

**SEMMELWEIS EGYETEM  
DOKTORI ISKOLA**

**Ph.D. értekezések**

**2891.**

**TOMÁNÉ MÉSZÁROS ANDREA**

**Társadalom és egészség  
című program**

Programvezető: Dr. Vingender István, habilitált főiskolai tanár  
Témavezető: Dr. Vingender István, habilitált főiskolai tanár

# A megrázott gyermek szindróma (SBS/AHT) szociálpediátriai kontextusa

Doktori értekezés

**Tománé Mészáros Andrea**

Semmelweis Egyetem  
Egészségtudományi Doktori Iskola



Témavezető: Dr. habil. Vingender István Ph.D főiskolai tanár

Hivatalos bírálók: Dr. habil. Hegedűs Judit, Ph.D., egyetemi docens  
Dr. Nagyné Dr. Baji Ildikó, Ph.D., főiskolai tanár

Komplex vizsga szakmai bizottság:

Elnök: Dr. Cseh Károly DSc., egyetemi tanár

Tagok: Dr. Forrai Judit DSc., egyetemi tanár

Dr. Nagy Beáta, PhD., egyetemi tanár

Budapest  
2023

Tartalomjegyzék

1	Bevezetés és kutatási célkitűzések.....	7
1.1	Agresszió, erőszak, gyermekbántalmazás elméleti megközelítései .....	7
1.1.1	Agresszió elméletek .....	7
1.1.2	Agresszió – erőszak kapcsolata.....	9
1.1.3	Gyermeknevelés elméletek, gyermekbántalmazás.....	11
1.1.4	A megrázott gyermek szindróma történeti emlékei .....	13
1.2	A gyermekbántalmazás és elhanyagolás fogalma és fajtái.....	14
1.3	Gyermekbántalmazás és elhanyagolás kontextusai és dilemmái .....	19
1.3.1	Definíciós problémák .....	19
1.3.2	Gyakorisági és módszertani problémák .....	21
1.3.3	Gyermekkor meghatározásának dilemmája .....	22
1.3.4	Transzgenerációs hatások problematikája.....	23
2	Speciális fizikai bántalmazási forma a megrázott gyermek szindróma – Shaken Baby Syndrome (SBS/AHT) .....	24
2.1	Epidemiológia.....	24
2.2	Kiváltó oka .....	27
2.3	Rizikótényezők .....	29
2.4	Tünetei.....	29
2.5	Kimenetele.....	32
2.6	Szakterminológia.....	33
2.7	Dilemmák .....	34
2.7.1	Differenciál diagnózis nehézségei, orvosi dilemmák.....	35
2.7.2	Jogi dilemmák .....	37
2.7.3	Egészségügyi és szociális rendszerrel kapcsolatos dilemmák, jelzőrendszer működése .....	39
3	A legismertebb nemzetközi és hazai prevenciós programok bemutatása.....	42
3.1	„Period of Purple Crying Program” (Amerikai Egyesült Államok).....	43
3.2	„Love Me Never Shake Me - Parent Education Program” (Amerikai Egyesült Államok).....	44
3.3	„Never shake a Baby” - Ausztrália.....	46
3.4	„Never, Ever Shake a baby” – Új-Zéland.....	47
3.5	„Sose rázd a kisbabádat” – Országos Gyermkegészségügyi Intézet .....	48
4	Célkitűzések.....	50

4.1	Módszerek, célcsoportok elérése.....	51
5	A vizsgálat ismertetése .....	53
5.1	Előzmények, megközelítési szempontok - háttér .....	53
5.2	Hipotézisek.....	61
5.3	A vizsgálati eszközök bemutatása .....	64
5.4	Mintatervezés szempontjai - a vizsgálati minta ismertetése.....	65
5.4.1	Szakedzői kérdőívhez kapcsolódó mintanagyság.....	65
5.4.2	Szülői kérdőívhez kapcsolódó mintanagyság .....	65
5.5	Mintabemutató .....	66
5.5.1	Szakedzői kérdőívhez kapcsolódó mintabemutató.....	66
5.5.2	Szülői kérdőívhez kapcsolódó mintabemutató .....	67
5.6	A kutatás lefolytatása.....	68
5.7	Adatfeldolgozás és statisztikai kiértékelés .....	68
6	Eredmények .....	70
7	Megbeszélés.....	111
8	Következtetések .....	122
9	Javaslatok.....	126
10	Összefoglalás .....	127
10.1	Magyar nyelvű összefoglalás.....	127
10.2	Angol nyelvű összefoglalás (Summary).....	128
11	Hivatkozásjegyzék.....	130
12	Saját publikáció jegyzéke .....	158
12.1	Az értekezés témájához kapcsolódó publikációk .....	158
12.2	Az értekezés témájától független közlemények .....	158
13	Köszönetnyilvánítás .....	160
	Ábrajegyzék.....	161
	Táblázatok jegyzéke .....	161
14	Mellékletek .....	164

## Rövidítések jegyzéke

AAP	American Academy of Pediatrics (Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia)
AHT	Abusive Head Trauma (bántalmazás okozta fejsérülés)
AMA	American Medical Association (Amerikai Orvosi Szövetség)
BNO	Betegségek Nemzetközi Osztályozása
Btk	Büntető Törvénykönyv
CAP Team	Child Advocacy and Protection Team (Gyermejjogi és gyermekvédelmi csoport)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Betegségellenőrzési és - megelőzési központok)
CT	Computed Tomography (számítógépes tomográfia)
DAI	Diffuse Axonal Injury (Diffúz axonális sérülés)
DESI	Digital Economy and Society Index (Digitális Gazdaság és Társadalom Index)
EMMI	Emberi Erőforrások Minisztériuma
ENSZ	Egyesült Nemzetek Szervezete
eWOM	Elektronic Word of Mouth (elektronikus szóbeszéd marketing)
HGYE	Házi Gyermekorvosok Egyesülete
KSH	Központi Statisztikai Hivatal
MAVE	Magyar Védőnők Egyesülete
MESZK	Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara
MGYT	Magyar Gyermekgyógyászok Társasága
MOK	Magyar Orvosi Kamara
MR	Mágneses rezonancia
NEAK	Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
NGO	Non Government Organization (kormánytól független szervezet)
NAT	Non Accidental Trauma (nem baleseti sérülés)
OI	Osteogenesis Imperfecta (üvegcsont betegség)
PediBIRN 7	Pediatric Brain Injury Network (gyermekkori agysérülések hálózata) diagnosztikai rendszer, mely segíti a sérülések értékelését, a differenciál diagnózist

PredAHT	Predicting Abusive Head Trauma (a bántalmazó fejsérülés előjelző tünetegyüttes)
PURPLE	Mozaikszó ld. Period of PURPLE Crying programnál
RH	Retinal haemorrhage (szemfenéki bevérzés)
SBS	Shaken Baby Syndrome (megrázott gyermek szindróma)
SIS	Shaken Impact Syndrome (ütés/ütközés által kiváltott megrázott gyermek szindróma)
SDH	Subduralis haematoma (koponyaűr - kemény agyhártya alatti - vérömleny)
SIDS	Sudden Infant Death Syndrome (hirtelen csecsemőhalál, hirtelen bölcsőhalál)
TBI	Traumatic Brain Injurie (traumás agysérülés)
TBI-CH	Traumatic Brain Injurie Child Maltreatment (gyermekbántalmazás okozta traumás agysérülés)
TEN-4 FACES P	Torso, Ears, Neck, Frenulum, Angle of the jaw, Cheeks, Eyelids or Subconjunctivae (test, fül, nyak, nyelvfelek, állkapocs szöge, szemhéj, kötőhártya "4" éves vagy fiatalabb gyermekek "P" – pattern - sérülési mintázata. Mozaikszó, mely az adott területeken jelentkező sérülések, horzsolások mintájából jelzi a 4 éves vagy fiatalabb gyermekeknél a bántalmazás lehetőségeit)
TUKEB	Tudományos Kutatásetikai Bizottság
UNICEF	United Nations Children's Fund (az ENSZ Gyermekalapja)
WHO	World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)
WOM	Word of Mouth (szóbeszéd marketing)

„Nem az út lehetetlen, hanem a lehetetlen az út”  
P. Henry Boulad jezsuita szerzetes

## **1 Bevezetés és kutatási célkitűzések**

A gyermekbántalmazás és elhanyagolás viszonylag keveset kutatott terület Magyarországon. A megrázott gyermek szindróma (SBS/AHT) talán még kevésbé ismert téma. Kutatásunkkal elsőként szeretnénk hozzájárulni ennek a kórképnek a magyarországi tudományos feldolgozásához és a gyermekbántalmazás ezen speciális formájának a megelőzéséhez. Bár a bántalmazás megelőzése társadalmi feladat, de a megelőzésben az egészségügyi ellátórendszer az egyik kulcsszereplő. Ezért fontosnak tartottuk megismerni az egészségügyi dolgozók vélekedését a gyermekbántalmazásról és annak transzgenerációs hatásairól. Felmértük a tudásukat a megrázott gyermek szindróma kapcsán. Különösen érdekes volt számunkra, hogy mit gondolnak a prevencióról és milyen feltételek mellett tudnák beilleszteni a munkájukba. Kutatásunk második része teljes egészében a várandósokra és párjaikra épült. Felmértük a tudásukat a kórképről, megvizsgáltuk a megnyugtató eszköztárukat és minimál intervenciót alkalmazva mi is eszközt adtunk nekik a szülői frusztráció leküzdéséhez. Kutatásunk tartalmazott utánkövetést is, mely megvizsgálta a minimál intervenció általi információk tartósságát. A dolgozat záró része a vizsgálat legfontosabb eredményeit, jelentőségét és javaslatait összegzi.

Empirikus kutatásunk bemutatása előtt történeti kontextusba tesszük az agresszió, erőszak és gyermekbántalmazás, elhanyagolás legfontosabb fogalmait, kutatási nehézségeit, dilemmáit, epidemiológiai adatait, különös tekintettel a megrázott gyermek szindrómára.

### **1.1 Agresszió, erőszak, gyermekbántalmazás elméleti megközelítései**

#### **1.1.1 Agresszió elméletek**

Az agresszió a támadás latin eredetű szava, melyet önmagában nem feltétlenül negatív értelemben használunk. Pozitív értelmezésben bizonyos fokú agresszió szükséges például az alkotáshoz, önmegvalósításhoz. Az erőszakos cselekvés, támadó szándék irányulhat tárgy vagy másik személy, közösség, csoport, de akár önmagunk ellen is. Az agresszió tanult viselkedési forma. Tudományos kutatására a XIX. században már találunk adatot.

Bár Darwin ezt a fogalmat még nem használta, de leírta a megjelenési formáit, mint harag, gyűlölet, utálat (Darwin et al., 1999). Az evolúciós pszichológia irányzata Darwin kutatásaiból kiindulva az agressziót a túlélés egyik eszközének tekintették. Szükséges az egyén és a faj fennmaradásához.

Sigmund Freud a pszichoanalízis megteremtője szintén ösztöneredetűnek tartotta az agressziót. Elmélete szerint a kétféle ösztön az önfenntartó és a szexuális ösztön egymással versengő ösztön, melyeket vagy a fájdalom elkerülésére vagy az örömkeresésre használunk. Hitt a belül felgyülemlett agresszióban és annak kitörésében, de úgy gondolta, hogy az agresszió megjelenési formáit lehet kontrollálni, sőt az agressziót alkotó irányba becsatornázni.

A XX. században kapott igazi lendületet az agresszió vizsgálata, területének kutatása. Az egyén túlélése szempontjából szükséges valamennyi agresszió. A társadalom legalizálja ennek bizonyos formáit (pl. önvédelem, karrier, sportversenyek, stb.).

A kriminológia tudománya felőli megközelítést az utóbbi évtizedek genetikai kutatásai módosították és beazonosítottak bizonyos antiszociális személyiség vonásokat, melyeknek lehetnek genetikai alapjai, de ezt jelen keretek között nem tárgyaljuk (Palmstierna 2016). Ellenben meghatározó, súlyos, korai ártalom az anyától való elszakadás. Az anya-gyermek kapcsolat az egész életünket befolyásoló szoros érzelmi kötelék. Ennek sérülése, különösen a gyermek első három évében a legsúlyosabb kriminogén hatás. A korai kapcsolatok sérülése, a gyermek el nem fogadása, a gyermek szeretetigényének ignorálása, esetlegesen a testvérek közötti hátrányos megkülönböztetés indulatokat szül, bosszúvágyat, agressziót vált ki (ld. még 1.1.3 fejezet Gyermeknevelés elméletek, gyermekbántalmazás). Szintén a kriminalitás irányában hatnak a nem megfelelő nevelési módszerek. Ide tartoznak a megalázó, lelki gyötrelmeket okozó büntetések, a fizikai bántalmazás, a megszegényítés, stb. Az ilyen környezetben felnövő gyermek a benne felgyűlt agressziót fordíthatja a külvilág felé, de akár önmaga ellen is.

A XX. század meghatározó, de sokak által kritizált elmélete az ún. neobehavioristák által képviselt frusztráció-agresszió elmélet. A „Yale csoport”-hoz tartozó kutatók szerint a „Az agresszió mindig frusztráció következménye és a frusztráció agressziót szül” (Dollard et al., 1939, pp. 27-38). A legtöbb kritika azt a kijelentést érte, hogy a frusztráció agressziót eredményez. Ez így nem igaz. Más kimenetele is lehet. Ez például gyerekeknél különösen jól megfigyelhetően regresszióhoz vezethet. A tartós frusztráció egy korábbi,



már meghaladott fejlődési szintre való visszaesést is eredményezhet. A csoporton belül is vita tárgya volt az alapelmélet, melyet később úgy finomítottak, hogy a frusztrációra adott válasz dominánsan az agresszió. (Miller et al.; 1941, Sears 1941)

Markáns agresszió elmélet a „szociális tanulás” elmélete, mely a korábbi elméletekkel szemben az agressziót nem velünk született ösztönnek tekinti, hanem egy tanult válasznak. Jeles képviselője Albert Bandura szerint megfigyeljük mások viselkedését egy adott szituációban és attól függően adunk választ, hogy korábban melyik válasz kapott több megerősítést (Bandura, 1973). A tanulás pedig elsősorban abban a csoportban zajlik, ahol az egyén a legtöbb megerősítést kapja (Bandura et al., 1961).

Ha az agresszió elméleteket a személyiség lélektan oldaláról vizsgáljuk, akkor Allport szerint a személyiségünk meghatározza a viselkedésünket és a gondolkodásunkat (Allport Gordon, 1980). Allport előtt is sokan kutattak ezt a területet, de kifejezetten az agresszivitással összefüggésbe hozható személyiség jegyeket nem találtak. Kockázati tényezőként azonban említik az impulzivitást, a szenzoros élménykeresést, a gyenge önkontrollt, és az alacsony empátiás készséget (Berkowitz 1993)

Újabb lépés az Általános Agresszió Modell (GAM), amely egy átfogó, integráló keretrendszer és mint ilyen figyelembe veszi a szociális, kognitív, személyiségi, fejlődési és biológiai tényezők szerepét az agresszióban. (Anderson & Bushman 2002)

Agresszió mindenkiben keletkezik, de a cél az lenne, hogy konstruktív módon éljük ki. Ennek egyik formája, ha az agressziót a társadalom számára hasznos tevékenységbe fordítjuk át (Cole&Cole 2003) A másik formája, ha az akaratunkat úgy érvényesítjük, hogy azzal ne sértsünk másokat. Az asszertív kommunikációs technikák tanulhatóak. Az agresszió csökkentése, átcsatornázása mind az egyén, mind a társadalom számára sok előnnyel járna. Ennek egyik módja lehet az empátia fejlesztése. Az empátia és az agresszió között negatív korreláció van. Az empátiás készségek fejlesztése, a másik helyzetébe való behelyezkedés képességét többnyire a szocializáció során sajátítjuk el. Ebből következően az agresszió levezetése is tanulható. (Segal 2018)

### 1.1.2 Agresszió – erőszak kapcsolata

Az agresszió és az erőszak szorosan összekapcsolódó fogalmak. Olykor a közbeszédben egymás szinonimájaként használják. Azonban lényeges különbségek vannak a két fogalom között. Az agresszió olyan indulat, amely mindenkiben keletkezik (a

pszichológia motivációnak hívja), de nem feltétlenül válik a külvilág számára érzékelhetővé. Bizonyos esetekben maga a személy sincsen tudatában annak, hogy agressziót gyakorol vagy szenved el. Az erőszak az agresszió egyik megnyilvánulási formája. A családon belüli erőszak is végig kísérte az emberiség történetét, ám kultúránként más-más mértékben és formában tekintették azt természetesnek vagy elítélendőnek (Kerezsi, 1995, pp. 50-54).

A WHO úgy definiálja az erőszakot, mint szándékos felhasználását a fizikai kényszernek vagy erőnek, fenyegetően vagy ténylegesen az egyén önmaga vagy másik személy, csoport vagy közösség ellen, amely nagy valószínűséggel halált, sérülést, pszichés károkat, a fejlődés elmaradását és megfosztottságot eredményezhet (World Health Organization, 2002). Az erőszak magában foglalja azokat a cselekményeket, amelyek hatalmi viszonyból erednek, beleértve a fenyegetéseket, és a megfélemlítést, az elhanyagolást vagy a mulasztást. Az erőszak nem feltétlenül okoz sérülést vagy halált, de ennek ellenére jelentős terhet ró az egyénekre, családokra, közösségekre és egészségügyi rendszerekre világszerte. Az erőszak számos formája fizikai, pszichológiai és társadalmi problémákat okozhat. Következései lehetnek, azonnaliak vagy hosszú időn keresztül rejtve maradhatnak. Ezért, ha csak az erőszak okozta sérülésekre vagy a halálra fókuszáltan próbálnánk az erőszakot definiálni, akkor ez erőteljesen korlátozná az erőszak teljes hatásmechanizmusának értelmezését. A WHO áttekintő táblázatba rendezte az erőszak formáit (1 ábra).

Bántalmazási formák	Erőszak									
	Önmaga ellen irányuló		Emberi kapcsolatokon alapuló					Kollektív		
	Öngyilkosság	Önmaga bántása	Családi partnerségen alapuló			Közösségi		Szociális	Politikai	Gazdasági
			Gyermek	Partner	Idős	Ismerős	Idegen			
Fizikai	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Érzelmi	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Szexuális			•	•	•	•	•	•	•	•
Elhanyagolás		•	•	•	•	•	•	•	•	•

I. ábra: Az erőszak formáinak WHO csoportosítása (saját fordítás és szerkesztés)

Az erőszakot túlélők gyakran élethosszig viselik az erőszak okozta fizikai és lelki traumákat. Az emberek testi-lelki jólléte összefüggésben van a társadalom működésével. Így az erőszak akár közvetlenül, akár közvetetten lassíthatja egy adott társadalom fejlődését, gazdasági teljesítőképességét. (Felitti et al. 1998) Számos ország dollármilliókat költ az erőszak áldozatainak segítésére az egészségügyi és szociális rendszerekben.

