

**POSÚDENIE FUNKČNOSTI RODÍN A VPLYVU RIZIKOVÝCH FAKTOROV AKO
PREVEČIE CAN SYNDRÓMU U DETÍ A ÚLOHA OŠETROVATELSTVA****APPASIAL OF FAMILY FUNCTIONALITY AND THE INFLUENCE OF RISK
FACTORS AS A PREVENTION CAN SYNDROME ON CHILDREN AND THE
NURSING FUNCTION.**

Lucia Mazúchová

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska
fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva

Abstrakt

Ciel: V rámci prevencie CAN syndrómu u detí sme sa v práci zamerali na posúdenie funkčnosti rodín a vplyvu rizikových faktorov u detí z ambulancií a sociálnych zariadení.

Metódy: Pre zber empirických údajov sme použili dotazník funkčnosti rodiny (DFR). Táto metóda umožňuje zistiť výslednú funkčnosť rodiny a ako sa na nej podieľajú jednotlivé diagnostické kritéria. CAN syndróm sa najčastejšie odohráva v nefunkčných rodinách, ktoré podľa závažnosti delíme na problémové, dysfunkčné a afunkčné. Súbor tvorilo 795 detí vo veku 0-6 rokov.

Výsledky: Nefunkčných rodín v súbore detí z ambulancií bolo 19,8% a v súbore detí zo sociálnych zariadení 99 %. Najdôležitejším rizikovým faktorom vo vzťahu k funkčnosti rodín v oboch súboroch sa preukázal emocionálny faktor. U detí z ambulancií bol rovnako významný aj sociálno-ekonomický faktor, ktorý u detí zo sociálnych zariadení sa preukázal ako menej významný. Ďalším dôležitým faktorom vo vzťahu k funkčnosti rodiny bol v oboch súboroch zdravotný stav a vývin dieťaťa.

Závery: Funkčnosť rodiny môže byť najlepším ukazovateľom rizika týrania, zneužívania a zanedbávania dieťaťa (CAN syndrómu). Úlohou ošetrovateľstva je zamerať sa práve na identifikáciu jeho potencionálnych rizikových faktorov a realizáciu preventívnych opatrení.

Abstract

Aim: Within prevention CAN syndrome on children, we focused on the appraisal of family functionality and the influence of risk factors on children from the outpatient departments and sanitary facilities.

Methods: To gain the empirical data, we used the questionnaire of family functionality (QFF). This method enabled us to determine resulting family functionality and share of particular diagnostic criteria. CAN syndrome is most frequently taken place in the non-functional families, which can be divided by importance to problem once, dysfunction once and afunction once. The data were formed by 795 children in the age of 0-6 years.

Results: There were 19,8 % of non-functional families in the complex of children from outpatient departments and 99 % in the complex of children from the sanitary facilities. The emotional factor was the most important risk factor in the relation to non-functionality of families in both complexes. Concerning children from outpatient departments, social-economic factor was the same importance, but concerning children from sanitary facilities, this attribute was proved as less important. In the relation to a family functionality, the next important factor in both complexes was the health state and the child evolution.

Conclusions: The functionality of family could be the best indicator of risk of torture, abuse, and neglect of child (CAN syndrome). The function of nursing is to focus on the identification of its potential risk factors and the realization of preventive precautions.

Kľúčové slová

rodina, dieťa, funkčnosť, CAN syndróm, prevencia, rizikové faktory

Key words

Family, Child, Functionality, CAN syndrome, Prevention, Risk Factors

Úvod

CAN syndróm je závažný spoločenský problém, ktorý sa najčastejšie vyskytuje v nefunkčných rodinách. (Vágnerová, 2004, s. 595) Funkčnosťou rodiny chápeme schopnosť rodičov vo vzťahu k dieťaťu plniť si aspoň najdôležitejšie funkcie, ktoré majú zaisťovať jeho dobrý zdravotný stav a vývin. (Dunovský, 1986, s. 38). Podľa Vágnerovej (2004, s. 592) pokiaľ je rodina v určitých oblastiach dysfunkčná, niektoré dôležité potreby dieťaťa zostanú pravdepodobne neuspokojené. Rodina sa pre svojich členov stáva skôr záťažou a dieťaťu hrozí poškodenie nielen somatického, ale najmä psychického zdravia. Preto je v rámci prevencie CAN syndrómu dôležité upriamiť pozornosť na rodinu, získať zodpovedajúci rozsah informácií o rôznych sférach jej života, ktoré nás môžu upozorniť na jeho riziko. Rizikovými faktormi týrania, zneužívania a zanedbávania detí sú okolnosti zahrňujúce určitú patológiu na strane rodičov, vulnerabilitu dieťaťa a krízovú situáciu, v ktorej sa rodina

