie na základe súdneho rozhodnutia, straty rodičovských práv,
- únos, zavlčenie, predaj – nedobrovoľné pozbavenie osobnej slobody a porušenie práv dieťaťa.

Kompetencie

Lekár so špecializáciou pediatria (ev. všeobecný lekár pre deti a dorast, prípadne lekár s inou špecializáciou - neurológia, klinická onkológia, prípadne iné) – pri identifikácii častého ochorenia/ochorení diagnostikuje udalosť straty domova (v rámci vykonávanej rodinnej anamnézy) v kontexte zdravotného stavu.

Sestra – pri posudzovaní potrieb osoby, rodiny a komunity v rozsahu preventívnych opatrení identifikuje skutočnosť straty domova v kontexte diagnostikovaných ochorení.

Psychológ – vykoná psychodiagnostiku, poradenstvo, sprevádza dieťa procesom smútenia, podporuje stratégiu zvládania.

Psychoterapeut - spolupracuje pri liečbe psychických ochorení (úzkostné poruchy správania, depresia, poruchy vzťahov, nadmerný vzdor), prevencii a terapii maladaptívnych kognitívnych a emocionálnych schém. Robí poradenstvo pre opatrovateľov, náhradných rodičov, aj pre rodičov pri navrátení dieťaťa do rodiny.

Liečebný pedagóg – vykoná liečebnopedagogickú diagnostiku zacielenú na funkčné oslabenia, konflikty, zdroje zvládania a potenciály dieťaťa, rodiny/náhradnej rodiny a prostredia. Ponúka poradenstvo, liečebno - výchovné opatrenia (v rámci cvičení a programov s využívaním prvkov disciplín ako sú arteterapia, biblioterapia, muzikoterapia, ergoterapia, terapia hrou, dramaterapia, terapia pohybom), podporu salutorov, integruje liečebno - výchovné opatrenia do starostlivosti o dieťa v interdisciplinárnom a multiprofesionálnom tíme odborníkov.

Sociálny pracovník – vykoná sociálnu diagnostiku, sanáciu sociálneho prostredia, zariadi sociálno - právnu ochranu.

Úvod

Strata domova je zriedkavejšia pri úmrtí rodičov, najčastejšie k nej príde po rozpade rodiny, v dôsledku kríz alebo tragických udalostí pri prírodných, vojnových, sociálnych a iných katastrofách. V prípade násilia, zneužívania, ťažkého zanedbávania môže byť vyňatie z rodiny pre dieťa vyslobodením zo zlej situácie, ale spravidla prežíva aj tak záťažové situácie pre rôzne straty (kamarátov, prostredia, osobných vecí, zvieratka) s následkom stresu, porúch zdravia. Vyskytujú sa aj poruchy správania so začiatkom v detstve. Okolnosti, ktoré predchádzajú alebo vedú k strate domova, alebo samotná strata domova, zostávajú často skryté, spravidla odborne neriešené a vedú k prehľbovaniu zdravotných ťažkostí dieťaťa. Identifikácia súvislostí a komplexná terapia (zdravotná, psychologická, pedagogická, sociálna) môže zvrátiť patologický vývin a posilniť zdravie.

Tento štandardný postup bol vytvorený na základe starších štúdií v oblasti náhradnej výchovy (Langmeier, Matějček, 1963, 2015, Dunovský, 1995, Škoviera, 2005, 2011) a európskych odporúčaní, odborných poznatkov v problematike rešpektovaných a uznávaných autorít a v praxi klinicky overených skúseností v zariadeniach náhradnej výchovy, poradenstve, pri krízovej intervencii. Metaanalýzy a multicentrické, randomizované kontrolované štúdie sú zriedkavé v tejto problematike. Dôvody spočívajú v citlivosti a jedinečnosti situácie dieťaťa so stratou domova, ako aj kultúrnych a sociálnych diferencií v riešeníach v jednotlivých krajinách. Kým niekde riešia situáciu dieťaťa pri prvých náznakoch zlyhania rodiny a majú systém odborných služieb na úrovni najnovšieho poznania, inde si všímajú až vyhrotené krízové situácie. Niekde je dieťa ponechané na svoje okolie, prípadne sa dostáva na ulicu.