Az erőszak számos fajtája megelőzhető. Kutatásokkal alátámasztottan léteznek olyan tényezők, melyek erőteljesen befolyásolják az erőszak szintjeit. Ilyen tényezők lehetnek pl. a nemek közötti egyenlőség foka, a szegénység, a jövedelemelosztás igazságossága, valamint a devianciák körébe tartozó alkoholfogyasztás is. (Fortson et al. 2016, Wilkins et. al. 2014)

### 1.1.3 Gyermeknevelés elméletek, gyermekbántalmazás

A gyermekekkel való rossz bánásmód, a gyermekek bántása végigkíséri a gyermekkor történetét, és mint ilyen a gyermekkor árnyoldala, amivel számolni kell (Tománé Mészáros & Vingender, 2019). Évszázadokon keresztül nem merült fel, hogy a gyermekek bántása probléma lehet. A bántalmazást a nevelés részének tekintették. A Példabeszédek Könyvében 13:24 szerint „Aki kíméli botját, gyűlöli a fiát, de aki szereti, idejében megfenyíti”. A bántalmazás gyakran összefonódik egyéb pl. politikai, vallási, gazdasági eszmékkel, de akár célokkal is (Ariés, 1987; Pollock, 1998).

A gyermekbántalmazásra, mint problémára először a XIX. század kiemelkedő francia törvényszéki orvosa Ambroise Tardieu hívta fel a figyelmet. (Tardieu, 1860b) A gyermekekkel való rossz bánásmód minden területével foglalkozott. Külön kiemelte, hogy a bántalmazás szétzilálja, demoralizálja az egész személyiséget. A gyermekbántalmazást súlyos közegészségügyi problémának tekintette, és mint ilyet az akkori orvos társadalom figyelmébe ajánlotta. Ő írta le először a bántalmazott gyermek tünettanát és kategóriáit és ő volt az első orvos, aki megértette a gyermekbántalmazás egész életre kiható ártalmait (Roche et al., 2005; Tardieu, 1860a). Élete vége felé beismerte, nem tudta meggyőzni orvostársait a téma igazáról. Úgy vélte ennek háttérében az a mélyen gyökerező vélekedés áll, hogy a gyermek a szülő tulajdona, így azt csinálhat vele, amit csak akar.

Tardieu munkássága csaknem feledésbe merült, de az 1930-as évektől egyre több olyan eset látott napvilágot, melyben bántalmazás miatt gyermekek haltak meg. A társadalmak kezdtek úgy tekinteni a bántalmazásra, mint megoldandó társadalmi problémára.

John Caffey amerikai radiológus 1940-es évekbeli kutatásai indították el újra a gyermekbántalmazás tudományos vizsgálatát. 1946-ban írta le azokat a sérüléseket, melyek nem véletlen baleset következtében jöttek létre, hanem szándékosan okozhattak gyermekeknek és ehhez bizonyítékként a röntgenfelvételek szolgáltak (Caffey, 1946).

Az áttörést a XX. század közepe jelentette. 1962-ben jelent meg Henry C. Kempe és munkatársai 1962-es tanulmánya a „megvert gyermek szindrómáról” Battered Child Syndrome (Kempe et al., 1962). Ők írták le először, hogy a gyermekben talált sérülések szándékosan okozott sérülések, melyeket feltehetően a szülők/gonдозók rossz bánásmódja váltott ki. Két évvel később az Egyesült Államok minden tagállamában törvénybe iktatták, hogy a gyermekeknek joga van a védelemhez, akár a saját szüleivel szemben is. Az orvosok figyelmébe ajánlották a röntgendiagnosztika jelentőségét, mely megerősíti a bántalmazás tényét, de arra is felhívta a figyelmet, hogy a sérülések keletkezését szélesebb családi, társadalmi kontextusban kell vizsgálni. Ez a gondolat óriási hatást gyakorolt az egészségügy területén túl a hétköznapi életre, a politikára, az oktatásra és a szociális területre is. Az American Medical Association később elismerte, hogy ez volt a XX. század egyik legfontosabb közzétett orvosi kézírata (Tománé Mészáros & Vingender, 2019). A magyar irodalomban az első közlemény 1968-ban az Orvosi Hetilapban Antoni Pál nevéhez fűződik (Antoni, 1965).

A történetiséget tekintve nem lehet elmenni a gyermekbántalmazás elméleti megközelítése kapcsán számos olyan modell mellett, melyek hozzájárultak a probléma feltárásához, olykor csak egyes részterületeket lefedve.

Ezek közül is kiemelkedik Bowlby által megalapozott pszichoanalitikus modell, amely szerint a bántalmazás hátterében a kötődési zavarok a korai anya-gyermek kapcsolat sérülése lehet. (Bowlby, 1969) A csecsemő és anya szoros, tartós kapcsolatának kialakulása interakciókon keresztül valósul meg. A „biztonságos bázis” kifejezés Ainsworth nevéhez fűződik és ez lett a központi gondolata a kötődés elméletnek (Ainsworth, 1967) A klasszikus hármas kötődési minták elnevezését módosította (biztonságos, bizonytalan-elkerülő, szorongó-ambivalens) az ún. D (dezorganizált) kötődés és megváltoztatta az eredeti szorongó-ambivalens kategóriát a bizonytalan-

rezisztens elnevezésre. (Main és Solomon, 1990) A kapcsolati zavar, az „ősbizalom” elvesztése olyan sérüléseket eredményez, mely felnőttkorban is jelen lesz. Az így szocializálódott gyermekek érzelmileg kevesebb terhelést bírnak, gyakran intim érzelmi kapcsolatot kialakítani képtelen élet adatik meg.

A szociális tanuláselméleti modell hívei szerint a gyermek tiszta lappal jön a világra, nagyon kevés olyan készséggel, ami veleszületett. A bántalmazást ezért rossz tapasztalatoknak és a nem megfelelő kontrollnak tulajdonítják. Vagyis a gyermek a bántalmazás során a konfliktuskezelésnek ezt a módját sajátítja el, és felnővén ezt a modellt tudja továbbadni.

A szocio-biológiai modell rávilágít arra a tényezőre, amikor a bántalmazást a szülő, fájdalma, csalódottsága váltja ki, aminek az alapja lehet egy beteg, sérült, fogyatékkal élő gyermek születése.

A családi diszfunkció modell egy bonyolult modell, többféle irányzattal. Ebben az elméletben maga a család a megbetegítő vagy betegséget fenntartó aktor. Markáns megjelenési formája, amikor a családi működés alapja, a család összetartója egy kiválasztott családtag szisztematikus bántalmazása. Ez a családtag lesz a család minden bajának okozója a „bűnbak”, az ő bántása miatt tud egyben maradni a család.

Végül a feminista modell hívei szerint az anyák azért bántják a gyermekeiket, mert ők maguk is elszenvedtek bántást férfiaktól (Herczog 2007). Ez az érvelés kevésbé meggyőző, mert túlságosan leegyszerűsíti egy nagyon bonyolult sok okra visszavezethető téma megközelítését.

#### 1.1.4 A megrázott gyermek szindróma történeti emlékei

Az első olyan emlékeket, mely a megrázott gyermek kórkép leírására utal a XIX. század elején található a London's Central Criminal Court archívumában (Tománé Mészáros & Vingender, 2019). A klinikai kép megfelelt a mostani tudásunk szerinti leírásnak, azonban a kórboncnok nem tudott választ adni a sérülések keletkezési módjáról. Franciaországban Tardieu (bár több ezer boncolást végzett és ezek között beazonosíthatók voltak az SBS esetek) sem talált külsérelmi nyomot, vagy erőszakra utaló jelet - nem tudott magyarázatot adni a sérülések okára. Hiányoztak azok az eszközök, melyek segítségével bizonyítani lehetett volna a megrázott gyermek szindróma keletkezési mechanizmusát.

A bizonyítékot csaknem 100 év múlva John Caffey és Henry Kempe munkássága adta meg. Caffey későbbi munkáiban leírta a keletkezési mechanizmusra utaló „ostorcsapó mozdulat” jelentőségét (Caffey, 1972; Caffey, 1974).

Majd számos kutató, orvos foglalkozott a gyermekbántalmazás és ezen belül a megrázott gyermek szindrómával. Közülük is kiemelkedett Arthur Norman Guthkelch brit gyermekgyógyász, aki közvetlen bizonyítékot talált a gyermekek megrázása és az agyi sérülések, vérzések között. Nevéhez fűződik a fej „ostorcsapó” mozdulatának leírata, melyet a gyermek rázásával lehet kiváltani (Guthkelch, 1971) Különös jelentősége életművének az a felismerés, hogy erről a szülőket tájékoztatni kell, és a megrázás veszélyeiről oktatni kell őket.

A 80-as évek elején felerősödtek azok a hangok, melyek kétségbe vonták a kórkép jelentőségét, továbbá azt is, hogy önálló kórképről beszélhetünk-e. Maga Guthkelch is kételyeket fogalmazott meg és élete utolsó szakaszában elkezdte saját munkájának felülvizsgálatát. Ezeknek a vélekedéseknek az alapja elsősorban a téves, nem megalapozott bírósági ítéletek voltak. Felhívta a figyelmet arra, hogy lehetnek olyan kórképek, amelyek a megrázott gyermek szindrómára hasonlító tüneteket okoznak. Így nagyon gondos klinikai vizsgálatok és a családi háttér elemzése után lehet csak megállapítani, mi legyen az adott eset minősítése.

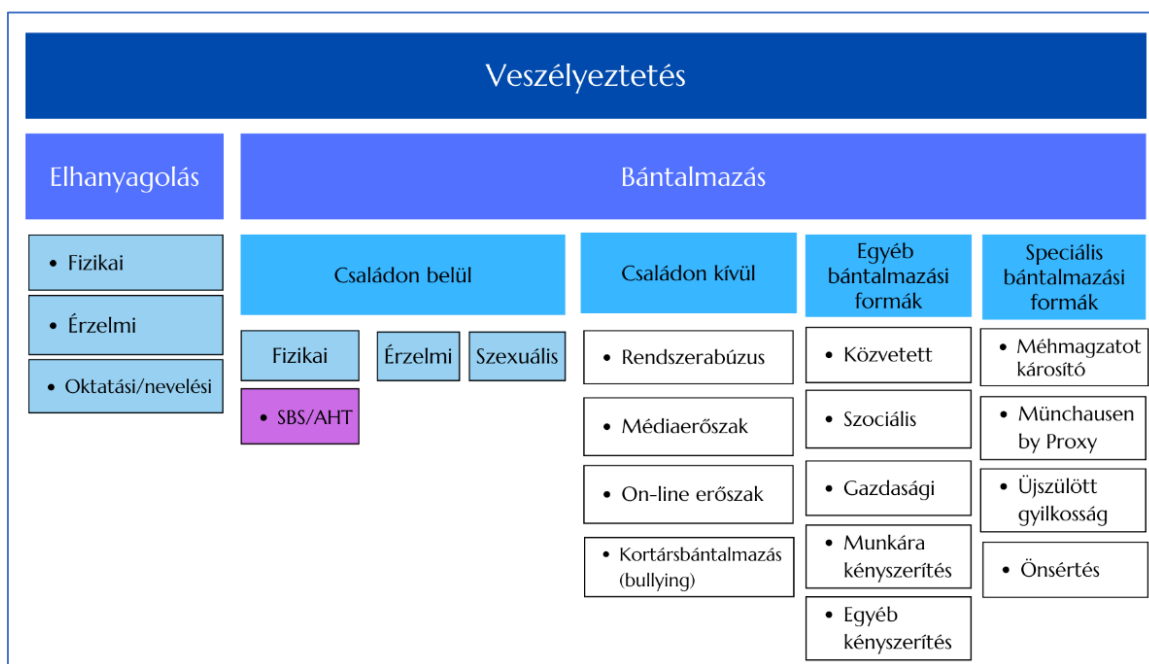
## 1.2 A gyermekbántalmazás és elhanyagolás fogalma és fajtái

A WHO definíciója szerint: „A gyermek bántalmazása és elhanyagolása (rossz bánásmód) magában foglalja a fizikai és/vagy érzelmi rossz bánásmód, a szexuális visszaélés, az elhanyagolás vagy hanyag bánásmód, a kereskedelmi vagy egyéb kizsákmányolás minden formáját, amely a gyermek egészségének, túlélésének, fejlődésének vagy méltóságának tényleges vagy potenciális sérelmét eredményezi egy olyan kapcsolat keretében, amely a felelősségen, bizalmon vagy hatalmon alapul.” (Krug et al., 2002)

A veszélyeztetés a Gyermekvédelmi törvény szerint: „olyan – a gyermek vagy más személy által tanúsított – magatartás, mulasztás vagy körülmény következtében kialakult állapot, amely a gyermek testi, értelmi, érzelmi vagy erkölcsi fejlődését gátolja vagy akadályozza” (Kovács et al. 2020) A gyermekekkel kapcsolatos rossz bánásmódnak (a veszélyeztetésnek) kétféle formáját különítjük el. Aktív formája a bántalmazás, „ha valaki

testi-lelki sérülést, fájdalmat okoz egy gyermeknek, vagy ha a gyermek sérelmére elkövetett cselekményt – noha tud róla, vagy szemtanúja – nem akadályozza meg, illetve nem jelenti”. Passzív formája az elhanyagolás, „minden olyan mulasztás vagy baj okozása (akár szándékos, akár tudatlanságból, óvatlanságból, nemtörődömségből ered), amely jelentősen árt a gyermek egészségének, vagy lassítja, akadályozza a szomatikus, mentális és érzelmi fejlődését” (Kovács et. al. 2020)

Saját szerkesztésű csoportosításban ábrázoljuk a bántalmazási formákon belül az SBS elhelyezkedését (2 ábra).



2. ábra: Veszélyeztetés, elhanyagolás, bántalmazás csoportosítása (saját szerkesztés)

## Elhanyagolás

„Az elhanyagolás (és/vagy bántalmazás) a gyermek fejlődését számos területen veszélyezteti. Nehezíti, hátráltatja, súlyos helyzetben lehetetlenné teszi a normál egészséges személyiség kifejlődését. Rontja a kapcsolatépítés képességét, zavart szenved az érzelmi és indulati élet szabályozása. Elégtelenné válik a probléma és konfliktusmegoldó képesség.” (Pászthy, n.d.) Okozhatják gondatlanságból vagy szándékosan.

### **Fizikai elhanyagolás**

A fizikai elhanyagolás a legszembetűnőbb. Elmaradott testi fejlettség, alultápláltság (esetenként diéta be nem tartása, vagy rossz táplálkozási szokások miatt), elhízás (egészségtelen étrend vagy pszichés problémák miatt), problémás testi higiénia, évszaknak nem megfelelő ruházat, stb. Idetartozik a gyermek felügyeletének elhanyagolása, a gyakori balesetek (főleg otthoni balesetek), a késleltetett orvosi ellátás, vagy a védőoltások beadásának megtagadása. A véletlen balesetek és az elhanyagolás miatt balesetet szenvedett gyermekek elkülönítése nagyon nehéz. Azonban, ha a gyermeket feltűnően sokszor éri baleset (tipikusak a leesés, kiesés, mérgezés, forrázás, áramütés, stb.), akkor lehet a háttérben elhanyagolás.

### **Érzelmi elhanyagolás**

Érzelmi elhanyagolás esetén a szülő nem veszi figyelembe a gyermek érzelmi szükségleteit, nem adja meg a gyermek számára az érzelmi biztonságot, az állandóságot, a szeretetteljes kapcsolatot, elutasítja a gyermek kötődési igényét. Ebbe a kategóriába tartozik a gyermek jelenlétében történő erőszakos, durva, támadó verbális kommunikáció más családtagokkal, többnyire az anyával szemben. A tünetei már óvodás, kisiskolás kortól észlelhetők: viselkedési-, tanulási-, figyelemzavar, gyenge kapcsolat a kortársakkal, elszigetelődés. Szélsőséges magatartás is gyakori, ami lehet passzivitás, teljes visszahúzódság, önbizalomhiány, tehetetlenség, de lehet dac, konfliktuskeresés, dühkitörések és feltűnést kereső viselkedés. A kamaszkorban önpusztító magatartásformák is megjelenhetnek. (Pászthy, n.d.)

### **Oktatási-nevelési elhanyagolás**

Az oktatási-nevelési elhanyagolás körébe tartozik pl. a lógás elnézése, az iskolai előmenetel figyelmen kívül hagyása, a készségfejlesztés akadályozása, ellenzése, tanulás megakadályozása, stb. Ebben az elhanyagolási formában kevésbé játszik szerepet a szándékosság, sokkal inkább hangsúlyos a mulasztás, gondatlanság, a gondoskodásról való képtelenség. (Pászthy, n.d.) Mégis az oktatási-nevelési elhanyagolásnak azért van jelentősége, mert a gyermek szociális kapcsolati hálója gyengül, hamarabb elhagyja az iskolarendszert, kevés esélye lesz a minőségi munkahely elnyerésére, a szegénységi spirál kialakulásának esélye sokszorosára nő. Bizonyos társadalmi előítéletek miatt az



elhanyagolást főként a szegényebb társadalmi réteghez kapcsoljuk. Azonban ez minden társadalmi rétegben előfordul, de a magasabb státuszú családok jobban tudják védeni a jogukat. Az esetek nagy száma miatt erős a közöny, az ellátórendszer nem tud megfelelő segítséget nyújtani.

### Bántalmazás

A veszélyeztetés aktív formája, mikor a szülő/gonozó a gyermeknek szándékosan testi-lelki vagy szexuális fájdalmat, szenvedést, kínt okoz. A bántalmazás alapvetően hatalmi kérdés.

### **Fizikai bántalmazás**

Társadalmi szinten még mindig sokak számára elfogadott fegyelmezési eszköz. Gyakran találkozni relativizálással („csak egy pofon”, vagy „engem is bántottak mégis ember lett belőlem”). Az 1997 évi XXXI. Törvény a Gyermekvédelemről és a Gyámügyi Igazgatásról (Gyermekvédelmi törvény) leszögezi a „zéró tolerancia” elvét (2002. évi IX. törvény a gyermekvédelemről ..., 2002). Magyarországon kevéssé terjedt el a pozitív nevelési technikák oktatása. Ezért gyakran a szülők, gonozók nevelési célzattal a fizikai fenytés eszközhöz nyúlnak. Az UNICEF Magyarország által 2016-ban végzett, több mint 1000 fős nem reprezentatív felmérés szerint a megkérdezett középiskolások 44%-a nem tartja bántalmazásnak, ha megütik, megpofozzák, sőt a gyermekek 2/3-a nincs azzal sem tisztában, hogy az is bántalmazás, ha ő üti meg a társát. Az ENSZ Gyermekjogi Bizottság 8. sz. Átfogó Kommentárja szerint „A legtöbb esetben megütik („megpofozzák”, „megcsapják”, „elfenekelik”) a gyereket kézzel, vagy más eszközzel – ostorral, pálcával, szíjjal, cipővel, fakanállal, stb. Járhat rúgással, a gyerek rázásával, taszigálásával, karmolásával, csípésével, égetéssel, forrázással, nyelésre kényszerítéssel.” (Herczog et al., 2016) Idetartozik még a megragadás, harapás, de egyes országokban ide sorolják pl. a gyermek autós biztonsági ülésének hiányát is.