nachádza. Okolnosti, ktoré prispievajú k riziku, sú spojené často s ekonomickými a sociálnymi ťažkosťami rodiny. (Gjuričová et al., 2000, s. 21) O tieto rizikové faktory sa opieral aj dotazník funkčnosti rodiny (DFR), prostredníctvom ktorého sme realizovali výskum a ktorý je výhodný z hľadiska preventívnych prístupov a riešení.

Podľa Dunovského et al. (1995, s. 103) prevencia je vedúcou ideou akejkoľvek snahy o nápravu. Ošetrovateľstvo v nej môže mať významnú úlohu v rámci multidisciplinárneho tímu.

Cieľ práce

Cieľom práce bolo zistiť funkčnosť rodín u detí z ambulancií a sociálnych zariadení a vplyv jednotlivých rizikových faktorov (emocionálny, sociálno - ekonomický, zdravotný stav a vývin dieťaťa) na funkčnosť rodiny.

Súbor a metodika

Skúmanú vzorku tvorilo 795 respondentov - detí vo veku 0 - 6 rokov rozdelených na dva súbory. Prvý súbor predstavoval normálnu detskú populáciu, 692 detí z 19 ambulancií pre deti a dorast. Druhý súbor predstavoval rizikovú detskú populáciu, 103 detí zo 7 sociálnych zariadení pre matky s deťmi v núdzi. Vekový priemer všetkých detí bol 2,69 roka.

Pre zber empirických údajov sme použili dotazník funkčnosti rodiny (DFR), ktorý predstavuje skriningovú metódu. (Dunovský, 1986, s. 113-119) DFR sa opiera o osem diagnostických kritérií (rizikových faktorov), pri ktorých sme sa zamerali najmä na hodnotenie vplyvu emocionálneho faktora, sociálno-ekonomického faktora a zdravotného stavu a vývinu dieťaťa na funkčnosť rodiny. Pásma funkčnosti rodín boli dané súčtom dosiahnutých bodov za každú položku v jednotlivých

vyšetrovaných prípadoch. Podľa výsledného súčtu bodov sa rodina hodnotila ako: funkčná, problémová, dysfunkčná a afunkčná. Dotazník sme upravili, rozdelili na dve časti. Jedna časť bola určená pre sestry a druhá časť pre rodičov dieťaťa. Administrácia dotazníka bola priama - dotazník bol osobne doručený sestrám pracujúcim v ambulanciách pre deti a dorast a sociálnym pracovníkom v sociálnych zariadeniach. Dotazník pre rodičov bol rodičom doručený sestrami a sociálnymi pracovníkmi. V priebehu výskumu sme vyplňovanie dotazníkov kontrolovali a upresňovali postupy.

Výsledky

Štatistické údaje pre hodnotenie výsledkov funkčnosti rodiny sú uvedené v tabuľke 1.

Tab. 1 Funkčnosť rodiny v absolútnych číslach a v % u detí z ambulancií a sociálnych zariadení (SZ)

Inštitúcia	Funkčnosť								Celkovo nefunkčná	
	funkčná		problémová		dysfunkčná		afunkčná			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ambulancia	555	80,2	99	14,3	24	3,5	14	2,0	137	19,8
SZ	1	1,0	28	2,0	41	39,8	33	32,0	102	99,0

Najviac rodín detí z ambulancií bolo funkčných, potom problémových, dysfunkčných a najmenej afunkčných. U detí zo SZ najviac rodín bolo dysfunkčných a afunkčných, potom problémových a najmenej funkčných.

V tabuľke 2 bolo pomocou faktorovej analýzy vytvorené poradie jednotlivých faktorov (položiek dotazníka) z hľadiska ich významnosti u detí z ambulancií (AMB) a u detí zo sociálnych zariadení (SZ).