Hodnotenie váhy dôkazov:

Ia: metaanalýzy alebo systematické prehľady randomizovaných kontrolovaných klinických štúdií

Ib: aspoň jedna randomizovaná klinická kontrolovaná štúdia

IIa: aspoň jedna kontrolovaná štúdia bez randomizácie

IIb: aspoň jedna štúdia iného typu, napr. kvázi - experimentálna, bez randomizácie

III: deskriptívne štúdie, ako napr. komparatívne, korelačné a kazuistiky

IV: odborné odporúčania, názory a klinické skúsenosti rešpektovaných autorít

Prevenencia

Včasná pomoc pri hrozbe straty vzťahov a rozpadu rodiny je významná v prevencii ochorení u detí. Nedá za zabrániť všetkým stratám, ale preventívne ich môže znížiť príprava na rodičovstvo, sprevádzanie mladých rodín, včasná identifikácia a podchytenie rizikových matiek (psychicky choré, osamelé, nezrelé, s negatívnymi návykmi, bez matiek, preťažené - napr. starostlivosťou o dieťa s ťažkým ochorením) a ich partnerov (závislé, nezamestnané, vulnerabilné osoby so sklonom k násiliu). Pri indikovanej prevencii, kde

už prišlo k narušeniu vzťahov a zdravia, umožňuje podpora rodičovských kompetencií a mobilizácia zdrojov zvládania v prostredí predísť najzávažnejším poškodeniam.

Epidemiológia

Na Slovensku vyrastalo v r. 2017 v domoch detí a centrách pre deti a rodiny približne 14 000 detí (1,32 % detskej populácie), sú medzi nimi aj deti so zdravotným postihnutím (Zdroj: stránka Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny). Nie je zistené, koľko detí žije doma bez riadnej starostlivosti alebo bez pevného vzťahu a vnímavej prítomnosti rodičov. Prieskum, ktorý na Slovensku v roku 1999 na vzorke 5 230 detí od 15 do 16 rokov robilo združenie Slonad, ukázal, že až štvrtina detí zažila od rodičov telesné týranie - ako bitie, kopanie či rezanie. Viac ako 12 percent detí hovorilo, že boli obeťami pohlavného zneužívania a agresorom bola osoba blízka či známa. Tretina týraných povedala, že zážitok ju stále traumatizuje, tretina, že sa ešte nikomu nezdôverila. Predpokladá sa, že na Slovensku je týrané každé tretie dieťa. Novšie výskumy nie sú.

Patofyziológia

Strata domova v detstve predstavuje pre dieťa silný stres a má dopad na jeho vývin v závislosti od veku a pridružených okolností napr., traumatizujúce udalosti, dlhodobé strádanie s oslabením imunity, horšia výživa a patogénne modely správania rodičov. Už v prenatálnom veku dieťaťa sa na jeho vývine negatívne odráža nepripravenosť rodičov na rodičovstvo (nadmerné pracovné vyťaženie, stresy, slabá sociálna opora, užívanie alkoholu, drog a pod.). Stúpa riziko poškodenia, dieťa má nižšiu hmotnosť, poruchy organizácie mozgových funkcií alebo ochorenia. Zaplavenie mozgu stresovými hormónmi vedie k zvýšeniu citlivosti na záťaž, (Utz, 2006, s. 4), neskôr k zníženiu schopnosti učiť sa.

Matka nepripravená na rodičovstvo môže mať komplikovanejší pôrod a nevie ponúknuť dieťaťu bezpečnú väzbu. Najintenzívnejšie je stimulované v čase, keď sa sústredia na seba tvárou v tvár. Láskyplná interakcia (Prekopová, 2009, s. 45) aktivuje zrkadliace neuróny: Bez zrkadliacich neurónov nie je žiaden kontakt, spontaneita, alebo emocionálne porozumenie“.

Deprivačné skúsenosti v ranom veku poškodzujú výstavbu mozgových štruktúr. V ranom štádiu sa vytvárajú a upevňujú modely správania dieťaťa. Ak sa utvárajú v stresovej situácii, neskôr vytvárajú bariéry, ktoré sa javia ako biologická danosť a vyžadujú si náročnú starostlivosť, aby sa dosiahla zmena (Speck, 2008, s. 102). Matka prijíma signály dieťaťa (Pöthe, 2008, s. 15) a mení ich na významy, ktoré umožnia naplniť potreby dieťaťa. Ak na jeho plač reaguje plačom, na zúfalstvo zúfalstvom, vedie to k obojstrannému vyčerpaniu. U detí rastie riziko ochorenia na depresiu. Prevažne negatívne a silné emócie nedokáže amygdala u malých detí spracovať. Kaskáda stresu sa posilní. Obmedzuje delenie buniek glií, prichádza k oslabeniu mozgového kmeňa. Včasné zanedbávanie spôsobuje zníženie integrácie oboch hemisfér, preto sa narušuje kooperácia (ruka - ruha, oko - ruha) a dochádza častejšie aj k chronickým ochoreniam (Walserová, 2010).

U detí v školskom veku je strata domova často spojená s dlhým obdobím života v problémovej rodine, napr. pre psychické ochorenie. Essau (2002, s. 127) zistila, že depresívne matky boli menej aktívne, ich zaobchádzanie s deťmi bolo menej hravé, poskytovali im menej fyzického i verbálneho kontaktu. Boli viac kritické a negatívne. Interakčné modely medzi matkou a dieťaťom sa vyznačovali naučenou bezmocnosťou. Deti prejavovali menej radosti a hodnotili sa horšie. Cítili sa bezmocné.