### **Érzelmi bántalmazás**

Számos kutatás támasztja alá, hogy az érzelmi bántalmazást elszenvedő gyermekek felnőttként sokkal súlyosabbnak élik meg ezt a bántalmazási formát. Gyakran meg is fogalmazzák: „inkább vertek volna”. Természetesen egyik forma sem elfogadható. Az

érzelmi bántalmazás nemcsak a családon belül fordul elő, gyakori az iskolai/munkahelyi környezetben illetve a gyermekek között is. A társadalom által leginkább tolerált bántalmazási forma, azonban a romboló hatása egész életen át tarthat (Pászthy n.d.). Idetartozik, ha gyermek létezésének jogát kérdőjelezzik meg, hasznavehetetlennek, értéktelennek feleslegesnek tartják. A gyermek az ilyen szülőhöz nem tud kötődni. Ez később önértékelési zavarokhoz, alacsony önbecsüléshez, beilleszkedési és kapcsolati zavarokhoz vezet. Az érzelmi bántalmazás gyakori formája, hogy a korának nem megfelelő követelményeket támasztanak a gyermekkel szemben és ezzel félelmet és szorongást keltenek. Amennyiben a gyermek nem tud a követelményeknek megfelelni, megszégyenítik, kigúnyolják, állandó kritika tárgyává teszik. A gyermekek ilyenkor úgy érzik, hogy ők maguk a felelősök a kialakult helyzetért, szégyent és magányt élnek meg. Ez a bántalmazási forma önállóan is előfordul, de legtöbbször egyéb bántalmazási formákkal kombináltan jelenik meg. Rendkívül ártalmas, ha a gyermek tanúja az érzelmi bántalmazásnak, még akkor is, ha az nem ő ellene irányul. Az gyermekekben egyfajta „trauma-alapú világszemlélet” alakul ki. (Nők Joga, n.d.)

### **Szexuális bántalmazás**

A szexuális abúzust elkövetők 80-90 százaléka a gyermek számára ismerős személy, rokon, hozzátartozó, családtag vagy barát. (Pászthy, n.d.) Gyakori, hogy olyan ismert személy követ el visszaélést, akivel a gyermek bizalmi vagy függőségi, alá-fölérendeltségi kapcsolatban áll. Gyakori téves használat az elkövetőkre a „pedofil” címke. Az elkövetők jelentős része nem pedofil. Az elkövetésben sokkal inkább hatalmi tényezők játszanak szerepet (mert megteheti, hatalmában áll megtenni). A kiszolgáltatott gyermek használata a jellemzőbb. A szexuális bántalmazás körébe tartozik a szexuális tevékenységre való kényszerítés vagy csábítás is, (függetlenül attól, hogy az áldozat tisztában van-e azzal, mi történik vele). Ide tartozik a gyermekek bevonása pornográf felvételek, szexuális tevékenység nézésébe, a molesztálás, a kereskedelmi célú szexuális kizsákmányolás, a szexuális célból elkövetett emberkereskedelem (gyermekkereskedelem).

### 1.3 Gyermekbántalmazás és elhanyagolás kontextusai és dilemmái

Az 1800-as évek vége felé egyre több gyermekbántalmazási eset került napvilágra, amely ráirányította a figyelmet a helyzet jogi szabályozásának hiányára. Később egyre több tudás birtokában még több ellentmondásra derült fény, a definíciós problémáktól, a felismerésen át a megelőzésig (Zigler & Hall, 1989)

Az ezredfordulóra azonban erősödtek azok a hangok, melyek védelmet követeltek a gyermekeknek. A következő jelentős mérföldkő a közel 10 éves előkészítő munka után 1989. november 20-án (azóta ez a Gyermekjogok Világnapja) elfogadott Gyermekjogi Egyezmény, melyhez Magyarország 1991-ben csatlakozott. Az egyezmény alapján született meg az 1997. évi XXXI. Tv a Gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról. Ez a törvény alakította ki a gyermekvédelmi jelzőrendszert a bántalmazott és veszélyeztetett gyermekek kiszűrésére és segítésére (*1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről ...*, 1997). A törvény 2002-es módosítása kimondja „A gyermek nem vehető alá kegyetlen, embertelen, megalázó testi fenytésnek, büntetésnek vagy bánásmódnak.”. (*2002. évi IX. törvény a gyermekek védelméről ...*, 2002)

#### 1.3.1 Definíciós problémák

A korábban bemutatott fejezetek alapján sokáig kudarc volt a gyermekbántalmazás elleni küzdelem. Maga a fogalom is későn jelent meg, sőt az sem egyértelmű, hogy mely viselkedést vagy milyen viselkedés hiányát tekintünk gyermekbántalmazásnak. Lehetetlen egyetlen univerzális fogalmat meghatározni, mert ezt nagyban befolyásolja a kulturális szokások különbözősége. (Maitra, 1996) A társadalmak nagyon hosszú ideig eltúrték/eltűrik a gyermekbántalmazást. A mai napig dilemmát okoz a családok privát szférája és a beavatkozást igénylő esetek közötti határvonal meghúzása.

Kezdeti meghatározások szerint a szülő/gondviselő által elkövetett, szándékosan okozott, nem baleseti sérüléseket értettük alatta. Ez azonban elég szűk meghatározásnak bizonyult, nem fért bele a lelki és a szexuális bántalmazás. Így később finomodott, szélesedett a meghatározás és ide soroltak minden olyan együttélési rendszerben megvalósuló erőszakos interakciót, mely a gyermek kárára van és megakadályozza a fejlődését. Ebben azonban a külső környezet által okozott (pl. médiaerőszak), vagy a gyermekek védelmére létrehozott ellátórendszer hibáiból adódó bántalmazás nem fért bele.

Még ennél is nehezebb az elhanyagolás fogalmi meghatározása. Nehéz kategorizálni az optimálisnak tekinthető ellátástól való eltérés fokát, milyenségét. Sőt ezt a gondolatmenetet folytatva már az is nehézségekbe ütközik, hogy meghatározzuk az optimális ellátás fogalmát. Az extrém eseteket, pl. amikor a szülő szinte nem vesz tudomást arról, hogy gyermeke van, viszonylag könnyű azonosítani, és leírni. Azonban a nehezen felismerhető érzelmi bántalmazást, pl. szociális izoláció vagy az érzelmi terrorizálás. Ebben az esetben fontos szerepet játszik az időtényező is. A bántalmazó/elhanyagoló szülői magatartás következményei sokáig rejtve maradhatnak és a károsodások gyakran csak évek (lelki/szexuális bántalmazás esetén, akár évtizedek) múltán derülnek ki.

A bántalmazás és elhanyagolás fogalmi rendszerének meghatározásánál kiemelő, hogy a gyermekbántalmazás egy komplex ösztársadalmi ügy, melynek megközelítése is több szempontú. Így a probléma más-más részét látja a jogász, a rendőr, az orvos, az egészségügyi szakdolgozó, a szociális munkás, stb. Eltérő a probléma megközelítése, más eszközökkel rendelkeznek megoldására, más a prioritási sorrendjük.

Tehát egyrésztől nehézséget okoz, hogy mely viselkedéseket minősítjük bántalmazásnak/elhanyagolásnak, valamint nehéz meghatározni az adott bántalmazási/elhanyagolási formák károsító erejét. A károsodás mértéke szempontjából meghatározó, hogy mely életkorban, mennyi ideig és milyen gyakran érte a gyermeket az ártalom.

Fogalmilag az idők folyamán két stratégia alakult ki Roberts Dingwall munkája nyomán a bántalmazás és elhanyagolás minősítésére (Révész & László, 2004)

- a „pesszimista stratégia” szerint minden olyan gyermek bántalmazott, vagy elhanyagolt, akit sérülés ér, hiszen nem vigyáztak rá eléggé. Az elméletet vitatók szerint ez túl tág megközelítés, hiszen akkor ide tartoznak a nem megfelelő védőeszközök, vagy azok hiányából fakadó közlekedési balesetek sérültjei is.
- az „optimista stratégia” szerint viszont csak akkor beszélünk gyermekbántalmazásról, ha a megtörtént eset után minden más egyéb magyarázatot elvetettünk.

### 1.3.2 Gyakorisági és módszertani problémák

A definíciós problémák, az egységes szakterminológia hiánya miatt nehéz a gyermekbántalmazás és elhanyagolás esetén számokat mondani (Gyermekjogi jelentés n.d.). Így nehézséget okoz a kevés hazai adat összevetése a nemzetközi adatokkal. Adatok híján a sajtó és a szakirodalom is feltételezéseken alapuló számokat tesz közzé. (Herczog, 2007, p. 41)

Bár a kutatók elismerik, hogy a gyermekbántalmazás kérdése fontos, de mégis nehezen kutatható terület. Kevés a statisztikai adat, nehéz a hozzáférés az adatokhoz, és az adatgyűjtési metódusok változása nem teszi lehetővé az összehasonlítást. Magyarországon a gyermekjóléti szolgálatok évi egy alkalommal szolgáltatnak adatot a veszélyeztetett gyermekekről, melyet a KSH gyűjt össze. Ezek nem nagymintás reprezentatív adatok, hanem a gyakorlati életből, tapasztalati úton az ellátottak köréből szerzett és jelentett adatok. Teljes képet nem ad a bántalmazás és elhanyagolás elterjedtségéről, általánosításra nem alkalmasak. A felszínre került adatokból sajnos az sem derül ki, hogy a segítségre szorulóak hány százalékát érjük el. Így a látenciát is csak becsülni tudjuk (Foley et al. 2013).

Bár a szociális és gyermekvédelmi ellátás és az egészségügy szolgáltatja a legmegbízhatóbb adatokat, még ezzel is sok probléma van. Az egészségügyi szolgáltatók a betegségek nemzetközi osztályozása – BNO - szerint írják le az eseteket. A kódolásnál előfordulhatnak torzítások. További tényező, amely nehézséget okoz a vékony határvonal az elfogadható szülői magatartás és az elfogadhatatlan gyermekbántalmazás/elhanyagolás között. Révész felhívja a figyelmet, hogy nem mindegy hol húzzuk meg a határokat. Vannak olyan gyermeknevelési módszerek, amelyek ártalmatlannak (vagy kevésbé ártalmasnak) tűnnek, de az adott kulturális közeg elfogadja. Ebben az esetben, bár a gyermek szenvedhet testi-lelki károsodást, a környezet mégsem fog reagálni, mert általános társadalmi megegyezés övezi az adott módszert. (Révész & László, 2004)

További nehezítő tényező a titok. A legtöbb bántalmazási elhanyagolási történetet titkolják az áldozatok, titkolja a bántalmazó és titkolják a bántalmazásról tudó családtagok, tágabb környezet. Félnek a megbélyegzéstől és a büntetőjogi felelősségre vonástól is. Az áldozatoknál gyakran erős a szégyenérzet, és a félelem az áldozathibáztató környezeti reakciótól.

A tényleges gyakoriság megállapításának gátja lehet továbbá az

- Izoláció - a bántalmazó légkörben élő családok zártan működnek
- A gyermekek gyakran nem tudnak segítséget kérni. Ennek oka lehet az is, hogy nem tudja, hogy amiben él az nem egy normálisan működő család, valamint a paradox szeretet, melyet a szülő iránt érez.
- Társadalmilag elfogadott a családi élet szentségének védelme, ezért a környezet legtöbbször hallgat (Herczog 2007).

Gyakorisági és módszertani szempontból további problémát okoz a bántalmazás/elhanyagolás kategóriáinak átfedése. Akár többször jelenhet meg egy gyermek problémája, ez pedig az adatok halmozódásához vezet.

Utolsó sorban említendő (bár súlyát tekintve fontos) a társadalom távolságtartása, olykor viszolygása a gyermekbántalmazáshoz. Nem könnyen kommunikálható téma és a változások szükségessége érdekében meghozott döntések vélhetően csak nagy társadalmi ellenállások révén volna átvihető. Ezért gyakran sem szándék, sem anyagi forrás nem áll rendelkezésre ennek a témának a tudományos megközelítésére.

### 1.3.3 Gyermekkor meghatározásának dilemmája

A gyermekkor alapvetően egy függő és alárendelt szerepet is jelent. Ezért ez egy differenciálatlan kategória. Jelen helyzetben Magyarországon sem egyértelmű annak a meghatározása, meddig gyermek a gyermek. A magyar jogrendben a kiskorúak fogalmát a Polgári Törvénykönyvben rögzítik. Főszabály szerint kiskorú 18 éves kor betöltéséig. Azonban házasság által (betöltött 16 éves kor után) ezen időintervallumon belül lehetséges a felnőtté válás. 16 éven aluli személy biztosan kiskorúnak tekintendő. A Polgári Törvénykönyv további bontást határoz meg, a 14 éven aluliak és a 14-16 éves kor közöttiekre vonatkozóan, abban a tekintetben, hogy önállóan mit tehetnek meg. A Polgári jogtól eltér a büntető jog meghatározása. A Büntető Törvénykönyv szerint a gyermekkor helyett a 12-18 év közötti gyermekeknél a fiatalkorú megnevezést használják. Bár a Btk. a gyermekkort 12 életévig számítja, mégis gyakran a 14 éves életkorhoz kötik a büntethetőséget. Számos egyéb törvényben előkerül a gyermekkor kérdése és más életkori meghatározásokkal találkozunk. Így például a fogyasztóvédelmi törvény szerint a 18 éves kor a gyermekkor határa pl. a dohány és alkoholtermékek vásárlása esetén. Az egészségügyet is érintő kérdésben is megfigyelhető a gyermekkor meghatározásának

diszkrpanciája (pl. a Btk. szerint 12 éves kortól beleegyezéssel folytatható szexuális élet, de 16 éves korig nem írhatnak fel egyedül fogamzásgátlót és abortuszra sem mehetnek szülői beleegyezés nélkül).

#### 1.3.4 Transzgenerációs hatások problematikája

A gyermekbántalmazás dilemmái között a transzgenerációs hatások vitatott terület. Ennek oka lehet a bántalmazás vizsgálatának módszertani nehézsége. Egy a bántalmazás ciklusát vizsgáló több mint 60 szakirodalmat áttekintő szisztematikus tanulmány szerint a pozitív összefüggés a bántalmazó gyermekkor és a bántalmazó szülővé válás között kevés és gyenge módszertani alapokon nyugvó tanulmányra épül (Thornberry et al., 2012). Az általuk felállított szempontrendszernek (minta reprezentativitása, érvényes és megbízható mérések, prospektív tervek, stb.) kevés tanulmány felelt meg és még kevesebb támasztja alá az alaphipotézist a bántalmazás transzgenerációs hatásáról. Nagymintás kutatások és metaanalízisek azonban az ártalmas gyermekkori tapasztalatok felnőttkori egészségkárosító hatását támasztják alá (Felitti et al. 1993; Norman et. al 2012; Assink et al. 2018) A kilencvenes évek elején született felmérés szerint a rossz légkörben, bántalmazó körülmények között felnőtt gyermekek kb. egyharmada válik maga is bántalmazó szülővé. A másik egyharmad nem lesz bántalmazó szülő. A maradék egyharmadnál pedig a megnövekedett érzékenységük a társadalmi stresszre hajlamossá teszi őket a bántalmazóvá válásra. (Oliver, 1993; Tománé Mészáros et al., 2022)

## **2 Speciális fizikai bántalmazási forma a megrázott gyermek szindróma – Shaken Baby Syndrome (SBS/AHT)**

A megrázott gyermek szindróma – Shaken Baby Syndrome (továbbiakban SBS/AHT) a fizikai bántalmazás egy speciális formája, mely leggyakrabban a 0-2 éves korosztályt érinti. A korosztály érintettségét elsősorban a skandináv országokban és az Amerikai Egyesült Államokban, de az arab világban is 5 éves korig terjesztették ki (Parks et al. 2012b; Alanazi et al. 2021).

Definíció szerinti meghatározás - a (<5 éves) csecsemő vagy kisgyermek koponyájának vagy koponyán belüli tartalmának tompa ütésből és/vagy erőszakos rázkódásból eredő sérülése. (Parks et al. 2012a)

Magyarországon nincs szisztematikus adatgyűjtés az SBS/AHT vonatkozásában és alig található magyar szakirodalom. Ezért a megrázott gyermek szindróma bemutatását a bevezetőben említettek alapján elsősorban nemzetközi kontextusba helyezzük. Az egy év alatti gyermekek esetében a fizikai bántalmazásból eredő halálozás vezető oka a megrázott gyermek szindróma.

A megrázás vagy tompa ütés pusztító következményekkel, magas halálozási aránnyal, neurológiai sérülésekkel és maradandó fogyatékossgal jár (Barr, 2012). A maradandó sérülések kezelése, a szükséges fejlesztések, komoly anyagilag kimutatható terheket jelentenek, beleértve az egészségügyi kiadásokat, a gyermekvédelmi rendszer költségeit, a speciális oktatási rendszer, az igazságszolgáltatási rendszer valamint az elveszett munka és elveszett életminőség költségeit is (Miller et al., 2018; Peterson et al., 2014; Friedman et al., 2012; Fang et al., 2012). Egy egészségesen született gyermek, aki később sérülés áldozata lesz, alapjaiban változtatja meg a családok életét is. Az állami rendszerek költségei mellett, a családok költségei is megsokszorozódnak, törekenyebbé válnak az emberi kapcsolatok, megnő a családok szétesésének, vagy a családtagok mentális megbetegedésének kockázata, azon kívül számolni kell a gyermeket ellátó gondozó munkából való kiesésének anyagi következményeivel is.

### **2.1 Epidemiológia**

A gyermekbántalmazás jelentős mértékben hozzájárul a gyermekkori halálozáshoz vagy sérüléshez. Mivel gyakran nem ismerik fel, nagy az ismétlődés kockázata, mely további



súlyos sérülésekhez vezet, amely végül felkelti a környezet figyelmét. Több kutatás szerint a fizikai bántalmazást elszenvedett gyermekek kb. 35%-a többszörös bántalmazáson esett át, melyből 10% halálos következményekkel járt, valamint a bántalmazott csecsemők kb. 25%-nál egy éven belül ismétlődő bántalmazásos tüneteket találtak. (Deans et al., 2014)

Bár számos országban viszonylag gyakori az előfordulása, mégis alul diagnosztizált kórképről beszélünk. Egy amerikai kutatás szerint az incidencia 2003-2007 időszakban 780, 0-4 év közötti gyermek halt meg (0,76/100.000 személy/év) SBS/AHT következtében és évente 1759 (8,6/1000 lakosra vetítve) nem halálos, de kórházi kezelést igénylő eset történt. A kutatók alábecsültnek értékelték ezeket az eredményeket. (Peterson et al., 2014)

Más kutatások szerint az előfordulási arányok 20-30/100000 (<2 éves gyermek) között vannak (Ellingson et al., 2008; Barlow & Minns, 2000). A különböző országokban és régiókban végzett populáció-alapú vizsgálatok eredményeit figyelembe véve, az AHT előfordulása körülbelül 14-53/100.000 élveszületés. (Kwak, 2022)

Keenan és munkatársai az Egyesült Államokban (230.000 fős) nagymintás kutatásban vizsgálták az előfordulási arányokat. Prospektíven azonosították a 2000 és 2001 évre vonatkoztatva az összes gyermeket, akiket intenzív osztályra felvettek vagy TBI-ben elhalálozott (azok a gyermekek maradtak a kutatásban, ahol vagy beismerő vallomás állt rendelkezésre vagy hatósági ténymegállapítás a bántalmazásról). Az elszenvedett sérülés incidenciája az első 2 életévben 17,0 [95%-os konfidencia intervallum (CI) 13,3-20,7] volt 100.000 személyévenként. A csecsemőknél még magasabb volt az incidencia, mint a második életévben 29,7 [95% CI 22,9-36,7] vs. 3,8 [95% CI 1,3-6,4] 1000.000 személyévenként. A fiúknál magasabb volt az incidencia, mint a lányoknál 21,0 [95% CI, 15,1-26,6] vs. 13,0 [95% CI, 8,4-17,7] 100 000 személyévenként. (Keenan et al., 2003).

