

Porovnanie funkčnosti rodín ako prevencie CAN syndrómu u detí

Mgr. Lucia Mazuchová, PhD.

Ústav nelekárskych študijných programov, Jesseniova lekárska fakulta UK, Martin

Poznanie rodiny, zvlášť diagnostikovanie jej porúch vo vzťahu k dieťaťu má veľký význam z hľadiska prevencie týrania, zneužívania a zanedbávania detí – CAN syndrómu, ktorý sa vyskytuje v nefunkčných rodinách. V práci sme sa zamerali na porovnanie funkčnosti rodín. Pomocou dotazníka funkčnosti rodiny (DFR), ktorý je zvlášť výhodný z hľadiska preventívnych prístupov a riešení, sme rodinu hodnotili ako funkčnú, problémovú, dysfunkčnú a afunkčnú. V súbore detí z ambulancií, ktorý predstavoval normálnu detskú populáciu bolo 19,8 % nefunkčných rodín a v súbore detí zo sociálnych zariadení, ktorý predstavoval rizikóvu detskú populáciu bolo 99 % nefunkčných rodín. Medzi súborom detí z ambulancií a detí zo sociálnych zariadení boli zistené štatisticky významné rozdiely. Medzi regiónmi v súbore detí z ambulancii neboli zistené štatisticky významné rozdiely vo funkčnosti rodiny. Naše výsledky boli podobné výsledkom v Českej republike.

Kľúčové slová: rodina, funkčnosť, dieťa, prevencia, CAN syndróm.

Comparison of family functionality as prevention CAN syndrome on children

Family recognition, especially diagnosing of its disorders in relation to a child has a big importance from a perspective of torture prevention, abuse and children neglecting – CAN syndrome which occurs in the non-functional families. In the article, we focused on the comparison of family functionalities. Using the questionnaire of family functionality (QFF), that is particularly convenient from the point of preventive approaches and solutions we have evaluated family as functional, problematic, dysfunctional and non-functional. In the file of children from outpatient departments that represented ordinary child population, there were 19.8% of non-functional families and in the file of children from social institutions, that represented risk child population, there were 99% of non-functional families. In comparison to children from outpatient departments and children from sanitary facilities, we have ascertained statistically significant differences. Between the regions in the file of children from outpatient departments, we have not ascertained statistically differences in the family functionality. Our results of research were similar to the ones in the Czech Republic.

Key words: family, functionality, child, prevention, CAN syndrome.

Pediatr. prax, 2012, 13(5): 222–224

Úvod

Pojem funkčná rodina uprednostňujeme pred pojmom normálna, harmonická, zdravá rodina. Ide o rodinu, ktorá plní všetky spoločnosťou požadované funkcie a napĺňa tak potreby svojich členov (11). Sumec (14) uvádza, že funkčnosť rodiny znamená jej schopnosť plniť funkcie rodiny dovnútra i navonok. Je predpokladom zdravého vývinu jednotlivca, jeho osobnosti a následne celej spoločnosti. Nielen že predstavuje vhodné prostredie pre formovanie zdravej osobnosti detí a všetkých členov rodiny, ale zároveň je aj prevenciou deviantnosti v spoločnosti. Podľa Novotného et al. (12) eufunkčná, biologická rodina je pre dieťa tým najistejším a najlepším prostredím, kde môže dieťa byť a nevyhnutnou zložkou pre jeho zdravý vývin.

Poznanie rodiny, zvlášť diagnostikovanie jej porúch vo vzťahu k dieťaťu má veľký význam z hľadiska prevencie CAN syndrómu, ktorý sa vyskytuje v rodinách narušených vo svojej štruktúre a funkcii. Negatívne následky akejkoľvek formy CAN syndrómu (týrania, zneužívania a zanedbávania) u detí svedčia o tom, že je potrebné zamerať sa na prevenciu. Doterajšie skúsenosti i odborná literatúra ukazujú, že prevencia je ve-

dúcou ideou akejkoľvek snahy o nápravu (6). Odborníci a terénni pracovníci, ktorí prichádzajú do styku s týmto problémom dlhodobo, signalizujú nedostatočný monitoring sociálne patologických javov týkajúci sa detí a rodín a tiež nedostatočnú prevenciu.