U detí, ktoré žijú so závislým rodičom, boli popísané časté:

- psychosomatické ochorenia (astma, enuréza, oslabenie imunity, poruchy príjmu potravy...),
- psychické a socializačné poruchy (depresie, fóbie, delikvencia, poruchy pozornosti, znížené komunikačné schopnosti, hyperaktivita, manické poruchy),
- obeť násillia, zneužívania, skoro siahajú k drogám (Albrech - Böhnke, Wunsch, Peters, 2011).

Problémom je aj nerovnováha medzi záťažou a odpočinkom, následnou neschopnosťou kontrolovať svoje správanie (impulzivita), nedostatok sebadôvery, narušené vzťahy k iným ľuďom. Pri zvýšenej závislosti na pomoci (syndróm FAS, mentálna disabilita, poruchy reči, zmyslov, chronické ochorenia, poruchách učenia), má pokles záujmu opatrovateľskej osoby o dieťa ešte dramatickejšie dôsledky.

Strata domova v detstve, či už faktická alebo psychosociálna, vedie k oslabeniu zdravia a zníženiu predpokladov pre sociálny a morálny vývin – ten je súčasťou jedného kontinua mozgovej činnosti oblastí prefrontálnej kôry (Churchlandová, 2011).

Klasifikácia

Podľa MKCH 10 sem patria:

- Z59 Problémy súvisiace s bývaním alebo ekonomickou situáciou ako extrémna chudoba, neprimerané bývanie, nedostatok primeranej potravy, bezdomovstvo
- Z61.0 Strata láskyplného vzťahu v detstve
- Z61.1 Premiestnenie z domova v detstve
- Z61.2 Zmena rodinných vzťahov v detstve
- Z61.3 Udalosti vedúce k strate sebaúcty v detstve
- Z62 Ústavná výchova a vzdelávanie
- Z62.0 Nedostatočný rodičovský dozor a kontrola
- Z62.3 Nepriateľstvo voči dieťaťu, dieťa ako obeť baránok
- Z62.4 Emočné zanedbávanie dieťaťa
- Z63.4 Zmiznutie a smrť člena rodiny
- Z63.5 Rozpadnutie rodiny odlúčením a rozvodom
- Z65 Problémy súvisiace s inými psychosociálnymi okolnosťami. Ohrozenie prírodnou katastrofou, vojnou alebo iným nepriateľstvom
- Z81 Poruchy psychiky a správania v rodinnej anamnéze

Podľa MKF:

- v Kap. 3 Komunikovanie (príjem, vytváranie konverzácie),
- v Kap. 5 Samoobslužné procesy (umývanie, obliekanie, hygienické potreby, jedenie),
- v Kap. 7 Interpersonálne interakcie a vzťahy,
 - d 710 Základná interpersonálna interakcia (postoje, emócie, kontakt, tolerancia),
 - d 720 Komplexná interpersonálna interakcia (vytváranie vzťahov, regulácia, pravidlá),
 - d 750 Neformálne vzťahy (priatelia, známi, susedia),
 - d 760 Rodinné vzťahy (rodič dieťa, rodič rodič, vzťahy so súrodencami...),
 - d 810 Učenie a vzdelávanie,
 - d 920 Rekreačia a voľný čas, záľuby.

Pre zistenie sociálnej opory možno použiť hodnotenie z Faktorov životného prostredia:

Kap. 3 Podpora a vzťahy

e 310 Najbližšie rodina a

e 315 Širšia rodina,

e 430 Poskytovatelia osobnej starostlivosti – opatrovatelia, alebo

e 355 Odborníci v zdravotníckych oblastiach.

Klinická otázka: Aká je korelácia medzi intenzitou symptómov a potrebou pomoci?

Klinický obraz

Kým u dospelých sa potvrdilo, že strata domova môže viesť aj k smrti alebo psychickému ochoreniu, u detí, ktoré nevedia o tom rozprávať, sa mylne predpokladá, že to zvládajú. Ťažký stres má u nich však zničujúcejšie účinky, lebo nemajú vybudované stratégie zvládania. Dieťa reaguje individuálne vzhľadom na svoj vek, danosti, okolnosti. Významné je, či má sociálnu oporu. Kontext straty (Mareš, 2012) u dieťaťa je iný ako u dospelého, lebo dieťa má menej možností veci zmeniť. Situáciu sťažujú neistí dospelí, presvedčenie, že dieťa má iné poruchy, je „menejcenné“, tiež nevhodný spôsob kontroly a riadenia psychického vývinu (ignorovanie prežívania dieťaťa, verbálne nútenie, podceňovanie).