Jenny és munkatársai a coloradói egyetem gyermekkórházának 1990-95 közötti adatait megvizsgálva megállapították, hogy az esetek 30%-át először pontatlanul diagnosztizálták. A kórkép szempontjából fontos megállapítás volt, hogy a későn diagnosztizált, fel nem ismert esetekben a gyermekek (a kutatás 0-3 éves korú gyermekeket vizsgált) az elmaradt diagnózis miatt 28 %-ban újra megsérültek, valamint a gyermekek 40,7%-nál további orvosi komplikációk léptek fel. Az értékelés szerint a fel

nem ismert SBS/AHT esetek közül az 5 halálos esetből 4 megelőzhető lett volna (Jenny et al., 1999).

A megrázott gyermek szindróma (SBS/AHT) morbiditása és mortalitása igen magas. Meta analízisek szerint a halálozási arány 15-38% között van. Az Egyesült Államokban a 2 év alatti fejsérüléssel járó halálozás esetében 50-80%-ban gyermekbántalmazás áll a háttérben. Az előfordulási gyakoriság csúcsa 3 hónapos korban van. (Antonietti et.al. 2019; Parks et.al., 2012b) A megrázást túlélők kb. kétharmadánál jelentős fogyatékoság marad vissza, mindössze kb. 10-15%-nál nem vagy alig tapasztalunk maradványtünetet. A megrázás következtében kómás állapotba került csecsemők a 60%-a meghalt vagy súlyos mentális retardációval, kiterjedt négy végtag bénulásával, súlyos motoros diszfunkcióval élte túl. (Peterson et al., 2014)

A túlélők körében az ütődés helyétől függően látássérültség, vakság, halláskárosodás (18-48%), maradandó görcsrohamok (11-32%), négy végtagbénulás (15-64%), agysorvadás, encephalomalacia, microcephalia valamint kognitív, viselkedési és alvászavarok intellektuális hiányosságok, ingerlékenység, agresszió, dühkitörések, figyelemzavarok, memóriazavarok (23-59%) maradhatnak vissza (Chevignard & Lind, 2014; Manfield et al., 2021).

Miller szerint a megrázást követő azonnali halálozás 7%, de a súlyos megrázást követő esetleges túlélő gyermekek további 5%-a, a kórházi elbocsajtást követő 6 hónapban elhalálozik. (Miller et al., 2014) A kezdeti magas kockázatú halálozás után azoknál a gyermekeknél, akiknek a sérülése mozgásképtelenséget eredményezett a várható élettartam mindössze 15 év (Strauss et al., 1998)

Nemek tekintetében több kutatás szerint a fiú csecsemők vannak többségben és gyakrabban válnak áldozattá a koraszülöttek is (Keenan et al., 2003; Tursz & Cook, 2014). A koraszülöttek, és az alacsony születési súlyú gyermekek bántalmazása kapcsán más kutatások ellentmondásos bizonyítékokat találtak, azonban közös jellemzőként megállapították, hogy mindezen gyermekek a fokozott bántalmazási kockázat miatt különleges figyelmet kell, hogy kapjanak (Spencer et al., 2006; Manan et al., 2022).

Jelenleg ismeretlen azon megrázott gyermekeknek a kórtörténeti kimenetele, akik nem kerültek orvosi ellátásba, de a későbbiekben valamilyen egyéb tünetet pl. tanulási nehézség, viselkedési, magatartási zavar, motorikus eltérések nehezítik az életüket.

Miután nem kerültek ellátásra, így a későbbiek folytán nehéz, majdnem lehetetlen megállapítani a valódi kórtörténetet.

A bántalmazott gyermekek nyomon követése nehéz a magas lemorzsolódás következtében (Chevignard & Lind, 2014; Antonietti et al., 2019). De átlagosan 29,6 hónapos után követés eredményeként a betegek 31%-nál kimutatható volt súlyos neurológiai elváltozás, mely az esetek felében állandó ellátást igényelt. (Antonietti et al., 2019) A tanulmány felhívja a figyelmet arra, hogy az elszenvedett sérüléseknek hosszú távú következményei (pl. tanulási zavarok) miatt, megfontolandó a gyermekek fejlődésének sokkal hosszabb távú követése.

## 2.2 Kiváltó oka

A megrázott gyermek szindróma (SBS/AHT) előidézhető

- véletlen baleset (pl. leesés, kiesés)
- a biztonsági szabályok be nem tartása (pl. nem megfelelő, vagy nem megfelelően rögzített biztonsági ülés használata, vagy biztonsági ülés nélkül szállított gyermek),
- helytelen nevelési szokások (pl. gyermek levegőbe dobálása)
- és bántalmazás (megrázás, tompa tárgyhoz ütés, kiságyba ejtés, falhoz csapás, stb.) által. (Bruce & Zimmerman, 1989)

Vizsgálatok szerint az elkövető legtöbbször az anya (női gondozó), de találunk olyan vizsgálatokat is, ahol speciális körülmények között a férfi elkövetők vannak többségben (Barr et al., 2006; Brewster et al., 1998). Azonban a férfiak (apa, nevelőapa, anya barátja) által elkövetett megrázásoknál nagyobb az esély a halálos kimenetelre. (Bergman et al., 1986; Starling et al., 1995)

Az elkövetők tekintetében a számok nagy szórást mutatnak. A férfi elkövetők száma 28-37% között mozog és van még egy jelentős halmazt képviselő csoport, a babysitterek, akik az esetek

4-30%-áért voltak felelősek. A babysitterek csoportjára jellemző, hogy későn jeleznek, és gyakran nem ismerik el a megrázás tényét (Starling et al., 2004).

Egyes források szerint gyakrabban hagyják figyelmen kívül az SBS eshetőségét fehérbőrű, jobban szocializált családoknál, valamint azoknál ahol a szülők együtt élnek. (Jenny et al., 1999)

Epidemiológiai és klinikai vizsgálatok, kutatások azt támasztják alá, hogy a SBS/AHT leggyakoribb kiváltó oka a csillapíthatatlan sírás (Kempe, 1971; Brewster et al., 1998; Barr et al., 2006; Lee et al., 2007; Talvik et al., 2008; Alanazi et al., 2021; Zeifman & St James-Roberts, 2017).

A sírás újkori kutatása számos korábban igaznak gondolt elméletet cáfolt. Így pl. azt az elméletet, hogy a szülő meg tudja különböztetni az éhség, fájdalom és az egyedüllétet kifejező sírás típusokat. Ez a felismerés sok terhet levesz azon szülők válláról, akik nem képesek megkülönböztetni pusztán a hangadásból, hogy mi lehet a gyermek baja. Manapság sokkal inkább elfogadott az a megközelítés, hogy a sírás egy felhívó jel, amely a csecsemő szorongásának a mértékéről ad tájékoztatást (Zeifman & St James-Roberts, 2017).

Az első vizsgálati eredmények publikálásakor közel fél millió on-line válaszadó segítségével tesztelték a legidegesítőbb és leggusztustalanabb hangokra adott válaszokat. Ebben a kísérletben a gyermek és több gyermek sírása az előkelő 3. és 7. helyen végzett és a férfiak rosszabbnak érzékelték, mint a nők. Feltételezhetően a férfiak csökkent tolerancia szintje összefüggésben lehet sírás és a megrázás kockázatával (Cox, 2008).

A kutatások azt a régóta fennálló elképzelést is megkérdőjelezik, hogy a sírás mögött fizikai fájdalomra gondolunk (jelenleg hiányoznak azok a minden kétséget kizáró módszerek, amelyekkel a csecsemők fájdalmának az értékelésére szolgálnak). Ennek a feltevésnek az alapja az emésztőrendszer és egyéb elváltozások, pl. ételintolerancia, bélbaktériumok felszaporodása, vagy épp ellenkezőleg a bélbaktériumok hiánya az oka. Ilyen okokat a csecsemők kb. 5-10 %-nál találunk. A probiotikumok hatásossága is erősen megkérdőjelezhető, az új kutatások inkább nem ajánlják a használatát. (Sung et al., 2013; Sung et al., 2014) de vannak olyan kutatások is, amelyben a sírási idő 50%-os csökkenését tudták kimutatni anyatejes babáknál a probiotikumok adása kapcsán. (Simons et al. 2021) Feltételezések szerint a szülőt sokkal inkább a sírás elfogadhatatlansága zavarja, illetve a helyzet feletti kontroll elvesztése. (James-Roberts, 2017; Barr et al., 2005) Ez a gondolat pedig új terület kutatását nyitotta meg, mégpedig a gyermekágyi történések, a szülővé válás és a felnőttek mentális egészsége, lelki jólléte közötti összefüggések területét.

A sírás potenciálisan kiváltó oka lehet a fizikai bántalmazásnak, melyet többször maguk az elkövetők is elismernek. Haragot, szélsőséges frusztrációt megélt szülők, gondozók beszámolóí alapján a tehetetlenség, a megnyugtatósi képtelenség váltotta ki belőlük az

agressziót. Ez egyben azonban rávilágít arra is, hogy a bántalmazás ezen formája megelőzhető.

A sírás értelmezésére számos elmélet, empirikus kutatás született (Brazelton, 1962; St James-Roberts & Halil, 1991; Barr, 2000; Barr, 2012).

Ezek a kutatások képezik az alapját az edukációs programoknak.

### 2.3 Rizikótényezők

- irreális elvárások támasztása a gyermekkel szemben, hogy a szükségleteit próbálja meg maga kielégíteni (pl. próbálja magát megnyugtatni, elfoglalni, ne unatkozzon, ne foglalkoztassa a szülőt, közelség iránti vágy, szórakoztatás, csönd iránti vágy, stb.). (Steele & Pollock, 1974)
- stressztől szenvedő szülő, melynek oka a gyermekén kívüli tényezők pl. gazdasági, szociális, társadalmi, környezeti, biológiai okok
- impulzív alkatú szülő
- korábban a szülő maga is bántalmazás áldozata volt, ezért nincs az eszköztárában a konfliktusok, feszültségek kezelésére erőszakmentes eszköz
- alkohol, kábítószer fogyasztó, esetleg egyéb függőségtől szenvedő szülő
- a gyermek és a szülő temperamentuma közötti jelentős különbség
- nem tervezett terhesség
- szülők mentális betegsége
- atipikus fejlődésű, vagy beteg csecsemő
- alacsony iskolázottság (Jenny et al., 1999; Keenan et al., 2003) vagy magasabb iskolázottság (Tursz & Cook, 2014)
- egyszülős családoknál az anya barátja (a férfi elkövetők között ez a második leggyakoribb élethelyzet, kiváltó okként szerepelhet a gyermek és a barát közötti genetikai kapcsolat hiánya, a nem tisztázott státusz a családban vagy a gyermeknevelésben valamint a barát rivalizálása a gyermekkel).

### 2.4 Tünetei

A diagnózist nehezíti, hogy a tünetek igen változatosak és számos tényezőtől függenek, így:

- megrázás intenzitásától
- megrázás időtartamától
- gyermek életkorától.

A kórképre jellemző, hogy gyakran külsérelmi nyomot nem látunk. A szülők talán háritásból, talán tudatosan, esetleg valóban nem rendelkeznek ismeretekkel, de tagadják a megrázás tényét, így ez ritkán kerül kimondásra az első vizsgálat esetén. Sokkal gyakoribb eset, amikor a megrázás (kontrollvesztés) után a gyermeket lerakják az ágyba, bízva abban, hogy a „hiszti” befejeződött, lenyugodott a gyermek. Ezzel azonban értékes időt veszít a diagnosztika. Bár neurológiai tünetek, megváltozott tudatállapot esetén a 0-2 éves korú gyermeknél mindig érdemes SBS/AHT-ra gondolni, ismerniük kell a radiológiai, szemészeti tüneteket is és nagyfokú éberség szükséges a diagnózis felállításához. A kis csecsemőknél gyakran a nem specifikus tünetek dominálnak pl. hányás, vagy az arcon/fejen lévő zúzódás, horzsolás. A hányást gyakran diagnosztizálhatják valamilyen fertőzésnek, míg a horzsolást/zúzódást véletlen sérülésnek. A zúzódások, horzsolások járnak nem tudó csecsemő esetén felvetik a szándékosan okozott sérülés lehetőségét. A bántalmazás gyanújára továbbá a gondozó által előadott történet és a klinikai leletek közötti disszonancia hívhatja fel a figyelmet (Babl et al., 2020).

Patomechanizmus: a fej egy „ostorcsapáshoz” hasonló mozdulatot ír le, melynek során az agyállomány elmozdul a csontos agykoponyán belül, megnyúlnak a hídvénák, elszakadnak, az agyállomány a csonthoz ütődik és agyzúzódás keletkezik, az agyburkok bevéreznek, sérülnek, elszakadnak az idegek. Intenzív megrázás esetén jellegzetes a szemgolyó sérülése. Miután csontos üregben található, így a szem is a rázás/ütődés következtében a csontállományhoz csapódik, és szemfenéki bevérezés keletkezik. Súlyosabb retinavérzések, súlyosabb agyi sérüléssel járnak együtt. Esetenként a szem sérülése nem feltétlenül jár együtt retina, vagy üvegtest bevérezésével, de egyéb ritkábban előforduló elváltozások is megjelenhetnek úgy, mint retinoschisis, mely vaksághoz vezethet (Harley, 1980; Wilkinson et al., 1989; Greenwald et al., 1986). A hirtelen rázás vagy odaütés, valamint a gyermek indulatos megragadása miatt jellegzetes csonttörések, csontsérülések is keletkezhetnek. Ilyen például a sorozat bordatörés, a felkar, comb középtengelyén vagy a metafízisen történő törés, valamint a koponya törései, melyek közül a varratvonalakat keresztezők különösen jellemzőek a bántalmazásra. Nagyon

intenzív rázásakor sérülhetnek a zsigeri szervek, léprepedés, hasnyálmirigy, májsérülés, belek szakadása alakulhat ki. További neurológiai tünetek lehetnek a görcs, a megváltozott tudatállapot, nyelési, szopási nehézség vagy képtelenség. A gyermek nem képes a szemével követő mozgásra, nem tud mosolyogni. Súlyos esetben légzési nehézség, bradycardia következik be, mely a légzés és keringés leállításához vezet. A szülők (vagy a gyermeket gondozó) részéről könnyen összetéveszthető az aluszékonyság, letargikus állapot a komatózus állapottal.

Laboreredmények: enyhe vagy közepes mértékű vérszegénység, véralvadási zavarok, véres liquor, hasnyálmirigy és/vagy máj sérülésekor az enzimszintek változása, emelkedése (Hadley et al., 1989).

A koponyán belüli vérzések szintén változatosak. Az agyféltekék közötti hasadékban való megjelenés a leggyakoribb. Vérzés típus szerint lehet subarachnoideális és subdurális, érintheti az egyik agyféltekét, de akár mindkettőt is. Jellemző továbbá az enyhe, közepes vagy súlyos agyödéma.

A diagnózis felállításához mindenképpen szükséges a képalkotó diagnosztika CT vagy MR. Esetenként előfordulhatnak álnegatív eredmények, különösen az agysérülés korai időszakában, az agyduzzanat kialakulását követően. (Sato et al., 1989) Ezért tanácsos a vizsgálatok későbbi (pár napon belüli) megismétlése. Az egyéb csontsérülések felderítése is indokoltá teszi a későbbiekben (akár 7-10 nap) megismételt képalkotó felvételt, mert estenként csak ilyenkor derül fény a kisebb sérülésekre.

A csecsemő enyhébb megrázása esetén a sérülés lehet tünetmentes, gyakran nem is kerül diagnosztizálásra. Szublaterális sérülés következtében hányás, letargia, ingerlékenység, étvágytalanság lehetnek a vezető tünetek. Ezek a tünetek akár napokig is eltartanak. Könnyű a tüneteket tévesen vírusfertőzésnek, kólikának, táplálkozással kapcsolatos betegségnek diagnosztizálni (különösen akkor, ha a szülő a keletkezési okról nem mond igazat, vagy nem tudja, hogy a magatartása következtében alakulhatott ki ez a tünet). Az enyhébb esetek egy idő után tünetmentessé válnak. Legtöbbször csak akkor derül fény az előzményekre, ha valamilyen későbbi agyi folyamat miatt (pl. megváltozott tudatállapot) sor kerül agyi képalkotó felvételre. Ilyenkor a felvételeken látható a korábbi agyi traumák maradványtünetei és magyarázatot kaphatunk a korábbi történésekre is (Alexander et al., 1990)

## 2.5 Kimenetele

Az esetek töredékében, ahol a gyermek megrázása rövid ideig tartott, vagy kisebb intenzitású volt az eset, akár maradandó károsodás nélkül is meggyógyulhat, azonban a hosszútávú megfigyelések szerint az életben maradt gyermekeknél tartós fogyatékoság, fejlődési késések, motoros hiányosságok, egyéb viselkedési, tanulási és kommunikációs zavarok alakulhatnak ki (Chevignard & Lind, 2014; Lind et al., 2016; Nuño et al., 2018).

A rosszabb kimenetelt befolyásoló tényezők:

- alacsonyabb szocio-ökonómiai háttér
- kezdeti súlyosabb állapot (kóma, görcsrohamok, retinavérzések kiterjedése, koponyatörés, agyi ödéma, agyi atopia, stb.)

A jobb kimenetelt segítő tényezők:

- a gyors felismerés után, megfelelő magas szintű ellátás közvetlenül a sérülés után
- a rehabilitációs ellátások hozzáférhetősége
- a folyamatos utánkövetéshez igazított fejlesztések
- az esetleges újonnan jelentkező problémák felismerése és célirányos rehabilitációs beavatkozások, oktatás/támogatás időben történő megadása
- családi támogató rendszerek elérhetősége (anyagi segítség, nevelési/ellátási támogatás, egyéb szociális ellátás)
- az anya magasabb iskolai végzettsége (Lind et al., 2016)

A súlyos, de nem halálos kimenetelű megrázást követően a gyermekek 40%-a várhatóan eléri a felnőtt kort, azonban életüket a tartós rokkantság jellemzi, mely nagy terhet ró a családra és az ellátórendszerre. Hosszú távú követéses vizsgálatok szerint a gyermekek több mint 80%-ban a közepesnél súlyosabb fogyatékosággal élnek tovább (Manfield et al., 2021). Becslések szerint még az enyhe esetek kb.15%-ának is romlik az életminősége. (Miller et al., 2014)

Az SBS/AHT értékelése és a további teendők meghatározása multidiszciplináris megközelítést igényel. Számos országban, ahol kialakult protokollja van a teendőknek a kórházakban multidiszciplináris team-ek működnek. Ezek az ún. CAP Team-ek (Child Advocacy and Protection Team) melynek tagjai gyermekorvosok (általában gyermekbántalmazás klinikai szakterülettel), szociális munkások, gyermekápolók, pszichológusok/pszichiáterek és ügyvédek. Ők felülvizsgálják a tapasztalt sérülés



dokumentációját, kikérdezik a gondviselőket, és ha szükséges a csapat újabb vizsgálatokat rendel el. Csak ezután, foglalnak állást konszenzusos formában, hogy a sérülés bántalmazás következtében jött-e létre.

## 2.6 Szakterminológia

Az idők folyamán rendkívül sokat változott a szakterminológia is. Egészen a közelmúltig, a kórképnek nem volt önálló BNO kódja. Ez azonban megváltozott és 2021. október 1-től a besorolása BNO T74.4

Itt kell megemlítenünk a fizikai bántalmazási formák elnevezéseit és ehhez képest az SBS besorolását.