Tab. 2 Rizikové faktory a funkčnosť rodiny u detí z ambulancií (AMB) a sociálnych zariadení (SZ)

Položky DFR	Hodnota korelačného koeficientu		Poradie - intenzita vzťahu	
	AMB	SZ	AMB	SZ
Zloženie rodiny	0,613	0,058	6	8
Stabilita rodiny	0,757	0,223	5	7
Sociálno-ekonomická situácia	0,846	0,320	2	6
Rodičia	0,842	0,693	4	4
Súrodenci	0,478	0,633	8	5
Zdravotný stav a vývin dieťaťa	0,555	0,757	7	3
Záujem o dieťa	0,844	0,853	3	2
Starostlivosť o dieťa	0,879	0,861	1	1

V obidvoch súboroch mali položky, ktoré tvorili emocionálny faktor (stabilita rodiny, rodičia, starostlivosť a záujem o dieťa), vo vzťahu k funkčnosti rodiny podľa korelačného koeficientu veľký vzťah a tiež podľa poradia intenzity vzťahu najdôležitejšie postavenie. U detí z ambulancií sa rovnako dôležitý preukázal aj sociálno-ekonomický faktor, ktorý bol menej významný u detí zo SZ. Veľkú koreláciu s funkčnosťou rodiny mala aj položka zdravotný stav a vývin dieťaťa v obidvoch súboroch detí. Táto položka mala významnejšie postavenie u detí zo SZ.

Diskusia

Funkčná, biologická rodina je pre dieťa tým najistejším a najlepším prostredím a nevyhnutnou zložkou pre jeho zdravý vývin. (Novotný et al., 2007, s. 30) U detí z ambulancií bolo 80,2 % funkčných rodín a 19,8 % nefunkčných rodín. Z toho 14,3 % problémových, 3,5 % dysfunkčných a 2,0 % afunkčných rodín. V rizikovej populácii detí zo sociálnych zariadení

(SZ) bolo iba 1 % funkčných a až 99 % nefunkčných rodín. Výsledky sú alarmujúce. Vysoké percento dysfunkčných (39,8 %) a afunkčných rodín (32 %) je výzvou zamerať pozornosť na túto rizikovú skupinu detí so závažnou sociálnou problematikou, viazanou na ich rodiny. U detí z nefunkčných rodín je potrebná zvýšená pozornosť a starostlivosť o dieťa zo strany sestier a potreba navrhnuť ďalšie oparenia v prospech dieťaťa. Dôležité je sledovať, či rodina si bude alebo nebude plniť svoje základné povinnosti k svojmu dieťaťu a podľa toho robiť ďalšie rozhodnutia o dieťati. Problémové rodiny potrebujú jednorazovú, krátkodobú pomoc, zvýšenú pozornosť a sledovanie. Dysfunkčné rodiny ohrozujú vývin dieťaťa a potrebné je v rámci pomoci vykonať rad opatrení z vonku – sanáciu rodiny. Afunkčná rodina dieťaťu závažným spôsobom škodí a ohrozuje ho v samotnej existencii. Môže byť indikátorom a argumentom pre súd pri pozbavení rodičovských práv. (Dunovský, 1986, s. 38) Z výsledkov vidíme, že aj v súbore detí z normálnej populácie sa vyskytli afunkčné rodiny (2 %), preto hodnotenie funkčnosti rodín, by sa malo stať významnou súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti pri komplexnom posudzovaní detí. Okrem toho, že u dieťaťa v nefunkčných rodinách je ohrozený alebo narušený jeho vývin, je tu aj zvýšené riziko CAN syndrómu. Novotný et al. (2007, s. 30) na základe svojho skúmania výskytu CAN syndrómu u detí uvádzajú, že takmer vždy sa jedná o rodinu s patologickými charakteristikami. Len malá a pravdepodobne nepatrná časť týrania, zneužívania a zanedbávania detí v rodine je odhalená a riešená. Iba poznaním rodiny môže sestra bližšie zistiť v akom prostredí sa dieťa nachádza a čo všetko ho negatívne či pozitívne ovplyvňuje a tým aj jeho zdravie. Biskup (2005, s. 45) konštatuje, že neexistuje jednoznačná predispozícia syndrómu CAN, ale zo spoločenskej

situácie, zo sociálneho prostredia dieťaťa, a z aktuálneho zdravotného a psychického vývinu dieťaťa možno vysloviť podozrenie.