Dieťa môže reagovať regresom, pasivitou (syndróm hospitalizmu), úpadkom, zúfalstvom, somatizáciou, agresiou voči sebe a okoliu, stratou záujmu, poruchami správania a pod.. Tie môžu mať však aj iné príčiny. Pre iné deti je typickým zdrojom zvládania snaha dávať okoliu najavo, že je s nimi všetko v poriadku. Vtedy sú častejšie symbolické symptómy (bolesti brucha, zlý spánok, strata záujmu o učenie, chronické ochorenia, úrazy a pod.). Skryté prejavy záťaže u dieťaťa bývajú príčinou, pre ktorú sa mu nedostane potrebná pomoc. Dieťa reaguje modelmi patologického prispôsobenia, ktoré sa integrujú do jeho osobnosti a sú potencionálnou príčinou zdravotných, vzťahových a sociálnych problémov aj v dospelosti.

Celoživotné následky potvrdila štúdia z roku 2009, ktorá sledovala zdravie Fínov, ktorí sa ako malé deti počas vojny ocitli mimo domova. Vykazovali takmer dvojnásobnú mieru úmrtí na srdcovo - cievne ochorenia v porovnaní s populáciou, ktorá bola doma v ťažkých vojnových časoch. Mali tiež vyšší krvný tlak, vo zvýšenej miere diabetes 2. typu, viac trpeli ťažkou

depreciou a mali zvýšené stresové hormóny (Alastalo, 2009). Vo vyspelých krajinách je preto starostlivosť o dieťa po strate domova (sociálnej alebo psychologickej) obligatórna.

Diagnostika/Postup určenia diagnózy

Diagnostika sa opiera o objektívne údaje o vzťahných osobách a výchove. Zisťuje primárne zdravotný stav dieťaťa a pri podozrení na závažné psychické problémy pokračuje psychológ, psychiater, liečebný pedagóg.

Ak má lekár podozrenie, že zdravotné problémy dieťaťa môžu súvisieť so stratou domova:

Psychológ zisťuje odchýlky od vývinu, prípadné poruchy.

Psychiater zisťuje prítomnosť porúch správania a psychického zdravia, robí psychiatrickú diferenciu diagnostiku.

Liečebný pedagóg hodnotí celkovú situáciu dieťaťa, jeho zdroje zvládania. Pre spresnenie sociálnej adaptability overuje schopnosť imitovania a veku primerané chápanie sociálnych situácií.

Odborníci v tíme vyhodnotia riziká porúch psychosociálneho vývinu, prítomné symptómy porúch zdravia, typ vzťahovej väzby, prognózu v súvislosti s povahou skúsenosti dieťaťa a jeho rezerv, navrhnu opatrenia. Je vhodná procesuálna diagnostika s využitím hry (Play - Doll, projektívnych hier, kresieb, spoločných aktivít v rámci ergoterapie, písanie listov, denníka a pod.). Hodnotí sa tiež sociálna opora, zdroje zvládania, stratégie dieťaťa pri vyrovnávaní sa so záťažou.

Tabuľka č. 1

Screening a diagnostika			
		ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP STRATA DOMOVA V DETSTVE	
Poradie	Štandardný postup -	Dôkazová hodnota	Referencie
1.	Vnímovavý prístup k zdravotnej situácii detí po strate vzťahov rešpekt, ponuka bezpečného vzťahu, pozorovanie pri hrách a činnostiach, Child Attachment Interview	IV	Cassidy, J., Shaver, P.R., et al., 2008
2.	Identifikovať subjektívne spracovanie straty, Naratívne metódy, projektívne metódy (Scénostest)	III IV	Humpolíček (2004) Štubňa (2016)
3.	Procesuálne sledovať v diagnostike proces vyrovnávania sa so stratou. Kreslený, hraný, písaný príbeh	IV	Hornáková (2018)

Liečba

U malých detí v náhradnej rodinnej opatere, kde nebola vytvorená pevná primárna väzba ako matka a otec/opatrovatelia, alebo vychovávatelia nevedia problémy zvládnuť, sa osvedčuje