- Shaken Baby Syndrome (SBS) – összetett kórkép, mely leggyakrabban a 0-2 éves korú gyermekeket érinti, változatos csonttörésekkel, vérzésekkel, szemfenéki bevérzéssel és belső szervi sérülésekkel. Az elnevezés bár használatban van, mégis kevésbé pontosan, leszűkítő módon sokak által az érzelmekre ható módon írja le a kórképet.
- Shaken Impact Syndrome (SIS) - összetett kórkép, mely leggyakrabban a 0-2 éves korú gyermekeket érinti, változatos csonttörésekkel, vérzésekkel, szemfenéki bevérzéssel és belső szervi sérülésekkel, de a keletkezési mechanizmusként a rázás mellett megjelenik a tompa ütés, ütődés is
- Abusive Head Trauma (AHT) - A koponya és craniális összeköttetések sérülése csecsemő és 5 éven aluli gyermekek esetében szándékos hirtelen megrázás vagy heves rázás vagy ütődés következtében. A Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2012 áprilisa óta ajánlja használatra az SBS esetek kapcsán is, az AHT alcsoportjaként. (S. E. Parks et al., 2012)
- Non Accidental Trauma (NAT) – nem baleseti sérülés, függetlenül attól, hogy a sérülést okozónak milyen szándéka volt. Klasszikusan ide soroljuk a gyermekbántalmazási eseteket.
- Traumatic Brain Injurie (TBI) – traumás agysérülés. Idősebb gyermekeket és felnőtteket érintő kód, elsősorban akkor használjuk, mikor a sérülést zuhanás (esetek kb. 50%-a) vagy baleset (második leggyakoribb ok), vagy egy tárgy ütése okozza.

- Traumatic Brain Injuries Child Maltreatment (TBI-CH) - Gyermekbántalmazás miatti traumás fejsérülés – intenzív rázás vagy tompa erő által. Ez az elnevezés a közelmúltban került bevezetésre elsősorban kanadai területen, de a használata folyamatosan terjed. (Raza et al., 2022)

Az American Academy of Pediatrics (AAP) bár elismerte, hogy pontosabb az AHT elnevezés, de ajánlja az SBS elnevezés megtartását és használatát elsősorban a kórkép köznyelvi és a prevenció programok ismertsége miatt. A disszertációban mi következetesen a megrázott gyermek szindróma (SBS/AHT) megnevezést használjuk.

## 2.7 Dilemmák

Az SBS/AHT diagnosztizálása rengeteg szakmai vitát vált ki, annak társadalmi és jogi következményei miatt. A diagnózis miatt a szülők elveszíthetik szülői jogukat, esetleg letöltendő börtönbüntetés vár rájuk, a gyermek pedig állami ellátásba kerül. Kétségkívül van alapja a szakmai vitáknak, hiszen a baleset és a bántalmazás okozta fejsérülés tünetei átfedést mutathatnak. A bántalmazás rendszerint tanúk nélkül zajlik, az elkövetők ritkán adnak pontos eseményleírást, és nincs az orvosi szakmának a kezében olyan eszköz, amellyel biztosan meg tudjuk mondani, hogy a látott sérülések pontosan milyen mechanizmus alapján keletkeztek. Pedig ezt olyan módon kellene megtenni, hogy az a bíróságon is megállja a helyét. A diagnózisnak súlyos jogi következményei is lehetnek. Legtöbbször polgári és büntető igazságszolgáltatási eljárás is indul párhuzamosan.

A bírósági eljárás során gyakran orvos szakmai kérdések kerülnek megvitatásra, melynek sarkalatos pontja az ok-okozat megválaszolása, valamint a sérülés keletkezési mechanizmusára vonatkozó bizonyítékok egyértelműsége. Sok kutató elismeri, hogy bár számos biomechanikai modell kísérletet végeztek már, ennek ellenére a sérülések keletkezési mechanizmusának pontos bizonyítékai hiányosak. (Wolfson et al., 2005; Vester et al., 2019) Az SBS/AHT-t a diagnosztikai kritériumok gyakori váltakozása és/vagy a képalkotó technológiák gyors fejlődése miatt tudományos szempontból nehéz pontosan meghatározni. Rendszeresek a felülvizsgálatok, a nagymintás retrospectív study-k és az átfogó elemzések. Ezek szinte mindegyike beleütközik módszertani nehézségekbe, a körkörös érvelés témakörébe és a csoportgondolkodás nyomásába. Mindezek erőteljesen alátámasztják, hogy folytatni kell a kutatást és igen árnyalt megközelítés szükséges.

A gyermekbántalmazás és ezen belül az SBS/AHT témaköre messze túlnyúlik egy-egy szakma hatáskörén és lehetőségein. A megelőzésnek elsődleges fontosságú népegészségügyi jelentőségű programnak kellene lennie.

### 2.7.1 Differenciál diagnózis nehézségei, orvosi dilemmák

Függetlenül attól, hogy milyen szándékkal történt egy csecsemő sérülése „nem baleseti traumának” Non accidental trauma-nak (NAT) tekintik. A számadatok közel sem tekinthetők pontosnak, gyakoriak a téves diagnózisok (Sivasundaram et al., 2019).

A legfőbb nehézséget az SBS/AHT azonosításánál a zárt koponyasérülés és a külsérelmi nyom hiánya okozza. A vezető tünetek közül a hányás, akár más kórképre is utalhat. További nehezítő tényező a késleltetett orvosi ellátásba kerülés, valamint a kórkép változékonysága, melyet már korábban említettünk.

Néha a tünetek, teljesen egyértelműek, máskor viszont a kevésbé gyakorlott orvosok nem ismerik fel a jeleket. Orvosi felelősség az alternatív hipotézisek mérlegelése – az összes klinikai lelet értékelése után lehet kimondani, amikor minden olyan lehetséges kórképet kizárjuk, melynek tünetei az SBS/AHT-re hasonlítanak.

Az SBS diagnózis megállapításánál ki kell zárni azokat a kórképeket, melyek az SBS tüneteit utánozhatják. Ezek lehetnek:

- a) metabolikus kórképek (Osteogenesis Imperfecta – OI - A csontrendszer betegségét a I típusú kollagén zavara okozza, ezáltal a csontok törékenyebbé válnak vagy az Ehlers-Danlos-szindróma, bántalmazásra utaló bőrtüneteket mutathat az erek szakadékonysága és a bőr sérülékenysége miatt, vagy a Menke szindróma, amely fiú csecsemőknél fordul elő és a réz anyagcsere zavara okozza)
- b) hematológiai kórképek (pl. von Willebrand-kór vagy a hemofília - bőrelváltozásai hasonlítanak a szándékosan okozott trauma képére)
- c) daganatos vagy fertőző betegségek (pl. acut myeloid leukémia, agyhártyagyulladás)
- d) születési trauma
- e) véletlen csecsemőkori SDH – rövid, hirtelen esés kis magasságból. Többnyire fiú csecsemőket érint, általában enyhe trauma, mely SDH-val jár. Miután enyhe sérülés az Egyesült Államokban nem fogadják el önálló klinikai entitásként azt feltételezve, hogy a kisebb magasságból való leesés nem okoz SDH-t (Aoki, 2011)

Az orvosi viták középpontjában, a 80-as években a megrázás, mint keletkezési mechanizmus állt. Gutkelch óta többségében elfogadták ezt a keletkezési módot, azonban számos kutató kételkedett benne. Ők inkább azt feltételezték, hogy csak a rázás következtében nem alakulhat ki ilyen sérülés. Ehhez egy hirtelen gyorsulási-lassulási folyamatnak is jelen kell lenni. Ez pedig csak valamihez való ütődéssel jöhet létre. Ez a hirtelen mozdulat az, ami a sérülést okozza. Ez okozta az SBS és a SIS közötti jelentős ellentmondást. A triász (subduralis haematoma, agyi oedema és retina vérzés együttese) meglétét fontosnak tartották, de felhívták a figyelmet néhány olyan esetre, ahol szubarachnoideális vérzést, diffúz axonális sérülést (DAI) és a „fekete agy” komputertomográfiás (CT) képeit észlelték. (Beriwal et al., 2020)

Orvosi szempontból további komoly szakmai vitákat vált ki a triász értékelhetősége és a diagnosztikai pontossága. A kutatók többsége az SDH-t és az RH-t rázás/ütődés következtében létrejövő sérüléseknek tulajdonítja, míg mások inkább arra hajlanak, hogy az SDH-t és az RH-t inkább az agyi hypoxia és az agyduzzanat okozhatja. (Scheimberg et al., 2013)

Fontos megjegyezni, hogy a klasszikus triász nem minden esetben található meg. Bár a triász megléte alátámasztja az SBS/AHT esetét, azonban ennek hiánya nem jelenti azt, hogy automatikusan kizárható az SBS. Az esetek mintegy 20%-ban hiányoznak a klasszikus triász tünetei. Azonban ha jelen van a subdurális haematoma (SDH) és a gyermek anamnézise bántalmazásra utaló jeleket tartalmaz (akár a leletek és a gondozó helyzetleírása közötti összhang hiánya), akkor nagy az esély az SBS-re. (Mian et al., 2015) További segítséget jelenthet a Predicting Abusive Head Trauma (PredAHT) vizsgálatban kidolgozott hat befolyásoló tényező vizsgálata. Ezek a RH, borda- és hosszúcsonttörések, apnoe, rohamok és fej- vagy nyakzúzódás. Azt találták a kutatók, ha háromnál több tünet van jelen egy esetnél, akkor az AHT becsült valószínűsége meghaladta a 81,5%-ot. (Cowley et al., 2015)

A differenciál diagnózist segíti a hosszú csöves csontok jellegzetes sérülései (diafizistörések), járnai nem tudó gyermek esetében. (Yu et al., 2018)

Szintén a csonttörések kapcsán fontos megállapítás, hogy ha nem találunk koponya vagy bordatörést, ami erős prediktora az SBS-nek, az még nem jelenti azt, hogy a kórképet ki lehet zárni.

A bőrelváltozásokra, zúzódásokra vonatkozóan több kutatás egybehangzóan írja le a bántalmazásra utaló jellegzetes tüneteket (Friedman et al., 2012; Letson et al., 2016; Amagasa et al., 2018) és javasolják a „TEN-4 FACES P” horzsolási szabály alkalmazását. (Pierce, 2017)

Az SDH esetében a CT-vel összehasonlítva megbízhatóbb eredményt ad az MRI, különösen akkor, ha kisebb vérzésekről beszélünk. Ebben az esetben a sérülést követő egy éven belül is kimutathatók a maradványtünetek.

A retinal hemorrhage (RH) kivételesen ritka és pont ezért a triász leginkább megbízható klinikai jellemzője. Maguire és munkatársai, valamint Vinchon és munkatársai úgy találták, hogy az SBS/AHT esetek 78%-ban a szemészeti vizsgálat során látható volt a RH. (Maguire et al., 2013; Vinchon et al., 2010)

Végül egy a differenciál diagnózist segítő közelmúltban validált értékelési szempont, mely a PediBIRN-7 elnevezést viseli. (Kwak, 2022) A hét értékelési szempont:

- Bármilyen klinikailag jelentős légzési elégtelenség a felvétel előtt
- A gyermek törzsét, fülét (füleit) vagy nyakát érintő bármilyen zúzódás TEN (Torso, Ear, Neck)
- Bármilyen SDH, amely kétoldali vagy a félteke közötti teret érinti.
- Bármilyen koponyatörés(ek), kivéve az izolált, egyoldali, nem diasztatikus, lineáris, parietális koponyatörést.
- Pozitív csontvázvizsgálat: például bordatörés(ek) és/vagy klasszikus metafizis sérülés(ek) törése(i).
- Retinoschisis vagy retinavérzés sűrű, kiterjedt és/vagy az ora serrata-ra kiterjedő retinavérzés.
- Bármilyen agyi hipoxia, iszkémia vagy duzzanat.

### 2.7.2 Jogi dilemmák

Az orvosi és jogi szakterminológia eltér egymástól. A megrázott gyermek szindróma orvosi elnevezés, amely az elkövetés keletkezési mechanizmusára utal (Ludwig & Warman, 1984) Ez a megfogalmazás, azonban kizárja a többi keletkezési módot, úgy, mint ütés, tompa tárgyhoz való ütődés. Ebben az esetben lehetőség van arra, hogy a fókusz (az erőszakos cselekményről) jogi értelemben átterelhetik a keletkezési módozatról való vitatkozásra. Így viszont, ha nem lehet 100%-os bizonyossággal

megállapítani a keletkezési mechanizmust, valamint az ok-okozat összefüggését, akkor az elkövetőt, akár fel is menthetik a vádak alól. Mindezt annak ellenére, hogy a klinikai kép, a tudomány a bántalmazás tényét támasztja alá. Erre az értelmezési disszonanciára hívta fel a figyelmet az American Academy of Pediatrics (AAP) 2009-ben, és ajánlotta az AHT elnevezést, mely nem kizárólag a rázás tényére, mint elkövetési módra hívja fel a figyelmet. (Christian & Block, 2009)

Másik probléma, mely jogi és orvosi szempontból értelmezési nehézséget okoz a két terület között az a „redukció” a „körkörös érvelés”. A közelmúltban megjelent német tanulmány szerint jogászok és orvosok vizsgáltak SBS diagnózissal rendelkező életben maradt gyermekeket három különböző intézetből. A 72 esetből 15 esetben volt a szülők részéről beismerő vallomás, 57 esetben nem. A klinikai kép a két csoport között nem mutatott szignifikáns eltérést (Feld et al., 2022). A vizsgálat tíz év eseteinek átvizsgálása után arra a megállapításra jutott, hogy a beismerő vallomásoktól függetlenül az orvosi diagnózisok helytállóak voltak. Bár az elkövetők vallomása nem tudományos értékű bizonyíték, azonban fel tudták használni a kutatás validálásához, a diagnózist alátámasztó erős kiegészítő indikátorként. A körkörös érvelés veszélyét, ami komoly korlátot jelentett az SBS vizsgálatoknál így csökkenthető volt.

Az SBS/AHT minősítése jogi szempontból is bonyolult. Amennyiben a gyermek életben marad, úgy a minősítés lehet könnyű/súlyos/életveszélyt okozó testi sértés, kiskorú veszélyeztetése, 14 év alatti gyermek sérelmére elkövetett emberölési kísérlet. Amennyiben a sérülés halálos volt, akkor halált okozó testi sértés, emberölés, különös kegyetlenséggel 14 év alatti gyermek sérelmére elkövetett emberölés lehet a minősítés. A Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény XV. fejezetében büntetnek tartja a gyermek fejlődését veszélyeztető felnőtt magatartást és a kiskorú veszélyeztetése általános fogalmat használja, melynek egyik formája a gyermek bántalmazása. Gyermekbántalmazás esetén a büntetőeljárásról szóló 2017. évi XC. törvény 2020. évi módosítása óta az ügyészség indítványára megszüntethetik a vádlott szülői felügyeleti jogát, ha a vádlottat a gyermekének sérelmére elkövetett szándékos bűncselekményben bűnösnek mondják ki.

### 2.7.3 Egészségügyi és szociális rendszerrel kapcsolatos dilemmák, jelzőrendszer működése

Általánosságban elmondható, hogy a magyar egészségügy, benne az egészségügyi szakdolgozók összetett, sok okra visszavezethető krízishelyzetben vannak. Ezek közül kiemelkedő a humán erőforrások deficitje, valamint a szakemberek előregedő korfája. (*Gyermekjogi jelentés*, n.d.)

Az Eurostat adatai szerint a hazai ápolók és szülésznők közösségre vetített száma az összes foglalkoztatotéhoz képest 1,3%, amely az Európai Unióban a negyedik leggyengébb arány. (Eurostat, 2020) Az egészségügyi szakdolgozókat tömörítő kamara szerint az egészségügyi rendszerből kb. 24-25.000 ápoló hiányzik. (Balog Zoltán szóbeli hivatkozás, 2021)

A szülésznők számát tekintve azonban némi emelkedést látunk 2013 és 2018 között. (Eurostat, n.d.) A hazai egészségügyi rendszer átalakítása azonban elindított bizonyos elszívó hatást az állami egészségügyből a magán egészségpiac felé. Ezért már most érezhető a szakemberhiány és adódnak ellátási gondok.

A gyermekjóléti rendszer problémáiból adódó működési anomáliák erőteljes kapcsolódást mutatnak az egészségügyi rendszer problémáival. Ma Magyarországon a gyermekjóléti rendszer kevésbé tud preventív jelleggel működni. A rendszer túlterheltsége, alulfinanszírozottsága, a magas szakember fluktuáció, és a dolgozók gyors kiegészése miatt sokkal hangsúlyosabb a hatósági jogkör, mint a preventív tevékenység. A rendszer működésére jellemző a megtörtént esetek utáni büntető hozzáállás a családhoz. Ezzel szemben, a tapasztalatok szerint a családok akut krízis helyzetekben történő megsegítésével el lehet kerülni a súlyosabb családi beavatkozásokat (Rác 2016 és Rác 2019 Rác 2022). Ehhez azonban a törvényi kereteken túl forrást kell hozzárendelni. Továbbá a rendszer csak folyamatosan képzett, megfelelő magas szintű oktatásban részesülő szakemberrel tud jól dolgozni. Jelen pillanatban a szociális szféra alig-alig tudja betölteni a törvényben előírt feladatait, tevékenysége sokszor diszfunkcionális.

A másik sarkalatos pont a jelzési kötelezettség elmulasztása. A jelzőrendszer működése szempontjából kulcskérdés a jelzés megtétele, valamint az intézkedésre jogosult szervezetek együttműködési mechanizmusa.

Magyarország 1991-ben csatlakozott az ENSZ Gyermekjogi Egyezményéhez. A 1997 évi XXXI. Gyermekvédelmi Törvény értelmében – bántalmazás gyanúja esetén a

jelzőrendszeri tagoknak jelzési kötelezettségük van. A törvény 2009 évi II. módosítása értelmében bántalmazás esetén kötelező hatósági eljárást kezdeményezni, kötelező a jelzőrendszeri tagoknak együttműködni és egymást kölcsönösen tájékoztatni valamint a jelzés elmulasztása törvényi felelősségre vonást eredményez. (Tománé Mészáros et al., 2018)

Hiába van korszerű a gyermekeket védő törvényi szabályozás, ha nincs, vagy nagyon enyhe a következménye a megszegésének. A jelzőrendszer gyengén működik, sok a rendszerhiba (Gyermejjogi Civil Koalíció, 2019). A gyermekek veszélyeztetése ügyében a jelzések mindössze harmada indul csak a jelzőrendszerből. (Solt, 2018a) Ha a jelzőrendszeri tagok jelzési hajlandóságát tovább vizsgáljuk, akkor megállapítható, hogy az elmúlt 10 évben jelentősen romlott ez is. Pl. míg az alapellátásban dolgozó védőnők 2009-ben 13%-os hatékonysággal jeleznek, addig ez a szám 2017-re mindössze 6,9% (Országgyűlés Hivatala, 2017). Bár a 2009. évi LXXIX. Tv módosítása előírja a jelzőrendszeri tagok együttműködési kötelezettségét, mégis gyakran találunk konfliktusokkal terhelt szakmai kapcsolatot az alapellátás és gyermekvédelmi rendszer tagjai között. Ehhez adódik még a gyermekbántalmazás közös értékelési keretrendszerének hiánya, mely megnehezíti a multidiszciplináris együttműködést (Solt, 2018b). A jelzés megtételére negatívan hat a felszínre került esetek enyhe büntetési tétele. Egy közel 1000 esetet vizsgáló kutatásban a vizsgált esetek 75%-a felfüggesztett büntetéssel zárult, és a gyermekek jelentős része továbbra is a bántalmazó felügyelete alatt marad (Solt, 2018a).