Metodika

Ako výskumnú metódu na zistenie empirických údajov sme použili dotazník funkčnosti rodiny (DFR), ktorý sa opiera o hodnotenie ôsmich diagnostických kritérií: zloženie rodiny, stabilita rodiny, sociálno-ekonomická situácia, osobnosť rodiča, osobnosť súrodencov, zdravotný stav a vývin dieťaťa, záujem o dieťa, starostlivosť o dieťa. Stupne funkčnosti boli dané súčtom dosiahnutých trestných bodov za každú položku v dotazníku. Dunovský (5) na základe analýzy stanovil štyri typy rodín:

- **funkčnú rodinu**, v ktorej je zabezpečený uspokojivý vývin dieťaťa. Takýchto rodín je v bežnej populácii väčšina,
- **problémovú rodinu**, v ktorej sa vyskytujú závažnejšie poruchy niektorých alebo všetkých funkcií, ktoré však vážnejšie neohrozujú rodinný systém či vývin dieťaťa. Rodina je

schopná tieto problémy riešiť, kompenzovať za prípadnej jednorazovej či krátkodobej pomoci zvonka. Takáto rodina si vyžaduje zvýšenú pozornosť a sledovanie od sestier a pracovníkov starajúcich sa o deti,

- **dysfunkčnú rodinu**, ktorá je chápaná ako rodina, kde sa vyskytujú vážne poruchy niektorých alebo všetkých funkcií rodiny, ktoré bezprostredne ohrozujú alebo poškodzujú rodinu ako celok a tiež vývin dieťaťa. Tieto poruchy nie je schopná rodina zvládnuť sama a je preto nutné vykonať rad opatrení zvonku, známych pod pojmom sanácia rodiny,
- **afunkčnú rodinu**, v ktorej poruchy sú takého veľkého rázu, že rodina prestáva plniť svoju základnú úlohu a dieťaťu závažným spôsobom škodí alebo ohrozuje v samotnej existencii. Sanácia takejto rodiny je bezpredmetná a zbytočná, jediným riešením, ktoré môže dieťaťu prospieť, je vziať ho z tejto rodiny.

Súbor tvorilo 795 respondentov – detí vo veku 0 – 6 rokov. 692 detí bolo z 19 ambulancií pre deti a dorast z pediatrických obvodov v rámci celej Slovenskej republiky, ktoré sme rozdelili do 4 regiónov. 103 detí bolo zo 7 sociálnych zariadení pre matky s deťmi v núdzi podobné-

ho typu (týrané matky, slobodné matky, vdovy, matky s deťmi, ktorých manželia boli vo výkone trestu, matky bez prístrešia – bezdomovkyne). Celkový vekový priemer všetkých detí bol 2,69 roka. Pri vyhodnocovaní sme použili Cramerov kontingenčný koeficient a Chi-kvadrát test.

Výsledky

Štatistické údaje pre porovnanie výsledkov funkčnosti rodiny u detí z ambulancií a sociálnych zariadení (SZ) sú uvedené v tabuľke 1.

U detí z ambulancií bolo najviac rodín funkčných, potom problémových, dysfunkčných a najmenej afunkčných. U detí zo sociálnych zariadení (SZ) najviac rodín bolo dysfunkčných a afunkčných, potom problémových a najmenej funkčných. Cramerov $V = 0,683$, čo je podľa Cohena veľká korelácia. $\chi^2 = 371,204$, p -hodnota = 0,000, čo znamená, že zistený rozdiel je štatisticky významný.

Štatistické údaje pre porovnanie výsledkov funkčnosti rodiny u detí z ambulancií podľa jednotlivých regiónov sú uvedené v tabuľke 2. Z tabuľky 2 vidíme, že medzi deťmi z ambulancií v jednotlivých regiónoch nie sú výrazné percentuálne rozdielne hodnoty. Cramerov $V = 0,071$, $\chi^2 = 10,4$, p -hodnota = 0,32, teda zistený rozdiel nie je štatisticky významný.