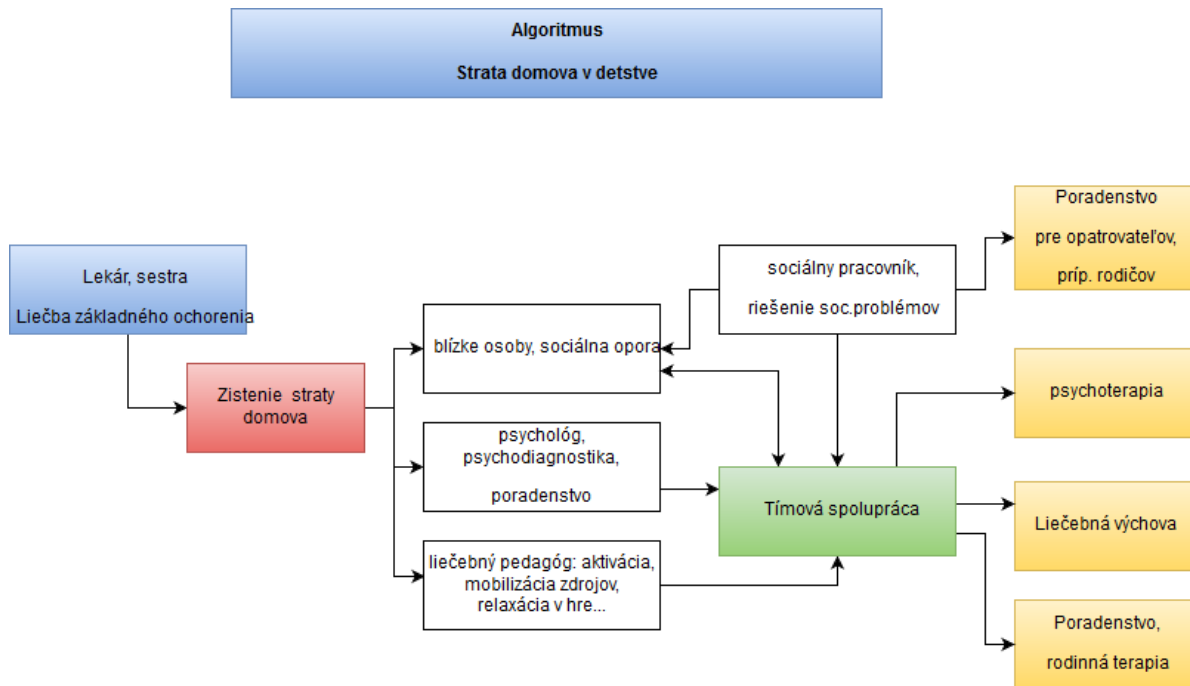
Marte Meo poradenstvo a tréning lepšej identifikácie potrieb dieťaťa a ich uspokojovania (Theelen, 2014), **hodina raz týždenne v dĺžke najmenej 10 týždňov a následné kontroly.**

U detí do troch rokov sa situácia rieši najčastejšie náhradnou osobou alebo pestúnskou starostlivosťou. Diagnostika a terapia sa ponúka ako dieťaťu tak opatrovateľskej osobe s cieľom pomôcť pochopiť nápadné správanie dieťaťa, podporiť zdravú interakciu a jeho vývin. Dieťa potrebuje doplniť chýbajúce skúsenosti (vo vnímaní, komunikácii, interakcii), naučiť sa dôverovať, mať záujem o nové a o dianie okolo seba. Niekedy je potrebná aj orofaciálna stimulácia, úprava stravovania. Vhodná je terapia hrou, filiálna terapia, psychomotorická terapia. Negatívne zážitky si spravidla dieťa nepamätá, ale vyrovnáva sa s emóciami, ktoré sú spojené so zvýšeným kontom strachu a úzkosti.


V predškolskom veku sú dôsledky zanedbávania a traumatizácie nápadnejšie. Dieťa môže mať problémy s udržiavaním primeraných vzťahov, sebaobsluhou, so zaradením do skupiny detí. Môže sa prejavovať agresívne, alebo utiahnuto, pasívne, mať nízku toleranciu voči stresu, nerozumieť požiadavkám, mať zlozvyky.

Vhodná je nedirektívna terapia hrou, arteterapia, muzikoterapia, prípadne psychomotorická terapia (podľa orientácie a záujmu dieťaťa). Spočiatku sa odporúča pracovať individuálne, prípadne aj s náhradným „rodičom“, potom zaradiť dieťa do skupiny, kde nájde deti, ktoré dodržia pravidlá a vedú spolupracovať. **Terapia následkov (raz týždenne hodina) trvá najmenej rok, spravidla dva roky,** aby sa mohli vytvoriť zrkadliace neuróny, ktoré mu pomôžu chápať sociálne situácie a primerane ich riešiť.

V školskom veku dieťa potrebuje poznať a prijať svoje korene, odpustiť opustenie, získať základy pre vlastnú perspektívu. Vhodná je práca individuálna, prípadne v menšej skupine s prítlačnými aktivitami pre dieťa, ktoré podporujú učenie, samostatnosť, komunikáciu, spoluprácu a spolupatričnosť. Terapia trvá ako je uvedené vyššie. V prípade porúch správania, alebo učenia, je vhodné integrovať aj aktuálne potrebnú terapiu.