Gyakran hosszú évekig húzódnak a bántalmazásos ügyek, anélkül, hogy érdemi védelmi intézkedések születnének. Így a jelzőrendszeri tagok is kevésbé motiváltak a jelzés megtételére, mert úgy érzékelik „nem történik semmi”.

További fontos momentum, hogy gyakran a szakemberek fenyegetettnek érzik magukat (ez különösen igaz a védőnőkre). A védőnői ellátás nem utasítható vissza. (2016. évi CLXV. törvény egyes gyermekvédelmi és egészségügyi tárgyú törvényeknek a gyermekek biztonságának és védelmének fokozása érdekében történő módosításáról, 2016) Az évekig húzódó esetek kapcsán a védőnő folyamatosan látogatja a családokat, így gyakran fenyegetettséget él meg.

További szempont a szakmai autonómia kérdése. Az egészségügyi és gyermekjóléti szakdolgozói rendszert erőteljes központosítás jellemzi. A védőnői rendszert tekintve



elenyésző számban (kb. 10 %) vannak vállalkozó védőnők, amely szám tovább csökkent az 528/2020 (XI.28) Kormányrendelet az egészségügyi szolgálati jogviszony 2021. márciusi bevezetése után. A központosítás óhatatlanul meghosszabbítja az intézkedési láncot és negatívan hat az autonómiára.

Az Ombudsman 2009 évi jelzőrendszeri működésre vonatkozó vizsgálata szerint kimagaslóan rossz az orvosok jelzési kötelezettsége. (Rajzinger et al., 2010) Mindezek háttérében az a vélekedés áll, hogy az orvosoknak a páciens sérüléseinek az ellátása a feladata és nem a gyermekbántalmazás megelőzése. E miatt a legritkább esetben érkezik jelzés az orvosok, házi gyermekorvosok részéről. Mindezeket az orvosok sokkal inkább hatósági, mint orvosi problémának érzékelték (Tománé Mészáros & Vingender, 2019) Végül egy szintén meghatározó szempont, mely nagyban befolyásolja a bántalmazásról, mint társadalmi jelenségről való gondolkodást az az áldozathibáztatás, mely erőteljesen megjelent az elmúlt évek felszínre került eseteinél. Ez szinte minden társadalmi csoportban megjelenő folyamat. Ez alól nem képez kivételt a gyermekek védelmére létrehozott rendszer sem. A jelenség miatt olykor a hazai és nemzetközi irodalmi ajánlásokkal szembenő anyagok születnek, melyek téves irányba terelik a közbeszédet (Z. Papp, 2017)

### **3 A legismertebb nemzetközi és hazai prevenciós programok bemutatása**

A gyermekbántalmazás és ezen belül az SBS tagadása különösen káros, mert aláássa a megelőzés és az áldozatok kárpótlásának lehetőségeit. Az SBS a családon belüli erőszak tágabb kontextusának része. A gyermekbántalmazás megelőzése hosszú távú törekvés, amely a civilizációs értékek védelmére irányul. A társadalom mindegyik rétegét érinti.

Gutkelch (Gutkelch, 1971) volt az első, aki felhívta a figyelmet a szülő edukáció fontosságára. A megrázás pusztító hatását felismerve, kimondta, hogy erről a szülőket fontos tájékoztatni. Ma már bátran kijelenthető, hogy a kórkép 100%-ban megelőzhető, melynek az alapja az oktatás.

A prevenciós programok szinte mindegyike többszintű beavatkozást tart hatékonynak. A legfontosabb megközelítési szempont a potenciális veszélyhelyzetek tudatosítása, az elkövetővé válás megelőzése.

Az általunk vizsgált prevenciós programok mindegyike a várandósság alatti speciális oktatási módszerre épül. A szülő edukációs programok közös eleme a sírás és annak megértése valamint a szülők oktatása a sírás által kiváltott stressz kezelésére, megnyugtató technikák elsajátítása.

Barry Brazelton 1962-ben tette közzé tanulmányában a normál sírásgörbe ábráját. Normál egészséges csecsemő átmegy egy olyan fejlődési szakaszon, amely sok sírással jár. A sírás kb. 2 hetes korban kezdődik el, a csúcspontját kb. 6-8 hetes korban éri el, majd kb. 16-20 hetes kor körül magától elmúlik. (Brazelton, 1962)

1986-ban Kanadában Dr. Urs Hunziker és Dr. Ronald Barr megismételte Brazelton vizsgálatát és ugyanarra az eredményre jutottak (Hunziker & Barr, 1986). Ez egy normál folyamat, azonban gyermekektől függően zajlik le, melyet el kell különíteni a „kólikától”. Van olyan gyermek, aki csak napi fél órát sír, de van olyan gyermek, aki többet, mint napi öt óra. Barr és munkatársainak 2006-ban sikerült bizonyítaniuk azt, hogy a sírás által kiváltott stressz okozza a pici csecsemőkorban a megrázások többségét. (Barr et al., 2006)

Az új kutatások pontosítják a normál sírás mennyiségére vonatkozó ismereteinket (Velmillet et. al., 2022) és ez egyúttal ez arra is bizonyítékul szolgált, hogy a sírással, mint fő kiváltó okkal foglalkozni kell.

Egyre több bizonyíték áll rendelkezésünkre arra vonatkozóan, hogy a szülők sebezhetősége nagyban hozzájárul az agresszív, olykor érzéketlen reakciókhoz. Ezért olyan támogató

programokat kell kifejleszteni, amelyek emelik a szülők ismeretanyagát a sírásról, bővítik a szülői eszköztárat, valamint javítják a szülők jóllétét és megküzdési képességeit.

### 3.1 „Period of Purple Crying Program” (Amerikai Egyesült Államok)

A bizonyítottan hatékony preventív PURPLE Crying anyagokat a National Centre on Shaken Baby Syndrome szervezet munkatársai fejlesztették ki. (Barr et.al. 2009b) Beazonosítja azokat a jellemzőket, amelyek a szülőkben frusztrációt váltanak ki. Ezek:

„P” - Peak – csúcs. Ez a sírás mintázatát jelenti.

„U” – Unexpected - vagyis a hosszantartó sírások időszaka váratlanul kezdődik

„R” – Resist shooting – ellenáll a megnyugtató kísérleteknek

„P” – Pain face - a sírást fájdalmas arckifejezés kíséri

„L” – Long lasting – a sírások időtartama hosszú

„E” – Evening – a sírás általában késő délután este kezdődik

A „Period” kifejezés fontos jelentőséggel bír. Azt üzeni, hogy ez az időszak csak egy szakasz a gyermek életében. A fokozott sírás csak átmeneti és véget fog érni.

Ennek alapján dolgozták ki a beavatkozási anyagokat, melyek két pilléren nyugszanak.

1. Megerősítik azt, hogy a fokozott sírás a csecsemő életének egy normál időszaka, része a normális fejlődésnek. De elismerik azt, hogy ez a szülők számára nagyon megterhelő és frusztrációt okozó időszak.
2. Megnyugtató módszereket javasolnak a szülőknek, azzal a fontos kiegészítéssel, hogy ezek a módszerek nem mindig működnek, nem minden gyermeknél működnek, de valamelyik módszer eredményes lehet és ez nem mindig ugyanaz a módszer. A program elismeri a szülői frusztráció létjogosultságát.

A kidolgozott beavatkozási módszerük három irányelvet javasol a szülőknek.

1. Tanulják meg és bátran használják azokat a megnyugtató módszereket, melyek korábban is részei voltak a csecsemőgondozásnak. (Ilyenek a testi kontaktus, a hordozás, a ringatás, a beszélgetés, ének, sétálás, stb.)
2. A sírás túl frusztráló lehet és ez így rendben van. Mindenki érezheti magát tehetetlennek. Ilyenkor tedd le a babát egy biztonságos helyre és távolodj el tőle. Nyugtasd meg magad, és ha lenyugodtál, akkor térj vissza a gyermekedhez. Ezt hívják „felelősségteljes eltávolodásnak”.
3. A gyermek megrázása veszélyes, ezért soha ne rázd meg.

A program hatásosságát több időszakban mérték (2005-2007 Vancouver - Brit Columbia n = 405 060 és 2004-2006 Seattle Washington n = 2738). A vizsgálat alkalmával összehasonlító mérést végeztek a célzottan PURPLE Crying oktatási anyagokat és a kontrollcsoport általános SBS tájékoztató anyagokat kapó szülők között. Bár a mérésnek számos korlátja volt, mégis sok tanulsággal szolgált.

Ennek alapján a sírásról való tudás eredményei szignifikánsan magasabbak voltak a PURPLE csoportban, mint a kontroll csoportban. A megrázás veszélyességéről szóló tudásban és a megnyugtató technikák ismeretében nem volt különbség a két csoport között. Azonban a szülői frusztrációról, a sírásról és a megnyugtató technikákról való információ megosztása valamint a felelősségteljes elvonulás alkalmazása másfélszer gyakoribb volt a PURPLE csoportban. Az információ megosztási hajlandóság azért fontos mutató, mert a vér szerinti szülők után a leggyakoribb elkövetők az ideiglenes gondozók, rendszerint az anya új partnere. Érdekes kutatási eredményként nem találtak bizonyítékot arra, hogy az anya iskolai végzettsége (ez alól kivétel volt a rázással kapcsolatos ismeretek) befolyásolta volna a beavatkozás hatását. Ebből következően vélhetően más populációkban is alkalmazható a program, de ez óvatosságot és további vizsgálatot igényel. (Barr et al., 2009). Azonban az elmondható, hogy a közvetlenül szülés előtti intervenció bizonyos szintű tudás és viselkedésbeli változást indukál, mely elvezethet az SBS esetek csökkenéséhez. A program hatékonysága tovább fokozható, amennyiben a kezdeti üzenetet a családokat gondozó szakemberek több körben megerősítik (szülés előtt, közvetlenül a szülés után és a késői gyermekágyi szakban).

A vizsgálatot 2012-ben megismételték Japánban és ez a vizsgálat is nagyon hasonló eredményre jutott. Vagyis a PURPLE Crying prevenció program a japán populációban is működött. (Fujiwara et al., 2012)

### 3.2 „Love Me Never Shake Me - Parent Education Program” (Amerikai Egyesült Államok)

Átfogó, regionális, kórház alapú prevenció program, melyet 1996-ban kezdték Mark Dias gyermek-idegsebész és munkatársai. A program lényege a szülő-educáció, melyet a kórházi dolgozók végeznek, közvetlenül a szülés után, de még a távozás előtt. Az edukációs program időtartama kb. 15-20 perc (beszélgetés és egy kb. 10 perces videofilm), hasonlóan a PURPLE Crying programhoz.

A szülő-educációs program szakaszai:

1996-2002 (I. szakasz)

2003-2006 (II. szakasz)

2007-2013 (III. szakasz)

Az első 5 és fél év tapasztalatai alapján a következő eredményekre jutottak. A vizsgált időszakban az összes születésszámhoz viszonyítottn a szülők 69%-a (az anyák 96%-a, az apák/élettársak 76%-a) vett részt a prevenciós programban és kapta meg a szükséges felvilágosító anyagokat. Hét hónappal a szülést követően telefonon keresték meg a résztvevőket, akiknek a 95%-a emlékezett arra, hogy kapott felvilágosítást. A vizsgált időszakban az SBS/AHT előfordulásának aránya 47%-al csökkent (Dias et al., 2005). Ezeknek az eredményeknek a hatására a Dias programot később több államra is kiterjesztették. Tizennyolc állam és köztük Pennsylvania 2002-ben olyan törvényt alkotott, mely kötelezte a szülőket a szülés utáni AHT megelőzési programban való részvételre. Pennsylvániában a program eredményei szerint az AHT esetek száma nem csökkent, de a programban résztvevő szülők tudásszintje minden vizsgált területen (sírásértés, megnyugtató technikái, a gondozói frusztráció csökkentése és a csecsemő megrázásának veszélyei), emelkedett. A résztvevők önkéntes visszajelzése alapján a leghatékonyabbnak a videofilm megtekintését értékelték továbbá 87%-ban gondolták úgy, hogy az oktatás által csökkenthető a megrázás veszélye (Dias et al., 2017).

A program külön fókuszált az egészségügyi személyzet képzésére. Képzésen vettek részt a nővérek, melynek során tisztázták a beavatkozás célját, jogi kereteit, az SBS/AHT veszélyeit a beavatkozás módszertani alapjait és a végrehajtás során adódó esetleges nehézségek kezelését. A többszintű ápolói koordináció, mentorálás, személyes és elektronikus kapcsolattartás valamint a hírlevelek, erősítették a személyzet elköteleződését. Bár a Dias-program 2017-es értékelése szerint a legnagyobb SBS/AHT prevenciós program és jelentős oktatási értéket képvisel, ennek ellenére érdemben nem csökkentette a kórházi kezelést igénylő AHT esetek száma. Ugyanez igazolódott az Észak-Karolinában bevezetett Period of Purple Crying programról is (Zolotor et al., 2015).

Mindkét tanulmány felhívja a figyelmet arra, hogy az oktatás hatása nem feltétlenül beavatkozás specifikus. Az általános szülőiségre nevelés a csecsemők jelzéseinek, a sírásnak a jobb megértése értékes információ a szülők számára. A későbbi sérülések elkerülése végett mindkét program fontosnak tartja az információk megosztási

hajlandóságát. Az újonnan belépő apafigurák vagy gondozók, babysitterek a program szempontjából elérhetetlenek, így az ő tudásukat csak az anyai információ megosztással lehet emelni. Mindkét program csak a primer prevencióra vonatkoztatott hatásokat mérte, a szekunder és terciér prevenció kapcsán nem történtek vizsgálatok.

Bár prevenciós szempontból meglehetősen lehangoló mindkét nagy program hatásvizsgálata, azonban a szülői szerepek megerősítését folytatni kell. Lehetséges, hogy új információk beépítésével, családi és közösségi támogatások megerősítésével vagy egyéb átfogó politikai intézkedéssel, pl. fizetett családi szabadság bevezetésével valóban csökkenteni lehet a súlyos SBS/AHT számát (Klevens et al., 2016)

### 3.3 „Never shake a Baby” - Ausztrália

Az ausztrál program egy audiovizuális szülő-educációs program, mely helyi megelőzési stratégiaként indult és később vált országhatárokon túlérő jelentős prevenciós programmá (tudomásunk szerint 26 országban használják). Korábbi programokhoz hasonlóan a megrázás veszélyeire hívják fel a figyelmet, melyet kombinálnak a pozitív szülői ismeretek megerősítésével és a megnyugtató technikák átadásával. Emellett különösen fontosnak tartották a szélesebb lakossági tájékoztatást, így megtámogatták, televíziós és rádiós műsorokkal, reklámokkal, valamint sporteseményeken vetített rövid spotokkal. Továbbá létrehozta egy ún. „Cry-line” telefonvonalat, melyen a szülők, tudtak segítséget kérni a vigasztalhatatlan sírás időszakában.

A sírás értelmezésekor külön felhívják a figyelmet a gyermekre vonatkozó negatív fogalmak mellőzésére (pl. a gyermek rossz, elkényeztetett, akaratos, stb.). Cél, hogy a szülők az új tudásuk révén egy biztonságosabb, empatikusabb választ tudjanak adni a csecsemősírásra. A pozitív megerősítésre épít és nem a tiltásra, félelemkeltésre.

A program fontos része, szakemberek és szülők közötti kapcsolatot, bizalom növelése. A szülőket, a szülői stressz csökkentését helyezi központba.

Program kulcselemei:

- szülői frusztráció felismerése és elismerése
- önmagunk megnyugtató
- segítség kérése, lehetőleg szakképzett egészségügyi dolgozótól, kérjen telefonon segítséget - segélyvonal
- az információ megosztása.

Az ausztrál program erőssége a multidiszciplinaritás. Közösén dolgoznak egészségügyi szakemberek (gyermekorvosok, klinikai pszichológusok, kutatók, szülésznők és egyéb felnőttoktatók) és a szociális szférához tartozó szociális munkások, továbbá NGO-k pl. Uniting Care Burnside, és a legnagyobb kisebbségekhez tartozó egészségügyi képviselők is egy közös irányítás alatt. A program elkészítése tudományos kutatáson alapult, melynek módszertanát saját kutatásunkba is átemeltük.

Japánban 2014-ben nagymintás vizsgálatot végeztek, mely az ausztrál SBS Prevention in Western Sydney programon alapult. (Isumi et al., 2019) Célja az elemzésnek a korábbi kisfilm megtekintésén alapuló tudásbővítő intervenció hatásainak vizsgálata volt. Megállapításaik szerint a sírással kapcsolatos ismeretek a vizsgálatba bekerült több, mint 1200 szülőnél jelentős tudásbővülést tapasztaltak, kivéve két szülői csoportot - a nem házas és a családon belül bántalmazást elszenvedő nőket. További eredményként a magasabb iskolai végzettségű résztvevőknél magasabb lett a sírással kapcsolatos tudás. A rázással kapcsolatos ismeretek jobban gyarapodtak a férfiaknál és azoknál a családoknál is, akik nem élnek együtt a nagyszülőkkel (Isumi et al., 2019).

### 3.4 „Never, Ever Shake a baby” – Új-Zéland

Az Új-Zélandi társadalom egy multikulturális társadalom. Kutatások szerint a 2000-es évek elejéig magasabb számban fordult elő gyermekbántalmazás a maori közösségben (*Power to protect' advertisement, 2017*). A program bár a szülő-educációra épít, fontos elem a férfiak, mint edukációs célközönség bevonása. A programhoz tartozó edukációs kisfilmben maori férfiak szerepelnek, különböző szerepeikben. A fő üzenet a férfiak felé „Elég erős vagy ahhoz, hogy elszámolj 10-ig?” A programban az egészségügyi és szociális dolgozók mellett részt vettek a rendőrség tagjai, valamint civil szervezetek is. A 2009-ben indult Új-Zélandi program fontos üzenetei megegyeznek a többi prevenció program tudatos szülővé válás részeivel. A leglényegesebb különbség abban áll, hogy túlmutat az elsődleges szülők/gonдозók személyén és a csecsemő környezetében lévő felnőttekre is tekintettel van. Ezek között is kiemelt figyelmet fordítanak a nagyszülőkre és a babysitterekre. Vagyis a tudásmegosztás ebben a programban is hangsúlyos szerepet kap. Kulcsüzenetek, melyek mások, mint a többi programban

- ne hagyjuk olyan személyre a gyermekünket, aki könnyen elveszti a kontrollját
- legyen tervünk arra az esetre, ha vigasztalhatatlanul sír a gyermek.

Szintén fontos része a programnak annak ismertetése, hogy mi a teendő, ha a csecsemőt dühünkben megráztuk:

- ha eszméletlen, vagy légzési nehézsége van a csecsemőnek, azonnal vigye orvoshoz vagy hívja a segélyhívót
- ne hagyja, hogy a büntudat, vagy a büntetéstől való félelme még nagyobb bajt okozzon
- a korai orvosi ellátás csökkentheti a későbbi károsodásokat, megmentheti a gyermek életét
- az orvost tájékoztassa a megrázás tényéről, így hamarabb lesz diagnózis és a kezelést is hamarabb lehet elkezdni.