Štatistické údaje pre porovnanie funkčnosti rodín u detí z ambulancií v Slovenskej republike (SR) a Českej republike (ČR) ukazuje tabuľka 3.

Diskusia

Funkčnosť rodiny vo vzťahu k dieťaťu je chápaná ako jej schopnosť plniť v danom čase aspoň najdôležitejšie funkcie, ktoré majú zaisťovať dobrý zdravotný stav a vývin dieťaťa. Poruchy rodiny chápeme ako situáciu, keď rodina z nejakého dôvodu v rôznej miere neplní základné požiadavky a úlohy dané spoločenskou normou. Rozdelenie rodiny na funkčnú, problémovú, dysfunkčnú a afunkčnú neurčuje len kvalitu, ale i kvantitu porúch rodiny vo vzťahu k dieťaťu. Zároveň vedie k ich riešeniu, alebo ich aspoň rámcovo naznačuje. Určuje tiež ich časovú dimenziu, hlavne umožňuje priebežné hodnotenie úspechu i neúspechu aplikovaných intervencií a terapeutických aktivít, a to na interdisciplinárnej úrovni (7). Významným prínosom členenia porúch rodiny s pomocou DFR je včasná prevencia (5). Rozdiely medzi súborom detí z ambulancií a zo sociálnych zariadení boli štatisticky významné. Pozornosť v našom výskume bola zameraná predovšetkým na problém nefunkčnosti rodín, ktorých bolo v súbore normálnej detskej populácie 19,8 % a v súbore detí zo sociálnych zariadení 99 %. Vysoké percento

Tabuľka 1. Funkčnosť rodiny u detí v %

Inštitúcia	Funkčnosť				
	funkčná	problémová	dysfunkčná	afunkčná	narušené celkovo
celkovo	69,9 %	16,0 %	8,2 %	5,9 %	30,1%
ambulancia	80,2 %	14,3 %	3,5 %	2,0 %	19,8%
SZ	1,0 %	27,2 %	39,8 %	32,0 %	99,0 %

SZ – sociálne zariadenie

Tabuľka 2. Percentuálne rozloženie typov rodín v normálnej detskej populácii podľa zastúpených regiónov

Región	Funkčnosť				Celkovo
	funkčná	problémová	dysfunkčná	afunkčná	
Orava	79,0 %	14,3 %	4,2 %	2,5 %	100,0 %
Stred	84,2 %	12,6 %	2,3 %	0,9 %	100,0 %
Východ	83,8 %	11,3 %	3,5 %	1,4 %	100,0 %
Západ	74,2 %	18,2 %	4,3 %	3,3 %	100,0 %
Celkovo	80,2 %	14,3 %	3,5 %	2,0 %	100,0 %

Tabuľka 3. Funkčnosť rodín detí z ambulancií v SR a ČR v %

Ambulancie	Funkčnosť				narušené celkovo
	funkčná	problémová	dysfunkčná	afunkčná	
SR	80,2 %	14,3 %	3,5 %	2,0 %	19,8 %
ČR	85,1 %	12,7 %	1,7 %	0,5 %	14,9 %

Poznámka: Cramer $V = 0,08$, $\chi^2 = 7,74$, $p = 0,052$, medzi krajinami neboli zistené štatisticky významne rozdiely