Tabuľka č. 2

Plánovanie a terapia			
		ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP STRATA DOMOVA V DETSTVE	
Poradie	Štandardný postup -	Dôkazová hodnota	Referencie
1.	Dať príležitosť odsmútiť straty, zranenia	IV	Matoušek (2017)
2.	Hľadať pozitívne spomienky, ukotviť v realite, umožniť prehľadné sociálne vzťahy, pozitívne skúsenosti	IV	Albrecht-Böhnke, Wunsch, Peters, (2011)
3.	Ponúknuť tvorivé aktivity, fascinujúce zážitky, podporiť rezilienciu, zdroje, kamarátske vzťahy	IV	Maslow (2000) Hocheľová (2005) Pretis (2012)
4.	Učiť stratégie zvládania stresu, riešenia konfliktov. Dať perspektívu	IV	Plummer, (2013)
5.	Špecifické prístupy pri dezintegrácii, somatizácii, agresivite	IV	Cassidy, Shaver, (2008) Křivohlavý, (2004)
6.	Upevnenie sociálnych vzťahov v prirodzenom prostredí	III IV	Retzlaff, R. (2008) Kebza (2005)

Prognóza

Ak sa dosiahne, že dieťa sa naučí tvorivo a prosociálne žiť aj so svojimi spomienkami a danosťami, je prognóza veľmi dobrá. Časť detí profituje aj z negatívnych skúseností, časť detí sa zotaví a je schopné viesť veku primeraný spôsob života, časť detí zostáva zvýšene zraniteľná

a nesie vyššie riziko zlyhania. Bez poskytnutia pomoci pretrváva riziko porúch zdravia, duševných ochorení a delikvencie.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

V rámci posudkovej činnosti sa hodnotí stav dieťaťa, riziko ohrozenia a hľadá sa najvhodnejšie riešenie pre dieťa. Je dôležité, aby dohľad nad jeho vývinom trval, kým sa nedosiahne pre dieťa prospešný stav, kedy môže žiť perspektívnym a zdravým spôsobom života.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Dôležité je dosiahnuť tímovú a medzirezortnú spoluprácu. Inak hrozí, že jednotlivé formy starostlivosti napriek dobrej kvalite neprinesú efekt, lebo pomoc prichádza s prieťahmi, nie je dost' intenzívna, nepôsobí jednotne a účinne pre nedostatok informácií a nedostatočné využívanie možností. V súčasnosti riešia sociálnu situáciu dieťaťa – ubytovanie, zabezpečenie potrieb a základnej výchovnej a zdravotnej starostlivosti (krízové centrum, domov detí, centrum detí, detské oddelenie nemocnice). Nie je možné všade vybudovať pracoviská pre sprevádzanie dieťaťa procesom smútenia, spracovania traumy. Vo vyspelých krajinách je dieťa pred umiestnením do náhradnej starostlivosti v centre intenzívnej starostlivosti s tímom odborníkov. Až po prekonaní krízy (6 – 8 mesiacov) a stabilizácii mu ponúkajú trvalejšie riešenie.

Ďalšie odporúčania

Zaviesť povinnosť príslušným zdravotníckym (aj liečebno - pedagogickým) odborníkom oznámiť potrebu intervencie. Zaviesť evidenciu detí (napr. orgány miestnej územnej samosprávy), ktoré sú ohrozené stratou domova alebo sa musia vyrovnávať so stratou domova. Štatistické údaje pomôžu budovať systém pomoci.

Doplňkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Dieťaťu je možné pomôcť len spolu s jeho okolím. Okrem spolupráce s náhradnými opatrovateľmi/vychovávateľmi/rodičmi, ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi a sociálnymi pracovníkmi sa vyžaduje spolupráca s komunitou, školou, záujmovými, športovými a výchovnými organizáciami a sledovanie jeho fungovania v lokálnom prostredí.

Alternatívne odporúčania

Intervencie je potrebné realizovať medziodborovo, dostatočne dlho a kontrolovať ďalší vývin dieťaťa.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente tohto ochorenia, tak skoro ako je známy klinický účinok a možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Literatúra