Az egészségügyi dolgozók (2500 fő) edukációja szintén részét képezte a programnak. Az oktatást követő 6 hét múlva a véletlenszerűen kiválasztott 150 dolgozó közül a 85% emlékezett legalább egy üzenetre (a leggyakrabban arra, hogy nem baj, a felelősségteljes eltávolodás) és 63% osztotta meg az információt másokkal. Az egészségügyi személyzet, bár a programot nagyon fontosnak érezte, azonban a bevezetésével kapcsolatban a prevenciós idő, a munkaterhelés és a szükséges dokumentáció okozta többletmunka fenntartásokat váltott ki (Kelly et al., 2016). Azonban a későbbi költség-haszon elemzési számítási vizsgálatok szerint a megrázott gyermek akut kórházi költségei, valamint az egész életre szóló közvetett költségeknek csak mindössze 4%-a az az összeg, mellyel megelőzhető az elkövetés. Ez erős gazdasági érv a prevenciós oktatás folytatására (Friedman et al., 2012).

### 3.5 „Sose rázd a kisbabádat” – Országos Gyermekegészségügyi Intézet

A korábbi Országos Gyermekegészségügyi Intézet 2004-es alapításától megszűnéséig képviselte ezt a területet és dolgozott ki szakanyagokat, irányelveket és prevenciós programokat. Ennek keretében Dr. Kovács Zsuzsanna gyermekorvos vezette munkacsoport 2011-ben elindította a [www.gyermekbantalmazas.hu](http://www.gyermekbantalmazas.hu) weboldalt, bízva abban, hogy létrejötte segíti a nyílt társadalmi kommunikációt. Képzéseikkel az Intézet 2015-ös megszűnéséig az akkori védőnői állomány jelentős részét, és egyéb szakterületen dolgozókat, mindösszesen 10.000 főt értek el. A programok hangsúlyos része volt a „Sose rázd a kisbabádat” prevenciós program, mely 2009-ben indult. Adaptálták az ausztrál „Never shake a Baby” program elemeit, magyarra fordították az animációs kisfilmet,



valamint a hozzá tartozó brosrát és kidolgozták elsősorban védőnők részére a várandósgondozásba beilleszthető képzési programot. Ausztráliával, Görögországgal, Brazíliával és Törökországgal közös nemzetközi kollaboráció keretében számoltak be eredményeikről (Foley et al., 2013)

A weboldal alapításának 5. évében, 2016-ban 982 fő részvételével felmérést végeztek a védőnők, házi orvosok, házi gyermekorvosok, körzeti nővérek, pszichológusok körében a gyermekbántalmazás megelőzési programok és a weboldal ismertsége kapcsán. A válaszadók 65%-a ismerte a weboldalt, de 55% soha nem használta a munkája során. Azok, akik használták az oldalt 78%-ban kaptak új és hasznos ismereteket, melyeket 62%-ban beépítettek a munkájukba. Rákérdeztek a speciális SBS megelőző programunk ismertségére és hatékonyságára is. A válaszadók 83%-a soha nem töltötte le és soha nem használta a szabadon letölthető prevenciós anyagokat. A válaszadók 92%-a nem ismerte a weboldal Facebook felületét. A weboldal szakembereknek szóló aloldalán szabadon lehetett szakértőktől kérdezni. Az 5 év alatt 0,92% (8 ember) kérdezett a szakmai elakadásoknál szakértőktől. A képzéseken a résztvevők mindegyike kapott tájékoztató anyagokat és lakossági szóróanyagokat, azonban a 71% soha nem használta a várandósgondozás során, annak ellenére, hogy a válaszadók közel 34%-a vezet szülésre felkészítő tanfolyamot. Az összes válaszadó 99,27%- a válaszolta, hogy a SBS program hasznos prevenciós program. Az Intézet megszűnésével a program elveszítette intézményi háttérét, a szakértői munkacsoport felbomlott.

## 4 Célkitűzések

A korábbiakban hivatkozottak alapján a nemzetközi irodalom szerint a csecsemők megrázásának leggyakoribb kiváltó oka a sírás. A szülők és az egészségügyi szakdolgozók keveset tudnak a sírás jelentőségéről, az időtartamáról és az adekvát megnyugtató technikákról.

Kutatásunk legfontosabb célkitűzései: megvizsgálni, felmérni, hogy milyen ismeretekkel rendelkeznek mind a szakdolgozók, mind a várandósok a megrázott gyermek szindrómával kapcsolatban, mennyire ismerik a megrázás veszélyeit és a megelőzés lehetőségeit. Ennek segítségével meghatározni az elméleti tudás szintjét, segítve ezzel a jövőbeli prevenciós programok feladatainak meghatározását. Emellett azonosítani a primer prevenciós munka hiányosságait, az információ átadás akadályait. A kutatás részeként vizsgálni kívántuk hogyan, milyen feltételek megléte mellett illeszthető be a szakdolgozók munkájába a célzott prevenciós ismeretek átadása a várandósság alatt. Kutatásunk célja a meglévő tudás felmérése alapján az ebből származtatott ismeretek segítségével egy gyakorlati problémára találjunk megoldást.

Vizsgálataink során az alábbi kérdésekre kerestük a válaszokat:

Szakdolgozóknál:

- milyen szocioökonómiai és személyes tapasztalatok befolyásolják a gyermekbántalmazáshoz való viszonyulásukat
- mit gondolnak mennyire előzhető meg a bántalmazás, tudnak-e ez ellen a saját munkakörükben tenni
- milyen ismereteik vannak a megrázott gyermek szindrómáról (rizikó faktorokról, sírásról sírásértésről, frusztrációkezelésről, rossz nevelési szokásokról)
- milyen eszközöket tartanak elfogadhatónak a sírás csillapítására
- ismernek-e olyan várandósság alatti védőnői, szülésznői, szülész orvosi, civil szervezeteket, egyének által működtetett programokat, melynek része a sírásértés és a megnyugtató technikák tanítása
- mekkora lenne a hajlandóságuk átadni az információkat, ha lenne hozzá könnyen kezelhető tananyaguk.

Szülőknél:

- mit tudnak a leendő szülők a megrázott gyermek szindróma veszélyeiről, a sírás jelentőségéről, a sírásértésről, frusztrációkezelésről és a megnyugtató technikáiról
- mennyire ismert a rossz nevelési szokások ártalmas hatása (feldobálás, „good shaking”)
- mit tehet a szülő, hogy csökkenthető legyen a veszély, ami a gyermeket fenyegeti, ha a szülő frusztrált lesz.

#### 4.1 Módszerek, célcsoportok elérése

Feltáró jellegű kutatásunk két részből állt.

Az első részben önkéntes mintavételen (kényelmi mintavételen) alapuló módszerrel szakdolgozókat kérdeztünk (orvosok, védőnők, szülésznők, gyermekápolók és egyéb egészségügyi dolgozók). On-line önkitöltős kérdőívet szerkesztettünk, és felkértük a következő szakmai szervezetek vezetőit, hogy juttassák el dolgozóik számára a kutatási felhívásunkat.

Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK), Magyar Védőnők Egyesülete (MAVE), Házi Gyermekorvosok Egyesülete (HGYE), Magyar Gyermekgyógyászok Társasága (MGYT), Magyar Orvosi Kamara (MOK). Egészségügyi Szakmai Kollégium tagozatai: Szülészeti és Nőgyógyászati Asszisztált Reprodukció, Háziórvostan, Gyermek Alapellátás (Házi gyermekorvostan, ifjúsági és iskolaorvostan), Csecsemő- és Gyermekgyógyászat, valamint Gyermekápolási Szakmai Tagozat, Szülésznői Országos Szakmai Tagozat.

A második részben várandósokat és partnereiket kérdeztük. Az on-line kutatás kétkörös felmérésének első részét negyvenhat internetes várandóscsoportba juttattuk el, kérve, hogy a harmadik trimeszterben lévő kismamák és társaik töltsék ki. A felhívásra való jelentkezés után levélben küldtük el a kutatási tájékoztatót, a beleegyezési nyilatkozatot és a kérdőívhez való hozzáférés linkjét (részvételi szándékot Excel táblázatban elkülönített rendszerben rögzítettük).

A kérdőív két részből állt. Az első rész kitöltése után a résztvevők megnézték egy rövid intervenciós edukációs kisfilmet (beágyazott link a kérdőívben volt), majd kértük, hogy a kisfilm megnézése után töltsék ki a kérdőív második részét és küldjék vissza. Szintén ekkor rögzítettük a szülés várható idejét is. A kutatási felhívás eljuttatásához támogató

segítséget nyújtott a MAVÉ. A területi védőnők saját körzetükben lévő, a kiválasztási kritériumoknak megfelelő várandósokhoz juttatták el a kérdőívet és a beleegyező nyilatkozatokat, valamint adták meg a szükséges tájékoztatást a kutatásban való részvételről. A visszajelző kérdőívet a szülés után három hónappal vettük fel szintén on-line módszerrel. Kutatásunkat a Tudományos és Kutatásetikai Bizottság a TUKEB IV/409-4/2020/EKU számon engedélyezte 2020. február 11-én. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2020. január 30-án a COVID-19-et közegészségügyi vészhelyzetnek, 2020. március 11-én pedig világméretűnek és globális egészségügyi vészhelyzetnek nyilvánította. Magyarország az első „lockdown”-t március közepétől vezette be. Ennek következtében a kutatásunkat az off-line térből az on-line térbe kellett helyezni.

## 5 A vizsgálat ismertetése

### 5.1 Előzmények, megközelítési szempontok - háttér

#### **A társadalom konzervatív irányba való erőteljes eltolódása, annak az egyénre, a családokra, családpolitikára gyakorolt hatása**

A kutatások azt jelzik, hogy az elmúlt 10 évben jelentős változások történtek a jóléti politikák területén. A konzervatív berendezkedés a tekintélyelvűség/hatalom hagyományos formáinak megőrzéséről szól, ideértve a családfők családjuk fölötti hatalmának megőrzését. Egy 2017-ben, 9000 fő bevonásával készített kutatás szerint, a magyar társadalom jelentős része hisz a Parsons féle „male breadwinner – female housewife” hagyományos családmódban (azonban a kérdés megítélése erősen függött az iskolázottságtól és a településszerkezettől) (*Anya mos, vasal, főz és takarít – apa az autóval foglalkozik. Nemi szerepmegosztás a magyar háztartásokban*, 2017) Fontos tényező továbbá a férfiak körében megjelenő tartós munkanélküliség (sok esetben a nő a családfenntartó), amely aláássa a tradicionális férfi szerepnek való megfelelés képét is.

Mindezen tényezők megnövelik a családon belüli erőszak előfordulási kockázatát, melyet tovább növelhet a szegénység, a krízishelyzetek (munkahely elvesztése), és a bezártság. A bántalmazást, mint jelenséget a konzervatív társadalmakban kevésbé lehet látni, kevés az ilyen irányú kutatás, nagy a látencia. A zárt, konzervatív társadalmakban erőteljes a hárítás az ún. „tabusítás”. A meghatározott normáktól való eltérést nem tolerálják. Jogsérelem esetén gyenge a jogorvoslat, gyenge az áldozatvédelem. Kutatások támasztják alá, hogy már a bántalmazás minősítése, megítélése sem azonos (Solt, 2018a). Az, hogy egyáltalán „láthatóvá” válhat-e egy eset, az az eset minősítésén múlik, ez pedig legtöbbször a jelzőrendszer tagjainak tudásán, beállítódásán és a bántalmazás témaköréhez való viszonyulásán múlik (Garai, 2019).

A 2019 évi Gyermekjogi jelentés szerint a magyar gyermekek 10%-a veszélyeztetett (mintegy 173.604 gyermek). A bántalmazott gyermekek száma valamivel több, mint 7000 és ebből több mint 50% fizikailag bántalmazott gyermek. 2018-ban 460 gyermeket vettek védelembe bántalmazás miatt. (*Gyermekjogi jelentés*, n.d.)

#### **Várandósgondozás az alap és szakellátásban, szülésre felkészítő tanfolyamok felépítése**

A várandósgondozás törvényi szinten az alapellátás és a szakellátás feladata. Ezt szabályozza a 26/2014 EMMI rendelet melyben a feladat deklarálta a védőnő, a házi orvos, a szülész-nőgyógyász szakorvos, a várandós választása esetén a szülésznő, valamint a várandós együttműködésén alapul. (26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról, 2014)

A rendelet kimondja, hogy ezek a szolgáltatók együttműködésben végzik ezt a feladatot. A rendelet 9.§ e.) pontja szerint a védőnő szervezi és tartja a szülésre felkészítő tanfolyamokat, valamint a g.) pont szerint felkészíti a várandóst a szülésre és az újszülött fogadására. Ugyanebben a rendeletben szabályozzák a szülésznő feladatait is. Ennek értelmében a szülésznő csak alacsony rizikó-besorolású várandósokat gondozhat, akkor, ha a várandós őt választja. Magas rizikó-besorolású várandósoknál a szülész-nőgyógyász irányítása és felügyelete mellett, a házi orvos és a védőnő végzi a gondozást.

A gyakorlat szerint a várandósgondozás vegyes képet mutat. Ritka, amikor több körzet megszervezi a csoportos szülésfelkészítő tanfolyamokat és a védőnők közösen más orvosokat, szülésznőket, esetenként pszichológusokat bevonva végzik. Az egyéni tanácsadás keretében viszonylag rövid időben (az előírt a trimeszterenként 1 találkozás, valamint az otthoni látogatás havonta) találkoznak a várandósok a védőnővel. Ezek az alkalmak lehetőséget biztosítanak kötetlen beszélgetésekre, melyek legtöbbször azonban medikalizált (a szükséges szűrővizsgálatok elvégzésére fókuszál). Az újszülött fogadására való felkészítés gyakran kimerül a kelengye „cheklist” átadásában/megbeszélésében és a szoptatás fontosságának hangsúlyozásában.

A védőnők rendelkeznek mind egyéni, mind csoportos egészségfejlesztési módszertani ismeretekkel, van módszertani tankönyvük és a képzésük része az ilyen ismeretek megszerzése.

A szülésre való felkészítés tematikusan a kórházakhoz kötötten zajlik, illetve a magánkórházak egyik szolgáltatása. Általában az állami kórházakban ezek díjmentesek, magánkórházakban térítés fejében igénytől függően lehet egyéni és csoportos felkészítést kérni. Magánkórházakban a szülésre való felkészítés zajlik hangsúlyosan, szülőszoba látogatással. Szülés után pedig a rövid (általában 0,5-2 napos) benttartózkodás alatt a szoptatás és alap csecsemőellátás megtanítása a fókusz.

A tanfolyamok szakmai irányítását, felügyeletét nagy többségében szülész-nőgyógyász orvos végzi. A tényleges megvalósítás legtöbbször a vezető szülésznő felelőssége.

Szinte kivétel nélkül azonos tematika alapján épülnek fel ezek a tanfolyamok. Általában 5-6 alkalmas tanfolyamok és a 3 trimeszterben lévő várandósoknak és párjaiknak ajánlják. A főbb témák a szüléshez köthető „technikai” információk (szülés jelei, fájdalomcsillapítás, szülési pozíciók, szülési terv, császármetszés, stb.) átadása frontális előadás vagy on-line oktatás formájában, illetve az újszülött ellátás technikai dolgaira (szoptatás, köldökellátás, altatás, stb.) koncentrálnak. A legtöbb helyen a szülés lelki aspektusaival is foglalkoznak, jól-rosszul de alkalmazzák az „aranyórát” és szó esik a korai kötődés fontosságáról is.

A szülőségre való felkészítés különösen fontos lenne a fiatal szülők esetében, mert a szülők kora fordított korrelációt mutat a gyermekbántalmazások számával. (Farkas, 2013)

### **Szakdolgozók, képzése, továbbképzése, a speciális gyermekbántalmazás megelőzési programok megléte a képzési struktúrákban**

Magyarországon 6 városban, Budapesten, Szegeden, Miskolcon, Pécsen, Kaposváron és Győrött képeznek védőnőket, ápolókat és szülésznőket. Az alapképzésben a 3 szakdolgozói csoport képzéseiről kértem adatokat.

Budapesten az ápolók és a szülésznők képzésében nincs ilyen tematika. A védőnő hallgatók több tantárgyba építetten jutnak ismeretekhez a gyermekbántalmazás témakörében (Gyermek fejlődése, gondozásának módszertana 6 óra Gyermekvédelem tantárgy 12 óra Közösségi Gondozás Módszertan tantárgy 2 óra, Gyermekgyógyászat tantárgyon belül még kb. 1 óra klinikumi gyakorlat, vagyis mindösszesen 21 óra, melyből 2 óra SBS-ről szól).

A szegedi egyetemen évek óta van egy 27 órás speciálkollégium, amely nemcsak a védőnők, hanem az összes több szak számára is látogatható.

A végzett egészségügyi szakdolgozók folyamatos képzése kulcseleme lenne a bántalmazás felismerésének, kezelésének és megelőzésének (Tománé Mészáros et al., 2018b).

A szakmai továbbképzések szempontjából markánsan 2 részre oszthatók a képzések.

1. Kötelező szakmacsoportos képzések
2. Szabadon választható képzések

A kötelező szakmacsoportos képzések tematikáját az Országos Kórház Főigazgatósághoz tartozó Nyilvántartási és Továbbképzési Főosztály határozza meg és a képzőhelyek ebből

a listából választva hirdetik meg a képzéseiket. 2017 óta érvényben lévő képzések között a védőnői és szülészeti ellátási és a csecsemő gyermekápolói szakmacsoport képzési tematikai között szerepel a gyermekbántalmazás megelőzés, jelzőrendszeri témakörök, valamint a szülészeti ellátás szakmacsoportnál a SBS megelőzés. (Országos Kórházi Főigazgatóság, 2017) 2020 és 2021-ben az egész éves tematikában egyik célcsoportnál sem szerepelt ilyen irányú képzés, 2022-ben egyszer lett meghirdetve, mindössze 9 résztvevővel.

A szabadon választható képzések esetén rugalmasabb a rendszer. Bárki és bármilyen állami és civil szervezet, amely rendelkezik a felnőttképzés szervezésének feltételeivel, szabadon meghirdetheti képzéseit. Ezeket minősítik, így a résztvevők kapnak kredit pontokat. Az elmúlt 4 évben (2018 novemberétől) összesen 955 szabadon választható képzést akkreditáltak. Ebből mindössze 11 olyan képzés volt, amely foglalkozott a várandósgondozással, a korai kötődéssel (a bántalmazás megelőzés tematikailag ide illeszthető) illetve 1 képzés foglalkozott a gyermekbántalmazás (iskolai bullying) témakörével. (Országos Kórházi Főigazgatóság, 2021)

### **Információhoz jutás sajátosságai**

A prevenció munkája szempontjából kulcsfontosságú megvizsgálni egyrészt az információhoz való hozzájutás csatornáit, valamint az ismeretátadás tereit. Ideális esetben az lenne a jó, ha a szereplők (adott esetben a várandós gondozással megbízott szakdolgozó és a várandós, valamint a családja) minél szélesebb felületen találkoznának.

#### **1. Egészségügyi szakdolgozók:**

A védőnők esetében fontos felület a várandóssal való személyes kapcsolattartás. Az előírtak szerint ez havi 1 alkalommal kötelező. Szülésznők esetében általában a 6 hetes (heti 1 alkalmas) szülésre felkészítő tanfolyam. Azonban a leendő szülőknek ebben a szenzitív időszakban megemelkedik az információhoz jutás igénye.