nefunkčných rodín detí zo sociálnych zariadení je výzvou zamerať pozornosť na túto rizikovú skupinu detí so závažnou sociálnou problematikou, viazanou na ich rodiny. Všetky sociálne zariadenia, v ktorých sme realizovali výskum boli zariadenia podobného typu, kde boli matky s deťmi v núdzi. Boli to vysoko rizikové rodiny. Clark (4) uvádza, že zraniteľná rodina je taká, ktorej rodičia s neuspokojenými potrebami majú problém zabezpečiť členom rodiny emocionálne a fyzické potreby. Podľa tohto autora, zraniteľná rodina je charakteristická nereálnymi očakávaniami od detí, zlyhávaním komunikácie, zmätkom medzi členmi rodiny, skúsenosťami rodičov z detstva s týraním, zanedbávaním, zneužívaním, izoláciou od spoločnosti, ktoré tvoria podstatu CAN syndrómu. Vágnerová (16) uvádza, že riziko týrania dieťaťa je zvýšené v rodinách, kde sú vzťahy medzi ich členmi narušené (ľudia dostatočne otvorene nekomunikujú, prevažuje netolerancia, kritika, odmietanie). Členovia týchto rodín nie sú schopní kooperovať na riešení problému, chýba vzájomná podpora, prevažuje napätie a nespokojnosť, všetko sa rieši násilným spôsobom. Agresia voči dieťaťu je jedným z prejavov nakumulovaného napätia, ktoré vyplýva z neschopnosti rodiny zvládnuť svoje problémy. Dieťa ako najslabší člen sa stáva obeťou tejto dysfunkcie. Novotný et al. (12) na základe skúmania výskytu CAN syndrómu u detí uvádzajú, že takmer vždy ide o rodinu s patologickými

charakteristikami. U detí z nefunkčných rodín je potrebná zvýšená pozornosť a starostlivosť o dieťa zo strany lekárov a sestier a potreba navrhnuť ďalšie oparenia v prospech dieťaťa. Problémové a dysfunkčné rodiny si vyžadujú sanáciu, afunkčná rodina môže byť indikátorom a argumentom pre súd pri pozbavení rodičovských práv. Z výsledkov je zrejmé, že aj v súbore detí normálnej populácie sa vyskytlo 2 % afunkčných rodín. V afunkčných rodinách je vývin dieťaťa vážne ohrozený alebo už poškodený. Dôležitá je čo najpresnejšia diagnóza. Medzi rodiny so zvýšeným rizikom výskytu týrania, zneužívania a zanedbávania detí patria rodiny problémové alebo nefunkčné (13). Kafka (10) uvádza, že v rodine stretávame všetky formy násilia od bežného psychického tyranizovania, nadávok, znevažovania, podceňovania, výsmechu a odcudzovania, až po fyzické násilie, trýznenie a aj ublíženie na zdraví (niekedy až usmrtenie). Podľa Vereščáckovej (17) v súčasnosti existuje množstvo faktorov a činiteľov, ktoré priamo alebo nepriamo ohrozujú dieťa a jeho zdravý telesný a duševný vývin. Patria sem aj činitele mikrosociálnej povahy, ako sú spôsob a atmosféra rodinného života, spôsob výchovy a miera uplatňovania telesných trestov vo výchove, charakter požiadaviek na dieťa a ich úmernosť možnostiam a schopnostiam dieťaťa. Rodiny, v ktorých dochádza k násilii páchanom na deťoch, sú často spoločensky izolované, a preto ani

nemajú možnosť korekčnej skúsenosti, napr. pri výchove detí – ako ich odmeňovať, trestať, ako ich zvládať. Ohrozené sú najmä rodiny, ktoré sa musia vyrovnávať s mnohými stresovými situáciami. Podľa Brunnera a Plattnera (2), násilie v rodine je vo všetkých sociálnych, vzdelanostných a profesijných skupinách, hoci najčastejšie sa odkryje v nižších vrstvách spoločnosti, pretože táto sociálna skupina je pod „spoločenským drobnohľadom“. Ľudia z vyšších spoločenských vrstiev disponujú s väčším množstvom nástrojov, pomocou ktorých si udržiavajú odstup od sociálnych inštitúcií a dokážu využiť iné inštitúcie, napr. právo, medicínu, médiá ku spochybneniu označenej, či stanovenej diagnózy CAN (1). Príčinou CAN syndrómu u detí je najčastejšie alkoholizmus, drogová závislosť, simplexnosť rodiny, asociálnosť, rozvrat rodinného spoločenstva, sociálna izolácia, nedostatočné materiálne zabezpečenie, fyzické násilie medzi dospelými (2, 3, 12).