Pri posudzovaní najčastejších rizikových faktorov funkčnosti rodín sme u detí z ambulancií aj u detí zo SZ zaznamenali, že najdôležitejšie postavenie majú položky, ktoré zisťujú osobnostné aspekty rodinného systému, ktoré nazývame emocionálny faktor. Medzi emocionálnym faktorom a funkčnosťou rodiny sa u detí z oboch súborov preukázal veľký vzťah. Najdôležitejšie položky tohto faktora boli: starostlivosť a záujem o dieťa. Emocionalita je najdôležitejším, kohéznym faktorom rodiny. Akákoľvek porucha emocionálnej funkcie zasahuje všetky ostatné sféry života vo vnútri rodiny. Poruchy emotionality sú zdrojom alebo aspoň sprievodným javom väčšiny porúch. (Vágnerová, 2004, s. 597)

U detí z ambulancií bol preukázaný rovnako významný veľký vzťah položky sociálno-ekonomická situácia (SES) k funkčnosti rodiny. U detí zo SZ sa tento faktor ukázal ako menej významný, napriek oveľa horšej SES ako u detí z ambulancií. Bolo to tým, že u tejto rizikovej skupiny detí boli závažnejšie položky, ktoré tvorili emocionálny faktor. Nepriaznivá SES ohrozuje funkčnosť rodín a patrí k rizikovým faktorom CAN syndrómu u detí. Zlyhanie sociálno-ekonomickej funkcie rodiny môže byť podmienené niektorými patologickými rysmi osobnosti rodičov (psychickým ochorením, alkoholizmom, kriminalitou...), alebo spôsobené ochorením rodičov, invaliditou, či starobou. (Dunovský, 1986, s. 26)

Výskum potvrdil významný vzťah aj medzi zdravotným stavom, vývinom dieťaťa a funkčnosťou rodiny v oboch súboroch detí. V súbore detí zo SZ mala táto položka významnejšie postavenie. Na základe výsledkov výskumu môžeme konštatovať,

že úmerne s poruchou rodiny, koreluje i narušenie zdravia a vývinu dieťaťa. Príčiny ochorení v pediatrii sú mnohoraké a často závislé na mnohých okolnostiach najrôznejšej povahy, kde ani sociálna zložka nie je zanedbateľná. Sestra v takomto prípade nezasahuje len z ošetrovateľských aspektov, ale na odstránenie týchto vonkajších príčin je potrebná aj spolupráca so sociálnymi pracovníkmi, či inými odborníkmi. (Dunovský, 1986, s. 19-20) Aby sestra prostredníctvom rodiny mohla uskutočňovať zdravotnú prevenciu i riešiť otázky zdravého telesného, psychického a sociálneho vývinu dieťaťa je potrebné, aby poznala „normu funkčnosti rodiny“ i odchýlky od nej a v prípade poruchy, aby vedela diagnostikovať jej stupeň a riziká. Využitie DFR zo strany sestier sa javí zvlášť výhodné z hľadiska preventívneho prístupu CAN syndrómu u detí. Možno ním presne kategorizovať poruchu rodiny, stanoviť jej závažnosť, nájsť kritické miesta v rodinnom systéme a tým určiť smer a spôsob jej sanácie. Vhodný je aj skríningový program CARE (Child Assesment and Rating Evaluation) - hodnotenie dieťaťa bodovaním, zameraný na rodiny s novonarodenými deťmi. (Browne et al., 2000, s. 111-123) Metodicky zaujímavý je aj postup vypracovaný Kempom (1962, s. 17-24), navrhovaný v prípade prevencie CAN syndrómu. Tento autor, ktorý bol priekopníkom v problematike týrania dieťaťa poukazuje na zoznam oblastí, ktoré by mal detský lekár alebo sestra sledovať a zaznamenávať u dieťaťa hneď po jeho narodení. Ide napr.: o sledovanie správania sa matky po pôrode, jej reakcie na dieťa, spôsob poskytovania starostlivosti, správanie sa rodičov pri ochorení dieťaťa a pod.. Pomocou diagnostických nástrojov by sestra mala vedieť rozhodnúť, či je dané dieťa ohrozeným dieťaťom, aký typ služieb by potrebovalo, od koho a v akom časovom rámci, a aké