1. AHNERT, L. 2014. Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. München: Reinhardt, 2014, ISBN 978 - 3 - 497 - 02473 - 5. [úroveň váhy dôkazov IV]
2. ALASTALO, H., RÄIKKÖNEN, K., PESONEN, A.K., OSMOND, C. , BARKER, D. J.P., KAJANTIE, E. 2009. Cardiovascular health of Finnish war evacuees 60 years later. *Annals of Medicine*, 41. 2009. 1. [úroveň váhy dôkazov IIa]
3. ALBRECHT - BÖHNKE, WUNSCH, PETERS, 2011. Kids &Co. Hilfefür Kinder, Jugendliche und Elternhaus suchtblasteten Familien. Nepublikovaný text prednášky na odbornom seminári KLP, Pdf UK v Bratislave: Deti v ohrození. apríl, 2011. [úroveň váhy dôkazov IV]
4. BJORNSTAD, G. , MONTGOMERY, P. 2005. Family therapy for attention-deficit disorder or attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents *Cochrane Database of Systematic Reviews*20 April 2005/www.scientificamerican.com/article/is - divorce - bad - for children/. [úroveň váhy dôkazov Ia]
5. BRENDRO, L, K., BROKENLEG, M., VAN BOCKERN S. 2002. Reclaiming Youth at Risk (revised edition). National Educational Service, Bloomington. ISBN: 1879639866 . [úroveň váhy dôkazov IV]
6. CASSIDY, J., SHAVER, P.R., (ed.) 2008. Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications. Second edition. The Guilford Press, New York, London, 2008[úroveň váhy dôkazov IV]
7. DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH Z., MATĚJČEK Z. A KOL. 1995. Týrané, zneužívané a zanedbávané dieťa. Praha : Grada, 1995. ISBN 8071691925. [úroveň váhy dôkazov IV]
8. ESSAU, A.C. 2002. Depression bei Kindern und Jugendlichen. München : Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, 2002, 220 s. ISBN 3 - 8252 - 2294 - 2. [úroveň váhy dôkazov IV]
9. HACKMAN, D. A., BETANCOURT, L. M., BRODSKY, N. L., KOBRIN, L., HURT, H., & FARAH, M. J. 2013. Selective impact of early parental responsivity on adolescent stress reactivity. *PLoS One*, 8(3), e58250. [úroveň váhy dôkazov III]
10. HARGAŠOVÁ, L., FICO, M., LUKŠÍK, I., ŠKOVIERA, A. 2017. Kvalita života detí a mladých ľudí v ústavnej starostlivosti. Trnava : Tvrnaviensis, VEDA, vydavateľstvo SAV. ISBN 9788056800775. [úroveň váhy dôkazov IV]
11. HAŠTO, J. 2005. Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti. Trenčín : Vydavateľstvo F, 2005, 300 s. ISBN 80 - 88952 - 28 - X. [úroveň váhy dôkazov IV]
12. HAŠTO, J., VOJTOVÁ, H. 2012. Posttraumatická stresová porucha, bio - psycho - sociálne aspekty. Trenčín : F, 2012. ISBN. 978 - 80 - 88952 - 71 - 8. [úroveň váhy dôkazov IV]
13. HOCHELOVÁ, M. 2000. Psychologické aspekty týrania, zneužívania a zanedbávania detí. S. 35–52. In: Týranie, zneužívanie a zanedbávanie detí. Pezinok, Jaspis 2000, 72 s. [úroveň váhy dôkazov IV]
14. HORŇÁKOVÁ, M. 2018. Liečebnopedagogická diagnostika. Bratislava: UK. 978 - 80 - 223 - 4613 - 9. [úroveň váhy dôkazov IV]
15. HOSKOVCOVÁ, S. 2006. Psychická odolnosť predškolsného dieťaťa. Praha : Grada, 2006, 160 s., ISBN80 - 247 - 1424 - 8[úroveň váhy dôkazov IV]
16. HUMPOLÍČEK, P. 2004. Scénotest – specifika formální a obsahové analýzy uděti se soudně nařízenou ústavni výchovou z důvodu asociálního chování. Brno: FF MU (dizertačná práca). [úroveň váhy dôkazov III]
17. CHURCHLANDOVÁ, P. S. 2015. Mozek a důvěra. Praha : Dybbuk, 2015. ISBN 978 - 80 - 73 - 438 - 115 - 7. [úroveň váhy dôkazov IV]
18. KAPALKOVÁ, S., SLOVÁČKOVÁ, A. 2013. Porozumenie naratív u detí v predškolskom veku Studie aplikované lingvistiky/2013. [úroveň váhy dôkazov IV]
19. KEBZA, V. 2005. Psychosociální determinant zdraví. Praha: Academia, 2005, 263 s. ISBN 80 - 200 - 1307 - 5. [úroveň váhy dôkazov IV]
20. KŘIVOHLAVÝ, J. 2004. Jak přežít vztek, zlost a agresi. Praha: Grada. Publishing, 2004. [úroveň váhy dôkazov IV]
21. LANGMEIER, J. MATĚJČEK, Z. 2015. Psychická deprivace v dětství, Praha: Karolinum, 2015. ISBN 9788024628660. [úroveň váhy dôkazov IV]
22. MAREŠ, J. 2010. Postraumatický rozvoj člověka. Praha: Grada, 2012 ISBN 978 - 80 - 247 - 3007 - 3 [úroveň váhy dôkazov IV]
23. MASLOW, A.H. 2000. K psychologii bytia . Modra: Persona, 2000. ISBN 8096798049 [úroveň váhy dôkazov IV]
24. MATOUŠEK, O. 2017. Dítě traumatizované v blízkých vztazích. Praha: Portál. 2017. ISBN 978 - 80 - 262 - 1242 - 3. [úroveň váhy dôkazov IV]
25. PLUMMER, D.M. 2013. Učíme děti zvládat úzkost, obavy a stres. Praha: portál, 2013. ISBN 788026203773. [úroveň váhy dôkazov IV]
26. PÖTHE, P. 2008. Emoční poruchy v dětství a dospívání. Psychoanalytický přístup. Praha: Grada. 2008. [úroveň váhy dôkazov IV]
27. PRAŠKO, J. - PRAŠKOVÁ, H. 1966. Proti stresu krok za krokem. Praha, Grada, 1966, 188. ISBN 80 - 247 - 0068 - 9. [úroveň váhy dôkazov IV]
28. PREKOPOVÁ, J. 2009. Pevné objetí. Cesta k vnitřní svobodě. Praha: Portál. 2009, 199. ISBN978 - 80 - 7367 - 614 - 8. [úroveň váhy dôkazov IV]
29. PRETIS, M. 2012. Pestovanie reziliencie detí rodičov s ťažkosťami v oblasti duševného zdravia. 2012, www.strong - kids.eu [úroveň váhy dôkazov IV]
30. RETZLAFF, R. 2008. Spiel - Räume. Lehrbuch der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Klett - Cotta, Stuttgart 2008. [úroveň váhy dôkazov IV]
31. SPECK, O. 2008. Hirnforschung und Erziehung. Eine pädagogische Auseinandersetzung mit neurobiologischen Erkenntnissen. München Basel: Ernst Reinhardt Verl. 2008. ISBN 978 - 3 - 497 - 01959 - 5. [úroveň váhy dôkazov IV]
32. SVOBODA, J. 2014. Agrese a agresivita v předškolním a mladším školním věku. Praha: Portál. 2014, 164 s. ISBN 978 - 80 - 262 - 0603 - 3. [úroveň váhy dôkazov IV]