Nášho výskumu sa zúčastnili ambulancie pre deti a dorast z celej Slovenskej republiky. Rozdelili sme ich do 4 regiónov. Zvolením rôznych oblastí z hľadiska demografického sme chceli doceliť externú validitu našich výsledkov výskumu, a tak dosiahnuť skutočný obraz o situácii funkčnosti rodín v rámci celej populácie na Slovensku. Podľa percentuálneho rozloženia výsledkov funkčnosti rodín a priemerov funkčnosti rodín v jednotlivých regiónov sme mohli zostaviť poradie medzi regiónmi. Najhoršia funkčnosť rodín bola na západnom Slovensku, potom na Orave, východnom Slovensku a najlepšia na strednom Slovensku. Avšak rozdiely medzi týmito regiónmi neboli štatisticky významné ($p = 0,32$). Podľa Džambazoviča (8), Slovensko sa vyznačuje veľkými regionálnymi rozdielmi z hľadiska sociálno-ekonomickej situácie. Región a lokalita môže vplývať na sociálno-ekonomickú situáciu rodín. Gajdoš (9) konštatuje, že dochádza k prehľbovaniu sociálno-ekonomických diferenciácií a k zmenám pozícií regiónov v dôsledku značne odlišných „štartovacích pozícií, z ktorých vstupovali regióny Slovenska do transformačného procesu, ako i následného vývoja v potransformačnom období. Úroveň nezamestnanosti, vzdelanostná úroveň, starnutie populácie, nedostatočná bytová výstavba atď. môžu byť príčinou rozdielov v jednotlivých regiónoch. Aj v našom výskume boli v položke sociálno-ekonomickej situácie zaznamenané štatisticky významné rozdiely medzi regiónmi ($p = 0,032$). Podľa priemerov v tejto

položke najhoršiu sociálno-ekonomickú situáciu sme zaznamenali na západnom Slovensku (1,22), najlepšiu na východnom Slovensku (0,96). Oravu, aj keď prináleží k strednému Slovensku sme vyčlenili, lebo sme predpokladali, že by tam mohli byť iné sociálno-ekonomické vzťahy, čo sa nepreukázalo. Dokonca Orava a stredné Slovensko dosiahli rovnaký priemer (1,11) v položke sociálno-ekonomická situácia. Podľa výskumov na Slovensku, najhoršia sociálno-ekonomická situácia je na Východe, najmä v Prešovskom kraji a najlepšia v Bratislavskom kraji (8, 15). V našich výsledkoch sa to nepreukázalo. Je to zrejme tým, že naše regióny neboli zvolené podľa krajov. Aj keď západný región zahŕňa aj Bratislavu, boli tu hlavne iné mestá a zastúpený väčší počet dedín vzdialených od Bratislavy, ktoré už nepatrili k Bratislavskému kraju, a preto naše výsledky sú neporovnateľné. Výsledky tiež mohla ovplyvniť bytová otázka, ktorá bola u rodín z Bratislavy horšia ako u rodín z iných regiónov, hlavne z dedín.

Zaujímavosťou je, že naše výsledky napriek veľkému časovému odstupu (20 rokov) boli porovnateľné s výsledkami výskumu v Českej republike. Predpokladali sme, že v sociokultúrnom kontexte sú SR a ČR krajiny podobné a porovnateľné. Autor dotazníka realizoval výskum v ČR vo viacerých súboroch detskej populácie. Naše výsledky sme mohli porovnať so súborom normálnej detskej populácie, v ktorom boli zahrnuté deti z obvodných pediatrických ambulancií. V súbore respondentov v SR bolo menej funkčných rodín (80,2 %) ako v ČR (85,1 %) a zároveň v SR bolo viac celkovo narušených rodín (19,8 %) ako v ČR (14,9 %). Cramer $V = 0,08$, teda vzťah medzi krajinou a funkčnosťou bol takmer nulový. $\chi^2 = 7,74$, p -hodnota = 0,052. Napriek veľkým vzorkám v oboch štátoch, rozdiely vo funkčnosti rodiny medzi týmito dvomi krajinami neboli štatisticky významné.