intervencie by mohla ona uskutočniť v prospech dieťaťa. Významným prínosom zo strany sestry v rámci prevencie by bola realizácia návštevných služieb v rodinách, s cieľom monitorovania zdravia dieťaťa. V rámci nej by mohla lepšie hodnotiť viacero faktorov, ktoré môžu poukázať na riziko CAN syndrómu (Dunovský et al., 1995, s. 182). Podľa preventívnych programov v zahraničí, ako napr. Programu podporných starých mám (Neergaard, 1990, s. 89-93), Programu domácich návštev podľa Hana Like (Schneider, Frenzi, 1993, s. 29-36), je zabezpečenie návštev sestier po narodení dieťaťa jednou z foriem včasnej intervencie. Matky, ktoré sú, alebo by sa ľahko mohli stať dysfunkčnými rodičmi, sa identifikujú počas prenatálneho alebo postnatálneho obdobia dieťaťa pomocou rôznych hodnotiacich kritérií. Cieľom návštev je redukovať stres v rodinách poskytnutím asistencie pri riešení rôznych problémov, emocionálna podpora, pomoc pri zdokonaľovaní rodičovských zručností, čo umožňuje mladým matkám zvládnuť rodičovstvo, podporiť zdravý vývin dieťaťa a minimalizovať príčiny vedúce ku CAN syndrómu. V preventívnom programe podporných starých mám pracujú vyškolené ženy pod supervíziou sestier. Tieto programy môžu byť inšpiráciou pre pomoc ohrozeným deťom v nefunkčných rodinách zo strany ošetrovateľstva.

Záver

Sestra v primárnom kontakte má možnosť poznať rodinu dieťaťa, monitorovať jeho zdravotný stav, vývin, uspokojovanie jeho potrieb zo strany rodičov, zistiť nedostatky a problémy v starostlivosti. S použitím vhodného posudzovacieho nástroja pri identifikácii rizika CAN syndrómu by sestra mohla zefektívniť kvalitu diagnostického procesu a tým zabezpečiť

včasnú detekciu rizikových faktorov. Realizáciou preventívnych opatrení zameraných na rizikové rodiny môže dieťa pred ním ochrániť a tak predísť ďalším vplyvom, ktoré sú nebezpečné z hľadiska jeho vývinu, psychických či iných ochorení.

Zoznam bibliografických odkazov

BISKUP, P. 2005. Detekce syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte v ordinaci praktického lékaře. *Pediatric pro praxi*. 2005, roč. 6, č. 1, s. 44-46. ISSN 1213-0494.

BROWNE, K.D. et al. 2000. Identifying need and protecting children through community nursing home visits. *Representing Children*. 2000, vol. 13, no. 2, p. 111-123. ISSN 0951-0605.

DUNOVSKÝ, J. 1986. Dítě a poruchy rodiny. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986. 140 s. ISBN neuvedené.

DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATEJČEK, Z. et al. 1995. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1995. 248 s. ISBN 80-7169-192-5.

GJURIČOVÁ, Š., KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J. 2000. *Podoby násilí v rodině*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000. 101 s. ISBN 80-7021-416-3.

KEMPE, C. H. et al. 1962. The Battered Child syndrome. *JAMA*. 1962, vol. 181, no. 1, p. 17-24. ISSN 0098-7484.

NEERGAARD, J. A. 1990. Grandmother Intervention Program to Prevent Child Abuse. *Health Reports* [online]. 1990, vol. 150, no. 1, p. 89-93 [cit. 12.1.2005]. Dostupné z WWW: <http://static.highbeam.com/p/publichealthreports/january011990/index.html>>. ISSN 0033-3549.

NOVOTNÝ, Z. et al. 2007. Týrané dítě v naší společnosti a zdravotníci. *Česko-slovenská Pediatria*. 2007, roč. 62, č. 1, s. 25-30. ISSN 0069-2328.

SCHNEIDER, J., FRENZI, L. 1993. Program of Home Visits - Hana Like. *The Journal of Psychohistory*. 1993, vol. 21, no. 1, p. 29-36. ISSN: 0145-3378

VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

Kontakt na autora:

Mgr. Lucia Mazúchová, PhD.

Ústav ošetrovateľstva JLF UK Martin

Malá hora 5

SK-036 32 MARTIN

mazuchova@jfmed.uniba.sk