33. ŠKOVIERA, A. 2011. Prevýchova. Úvod do teórie a praxe. Bratislava : FICE, 2011, ISBN 978 - 80 - 9969 - 2534 - 6. [úroveň váhy dôkazov IV]
34. ŠKOVIERA, A. 2005. Malá polepšovňa (pre rodičov). Bratislava: Petrus, 2005. ISBN 8088939968. [úroveň váhy dôkazov IV]
35. ŠTUBŇA, P. 2016. Naratívna psychológia a psychoterapia. In: Jazykovedné, literárne a didaktické kolokviu. Bratislava: ZF Lingua 2016, s. 78 – 98. ISBN 978 - 80 - 8170 - 021 - 0. [úroveň váhy dôkazov IV]
36. TAROČKOVÁ, T. 2011. K niektorým aktuálnym otázkam naratívneho prístupu v psychologickom poradenstve. Príbeh neohrozuje a nehodnotí nepredstavuje autentické bytie, ale bytie v príbehu. In: Psychologické poradenstvo na životnej ceste. Prešov: PÚ, s. 27 - 33. ISBN 978 - 80 - 555 - 0369 - 1. [úroveň váhy dôkazov IV]
37. THELEN, CH. 2014. Psychische Gesundheit unterstützen – Prävention mit Marte Meo. (Podpora psychického zdravia – prevencia prostredníctvom Marte Meo.) In Heilpädagogik.de. Berlín: Reinhardt, BHP. Ztschr. 1/2014, s. 6 - 10. [úroveň váhy dôkazov IV]
38. UTZ, H. E. 2006. Zur Aktualität der Neurowissenschaften: Zwischen Machbarkeitsglauben, gediegener Aufklärung und der Fundierungsbewärterheilpädagogischer Prinzipien. Heilpädagogik.de, 2006/4, s. 3 – 11 . [úroveň váhy dôkazov IV]
39. UTZ, H. E. 2006. Zur Aktualität der Neurowissenschaften: Zwischen Machbarkeitsglauben, gediegener Aufklärung und der Fundierungsbewärterheilpädagogischer Prinzipien. Heilpädagogik.de, 2006/3., s. 3 - 9, 2006/4, s. 3 – 9. [úroveň váhy dôkazov IV]
40. WALSER, CH., 2010. Auswirkungen von chronischem Stress auf das Gehirn und Lernen. In: Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik. Jg. 16, 11 - 12/10. s. 6 - 10. [úroveň váhy dôkazov IV]
41. WIRTZ, U. 2005. Vražda duše: Incest a jeho terapie. Praha: Portál, 2005. [úroveň váhy dôkazov IV]

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. decembra 2020.

Marek Krajčí
minister zdravotníctva SR