Záver

Prostredníctvom rodiny je možné uskutočňovať zdravotnú prevenciu i riešiť otázky zdravého telesného, psychického a sociálneho vývinu dieťaťa ako i prevenciu CAN syndrómu. K tomu je potrebné, aby lekár a sestra poznali „normu funkčnej rodiny“ a odchýlky od tejto normy. V prípade poruchy aby vedeli diagnostikovať stupeň poruchy, jej riziká, nedostatky v starostlivosti o dieťa i nedostatky v životnom štýle rodiny. Správna diagnóza rodiny by sa mala potom premietnuť do skvalitnenia liečby, starostlivosti o dieťa i jeho narušenej rodiny.

Využitie DFR v práci zdravotníkov by mohlo byť prínosom z hľadiska preventívnych prístupov a riešení. Výhodou tejto metódy je možnosť zisťovať nielen súčasnú situáciu, ale jej opakovaným použitím v časovom slede je možné zaznamenať úspechy či neúspechy terapeutických zásahov, prognózu jej funkčnosti a zisťovať zmeny v živote rodiny (5).

Literatúra

1. Bentovim A. Týraní a sexuální zneužívání v rodinách. 1. vyd. Praha: Grada 1998, 120 s.
2. Bruner G, Plattner M. Násilie v rodine a jeho aktuálna liečba. *Psychiatria* 1999; 3: 150–153.
3. Buchanec J, Buchanová J. Týranie a zneužívanie detí (Malé zamyslenie nad veľkým problémom). *Slovenský lekár* 2000; 1: 5–8.
4. Clark MJ. Nursing in the community. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange 1992, 975 p.
5. Dunovský J. Dítě a poruchy rodiny. 1. vyd. Praha: Avicenum 1986, 140 s.
6. Dunovský J, Dytrych Z, Matejček Z, et al. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 1995, 248 s.
7. Dunovský J. Sociální pediatrie: vybrané kapitoly. 1. vyd. Praha: Grada 1999, 279 s.
8. Džambovič R. Priestorové aspekty chudoby sociálneho vylúčenia. *Sociológia* 2007; 5: 432–458.
9. Gajdoš P. Typológia regionálnej diferenciácie SR. Regionálny rozvoj Slovenska. Východiská a súčasný stav. Eds. Faltan L, Pašiak, J. Bratislava: SÚ SAV 2004: 54–79.
10. Kafka J. Násilie – paradoxný fenomén 20. storočia a ako ďalej? *Psychiatria* 2001; 4: 151–155.
11. Levická J. Sociálna práca s rodinou 1. 1. vyd. Trnava: Mosty, n. f. 2004, 136 s.
12. Novotný Z, Jelen S, Holčáková M. Týrané dítě v naší společnosti a zdravotníci. *Čes Slov Pediatria* 2007; 1: 25–30.
13. Občianske združenie Pomoc deťom v kríze. Čo treba vedieť o týraných, zneužívaných a zanedbávaných deťoch. 1. vyd. Žilina 2001, 16 s.
14. Sumec M. Identifikácia faktorov ovplyvňujúcich medzi-generačné vzťahy. Rodina a zodpovedné rodičovstvo dnes 2005; 9: 10–19.
15. Úrad vlády SR 2011. Správa o súčasnom stave sociálno-ekonomickej úrovne v regiónoch Slovenska a opatreniach na odstraňovanie sociálno-ekonomických rozdielov v jednotlivých regiónoch do konca volebného obdobia. [online]. [cit. 2011-06-22]. Dostupný z: <http://www.vlada.gov.sk/info-servis_archiv.php?adm_action=13&ID=303>
16. Vágnerová M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. vyd. Praha: Portál 2004, 872 s.
17. Vereščáková J. K aktuálnym otázkam týrania, zneužívania a zanedbávania dieťaťa. *Vychovávateľ* 1999; 9–10: 8–9.

Mgr. Lucia Mazuchová, PhD.

Ústav nelekárskych študijných programov,
Jesseniova lekárska fakulta UK
Malá Hora 5, 036 52 Martin
mazuchova@jfmed.uniba.sk

Viac informácií nájdete na

www.pediatriapreprax.sk