Ezért fontos megvizsgálni, hogy a szakdolgozók milyen felületekről, milyen csatornákon tájékozódnak az új ismeretekről és azt milyen felületeken, milyen módon adják tovább. Kulcskérdés továbbá, hogy a szakdolgozóknak milyen szinten áll a digitális tudásuk. A 2019-es országjelentés szerint a 28 EU tagállam közül a 23. helyen állunk a Digitális gazdaság és társadalom (Digital Economy and Society Index – DESI) mutató szerint. (Tóth et al., 2020) Egy kismintás kutatás alapján (279 fő) az egészségügyi szakdolgozók



kevés infokommunikációs eszközt használnak (a megadott 11 lehetőségből mindössze 3,8-at és az igényük csak 4 vagy 5-re lenne). A válaszadók szerint a betegek mintegy 70%-a tájékozódik az internetről. A válaszadók közel azonos arányban próbálják lebeszélni a betegeket az internetről, illetve biztatni őket az internet értő használatára.

Egy amerikai kismintás (50 fő) kutatás vizsgálta az ápolók és az ápoló hallgatók információhoz jutásának területeit. Ennek alapján a hallgatók az összes digitális eszközt jobban használták, mint a gyakorlatban dolgozó kollégáik. A már dolgozó ápolók elsősorban szakkönyvekből tájékozódtak. A tudományos adatbázisok használata viszont mindkét csoportnál gyenge volt, melynek fő akadályaként az informatikai terminológia ismeretének hiányát, valamint az adatbázisokból történő információkeresés képességeinek hiányát határozták meg. Mindkét csoportnak komoly igénye volt a magasabb szintű tudományos információhoz való hozzájutáshoz. (Dee & Stanley, 2005) A kommunikációs csatornák használata kapcsán nem lehet elmenni a szakdolgozók életkora mellett. A védőnők átlagéletkora a NEAK 2019-es adatai alapján 44 év.

## 2. Várandósok, szülők:

Azt is fontos tudnunk, hogy a szülők /leendő szülők kiktől és milyen felületeken szerzik meg az ismereteket. Ahhoz, hogy ezt jól meg tudjuk közelíteni, ahhoz egy másik szakma, a marketing terminológiájára támaszkodunk. Így a szakdolgozókra és a szülőkre, mint „piaci szereplőkre” az ismeretekre, az ismeret átadásra (adott esetben a prevenció ismeretekre), mint „termékre” tekintünk. Ismeretátadás szempontjából, nehezítő tényező, hogy két teljesen különböző „piaci szereplő”, adott esetben a várandós, későbbiekben a szülő információ igényét kell kielégítenünk, de egy olyan „termék eladásával”, amelynek a haszonélvezője a gyermek lesz. Vagyis a szülőt kell megszólítanunk a gyermek érdekében olyan felületen, olyan módon, ahol a szülőket megtaláljuk és számukra a leginkább felhasználható módon juttatjuk el az információt.

Általánosságban elmondható:

- információszerzési folyamat felgyorsult
- kibővültek az információfogyasztási lehetőségek
- megnőtt az igény az on-line térben az interaktív kommunikációra
- egyszerre van jelen a tömeges információ adásának és továbbadásának igénye

- fontos szempont, hogy az on-line tér lehetőséget ad arra is, hogy a célcsoport az információ keletkezésénél is jelen tud lenni, így a passzív befogadó szerepből, aktív alakítóvá tud válni
- ha nem elégedett az adott szolgáltatással, akkor a korábbiakhoz képest (amikor csak egyénileg eldöntötte, hogy nem használja az adott terméket) sokkal nagyobb kár okozására van lehetősége a fogyasztónak azzal, hogy a véleményét leírja, sokfelé terjeszti
- mindezek alapján a szülőkre nem, mint passzív befogadókra, hanem mint aktív szereplőkre kell tekintenünk
- közösségek felértékelődése (közös érdeklődési pont, elsődleges cél az információk megosztása, cseréje)

Kommunikáció szempontjából az on-line tér veszélyei

- anonim véleménynyilvánítás az információk könnyű megoszthatósága és a módosításának lehetősége is eredményezhet sok téves következtetést
- az információhoz jutás végtelen lehetősége miatt egyszerre van jelen az adott dolog és annak ellentettje is
- a felülről jövő információ és az alulról jövő építkezés igénye (igény a kezdeményezésre és a tömeges interakcióra)
- kulcskérdés a hitelesség, megbízhatóság és ellenőrizhetőség.

A mai technikai szinten kiváló kommunikációs csatorna lehetne a világháló. Mégis azt látjuk, hogy az egészségre vonatkozó információk a hivatalos szakmai oldalakon alacsony határfokkal működnek. A leendő szülők kevéssé ismerik ezeket az oldalakat, és inkább hagyatkoznak egyéb lehetőségekre.

A kutatásom szempontjából kiemelnék két területet. A területek részben összefüggnek és mindkettő vonatkozik mind a szakdolgozókra mind a szülőkre.

1. Word of mouth (WOM) és az eWOM (elektronikus szóbeszéd-reklám) – szóbeszéd-reklám és elektronikus szóbeszéd-reklám. A WOM és az eWOM marketing szakma szempontjából ismert fontos jelenség (Hennig-Thurau et al., 2004) Pár kattintással megjeljük a minket érdeklő információt. Sőt, akár a saját kérdéseinket is meg tudjuk spórolni, mert a fel nem tett kérdéseinkre is választ kaphatunk. Nem kell ismernünk a partnereket, akiktől választ kapunk. A szakirodalom többsége

szerint az e-WOM-nak jelentős befolyása van döntésre és a magatartásra. (Wangenheim & Bayon, 2004; Kemény & Simon, 2015)

## 2. Tematikus lapok, blogok, fórumok, csoportok

Nagy és szerzőtársai (2015) tanulmányukban összefoglalták, hogy „az észlelt hasonlóság két online felhasználó között, jelentősen megkönnyíti az üzenetek megértését és az információ áramlását. A kapcsolat szorossága, a hasonlóság érzése pozitív hatást gyakorol az interneten keresztül érkező tanácsok megfogadására, és a kialakuló bizalom elmélyítésére.” (Nagy Ákos et al., 2015) Nem véletlen tehát az on-line alapú közösségek népszerűsége. Szinte minden kórházhoz kapcsolódóan működnek anyacsoportok, Facebook csoportok. Az összetartozás érzése még a teljesen idegeneket is közelebb hozza egymáshoz, bizalmat épít. A kevésbé tapasztaltak jobban hagyatkoznak egy olyan ember véleményére, aki tapasztalatban előttük jár. Itt érintkezik a szóbeszéd-reklám adta lehetőségekkel ez a csoport.

Különösen fontosnak tartottam a kutatásomban a prevenció szempontjából a kommunikációs csatornák feltérképezését. Egy 2015-ös kutatás szerint a rendszeres internethasználók nyitottabbak az új információkra, termékekre, szolgáltatásokra, aktivitásokra (Kurucz, 2015). A várandósság szempontjából releváns korosztály kb. 3/4-e használ internetet. Az életkor mellett az iskolai végzettség szintén fontos szempont. Az internetezők kb. 2/3-nak van érettségije. Egy korábbi, 2010-ben végzett kutatás alapján, Magyarországon 1,6 millió felnőtt nő használja heti rendszerességgel az internetet, ebből 260.000 nőnek van 6 év alatti kisgyermek. (NRC, 2010) Nem mindegy, tehát, hogy a döntéseik, a vásárlásaik, az egészséghez kapcsolódó ismereteik milyen minőségű információn alapulnak. Szintén ez a kutatás támasztja alá, hogy minden második anya, jelentős információforrásnak tartja gyermeknevelés szempontjából az internetet. Az internetet használó nők 9/10-e szívesen olvas cikkeket az egészségmegőrzéssel kapcsolatosan. (NRC, 2009)

Ennek ellenére nem állunk jól az információ feldolgozásának módjára vonatkozóan. A 2015-ben publikált Report on Health Literacy in Hungary in Comparison with eight EU Member States 954 fő bevonásával végzett kutatás szerint kb. 52%-ban elégtelen, vagy problémás az információk feldolgozása és mindössze a válaszadók 11%-a tudja kitűnően feldolgozni azokat. (Kun, 2015) Azok, akik képesek objektíven megérteni a prevenció

információkat, azoknak is mindössze 44%-a képes csak felhasználni ezeket. Ez a kutatás is megerősítette, hogy hitelesség szempontjából az egészségügyi személyzet a leginkább megbízható információforrás, de közvetlenül ez után az internet következik.

A hitelesség mellett fontos szempont az információ hasznossága is.

A világháló szerepét csak a közeli hozzátartozóktól, családtagoktól, illetve a gyermekorvostól (vagy más szakembertől) személyesen kapott tanácsok múlják felül. A személyes tanácsok az anyák 80 százaléka számára játszanak fontos szerepet. A kisgyermekes anyák egyharmada olvassa legalább heti rendszerességgel a tematikus honlapokon megjelenő írásokat, és csak egytizedükről mondható el az, hogy szinte egyáltalán nem olvas ilyen cikkeket. Hasznosság szempontjából az anyák 24%-a talált sokszor jó információt, míg 59%-a ritkán (blogoknál és fórumoknál ez jelentősen kevesebb).

Az olvasók többsége passzív olvasó. De említésre méltó a webkettő előretörése (internetes fórumok hozzászólásainak olvasása). A tematikus oldalaknál (szakértői oldalak) ez a szám közelít, meghaladja a 30%-ot. A webkettő használata inkább a fiatal, 30 év alatti anyákra jellemző (az aktivitás, hozzászólás szintén ebben a korosztályban a legmagasabb).

A szakértői oldalak előnye a hitelesség, hátránya viszont, hogy nem tud könnyen reagálni a ritka esetekre, egyéni problémákra. Kutatásunk szempontjából nagyon érdekes szám, hogy a várandóssággal kapcsolatosan 10-ből 9 anya keresett már válaszokat a neten. Ennél csak a gyermekbetegségekkel kapcsolatos adat a magasabb (95%).

A várandósság mellett a kutatás szempontjából másik fontos terület a gyermeknevelés. A kisgyermekes anyák 50%-a tagja valamilyen on-line csoportnak. Ebben a témában is hitelesség szempontjából vezet a szakemberek közvetlen tanácsa, de a válaszadók 75%-a keresgélt már ilyen témában.

Az információhoz jutás mellett a következő fontos szempont az on-line közösség építése. Az információ megosztása mellett az anyák szeretik, ha az oldal szórakoztató is, de kb. csak 1/3-uk gondolja úgy, hogy az információk teljesen hitelesek. Döntéseik előtt (pl. kórház, orvos választás) gyakran megkérdezik az on-line közösség tagjait. Nem elhanyagolható, hogy kb. 11-16%-a az internethasználó anyáknak ennek alapján hozza meg a döntéseit.

## 5.2 Hipotézisek

Mindezek alapján az első hipotézisünk: Az egészségügyi szakdolgozók a gyermekbántalmazás témakörével kapcsolatban hárítóak és közömbösek.

- Feltételezésünk szerint a kérdőívben **a szabálykövetésre vonatkozó válaszok tükrözni fogják a szakma által elvárt és előírt viselkedési normákat**. A jelzési kötelezettséget a módszertani irányelvek rögzítik, és mint ilyenek a rendszer minden tagjára nézve kötelező. *(Szakmai irányelvek, n.d.)*
- Azonban **a gyakorlati beavatkozásra vonatkozó válaszok ettől eltérőek lehetnek**. Ezekre befolyást gyakorolhatnak az adott szakember tudása a bántalmazás témájáról.
- Feltételezhető, hogy a **saját élettapasztalataik, gyermekkori élményeik, megküzdési stratégiáik esetlegesen visszaköszönnék a válaszokban** (a negatív gyermekkori élmények hárító mechanizmusai, az elfojtás, a tagadás, az átkeretezés, de leginkább a racionalizálás megjelenésére számítunk).
- A válaszadók életkora hatással lehet a bántalmazás megítélésére. A nevelési és fegyelmezési technikák elfogadottságát mindig az adott kor társadalmilag elfogadott normáihoz mérjük. A bántalmazás, a „házi fegyelmezési jog” megoldandó problémája csak a XX. század közepén vált hangsúlyossá. **Feltételezhetően az idősebb korosztálynak eltérő lesz a véleménye a fiatalabb kollégákkal szemben.**
- A válaszadók jelentős része a középosztályhoz tartozik, ezért **gyengébb összefüggésre számítunk a szocioökonómiai háttér és a bántalmazás megítélése között.**
- Feltételezhető, hogy a válaszadók hagyományos nemi szerepe valamelyest visszatükröződik a bántalmazáshoz való viszonyulásban elsősorban a **konfliktus megoldó technikák terén.**

Második hipotézisünk szerint a „Shaken Baby Syndrome” mint kórkép és mint jelenség, a szakdolgozók és a lakosság körében kevésbé ismert.

- A magyar SBS program 2009-es indulásakor a szakma nagy ambícióval tekintett a témára. A cél az volt, hogy az elsődleges célcsoportként szereplő szakdolgozók tudása bővüljön, abból a célból, hogy a megszerzett tudást beépítsék a mindennapi

munkájukba. A várandósok és családjaik edukációja fontos prevenciók cél volt. A 2016-os felmérés sajnos nem igazolta vissza az előzetes elvárást. Az elmúlt 7 évben megszűnt az országos intézményi háttér, megszűnt a munkacsoport, akik ezzel foglalkoztak. **Így jelen kutatásban feltételezzük, hogy a korábbi csekély ismeretátadás tovább erodálódott.** A program indulása óta eltelt 13 év nem volt elég ahhoz, hogy a téma megjelenjen közbeszédben. Nem volt elegendő forrás a nagy átfogó lakossági prevenciók kampányokra. A média átalakulása sem kedvezett a tematikus bántalmazás megelőzési programok elkészítésének. Az állami egészségügyi ellátórendszer rigid, kevéssé tud reagálni az új ismeretek bevezetésére. További nehezítő tényező, hogy a SBS prevenciónak nincs kidolgozott módszertani kézikönyve, és nincs meg a szükséges szakmai háttér támogató rendszer, kapacitás.

- **Feltételezésünk szerint ezek miatt az okok miatt a várandósgondozásba nem tudott beépülni a SBS prevenció.** Ezáltal a szülők sem jutnak korszerű prevenciók tudáshoz. Az első szülői kérdőív válaszaiból úgy gondoljuk ki fog derülni, hogy **a szülők kevéssé ismerik a kórkép klinikai jellemzőit, a megrázás következtében létrejövő sérülések keletkezési mechanizmusait és a sérülések rövid és hosszútávú következményeit.** Feltételezésünk szerint keveset tudnak a sírás jelentőségéről, a sírásról, mint kommunikációs csatornáról, valamint a sírás megértésének mechanizmusairól.
- A társadalomban jelen lévő komoly elvárások (legyen „jó szülő”, „jó partner”, „jó feleség”, stb.) gyakran bénítóan hatnak az új szülőkre. Ehhez még kapcsolódik az egyre inkább szűkülő nagyszülői támogatás, valamint az ellátórendszer egyenetlen hozzáférése. **Feltételezésünk szerint ezen okok miatt az új szülők nehezen ismerik fel, hogy segítségre szorulnak, kevéssé tudnak segítséget kérni, vagy segítséget elfogadni.**
- A közbeszédben csak helyenként jelenik meg a kifáradás, az a gondolat, hogy a szülőség stresszel teli időszak valamint, hogy a szülővé válás egy folyamat, amit a szülőknél is tanulni kell. A tanulási folyamat időnként dühöt, frusztráltságot és agressziót vált ki.

Nagyon erős az a társadalmi üzenet, hogy nem szabad bántani a gyermeket. De mégis látjuk, hogy a düh, a frusztráltság és az agresszió olykor a gyermekek ellen

irányul. **Feltételezésünk szerint kevés tudásuk és eszközük van a szülőknek az első időszak stresszel teli szituációinak kezelésére.**

- Az első kérdőívben megtalálható edukációs rajzfilm rövid intervenció keretében mondja el a megelőzéssel kapcsolatos kulcsinformációkat. **Feltételezésünk szerint ez a kisfilm már önmagában is olyan hatást tud elérni, melyre a szülők emlékeznek, akár 3 hónap távlatából is.** Reméljük, hogy a második körös visszajelző kérdőív **alátámasztja azt a feltevésünket, hogy a preventációs program rendszerbe illesztésének komoly népegészségügyi haszna lenne.**

Harmadik hipotézisünk szerint az ismeretszerzés és preventációs szempontból a szakdolgozói és lakossági kommunikációs csatornák alkalmazása, felhasználása jelentősen eltér.

- **Feltételezésünk szerint a kérdőívet kitöltő egészségügyi dolgozók életkora befolyásolja az információhoz jutás módját, valamint a megszerzett korszerű ismeretek átadásának módját a lakosság felé.**
- Ugyanezen célcsoport a korszerű ismeretek megszerzésekor **kevésbé használja az internet felületeit.** Bár minden felmérés alátámasztja az internet jelentőségét, **feltételezésünk szerint kevésbé ismerik a tudományos és szülő támogató, segítő oldalakat.** Ilyen módon **az ismeret átadásukat és a hitelességüket nem tudják hatékonyan megtámogatni az internet adta lehetőségekkel.**
- Bár a védőnők rendelkeznek egyéni és közösségi módszertani ismeretekkel, **feltételezésünk szerint kevésbé használják ezeket csoportépítésre, egyéni és csoportos egészségfejlesztési, preventációs foglalkozások tartására.** Ennek okai között előzetesen úgy gondoljuk, szerepe lehet a kimunkált előadói gyakorlat, technika gyengeségének a szakértői szupervízori hálózat hiányának, valamint a várandósgondozásban résztvevő **társszakmákkal való kapcsolat esetlegessége és a korszerű preventációs szakanyagok hiánya.** A jelen helyzetben, amikor évek óta zajlik az egészségügyi alap és szakellátás átalakítása jelentősen túlterhelődött a hálózat adminisztrációs és egyéb szakmai feladatokkal, így feltételezzük, hogy a sok energiát, új ismereteket, technikákat igénylő korszerű szülő-educáció alkalmazására kevésbé motiváltak a védőnők és szülésznők.

- Szakirodalmi adatok alapján a hiteles információt a várandósok/szülők az egészségügyi dolgozóktól várják, így **mi is azt feltételezzük, hogy mindennek tudatában vannak a szakdolgozók és a szülők is. Azonban vélhetően a fenti okok miatt szük felületen találkozik a két csoport.**

### 5.3 A vizsgálati eszközök bemutatása

A saját szerkesztésű on-line szakdolgozói kérdőív 49 strukturált kérdést és 296 rekordot tartalmazott. Szerkezetileg három részre tagolódott:

- Az első rész a bántalmazást, mint társadalmi jelenséget kívánta megközelíteni. A nemzetközi és hazai adatok összhangja alapján a leggyakrabban a fizikai és érzelmi bántalmazási formák fordulnak elő, így ezekre fókuszált elsősorban.
- A második rész a dolgozók SBS/AHT ismereteit kívánta felmérni, különös tekintettel a sírásra, ébrenlétre, csecsemő megnyugtatóására vonatkozó ismereteket.
- A harmadik rész elsősorban az ismeret megszerzésére (milyen csatornákat használnak a dolgozók a releváns egészségügyi ismeretek megszerzésére) és az ismeretátadási hajlandóságra, különös tekintettel a primer prevenciós ismeretek átadásának keretrendszerére vonatkozott.

A kérdőívet felkérő levéllel és kutatási leírással együtt a korábban felsorolt szakmai szervezetek vezetőihez juttattuk el kérve azok továbbítását a szakdolgozókhoz.

A szülők számára az ausztrál „Never shake a Baby” program kérdőíveit fordítottuk és adaptáltuk a magyar viszonyokra. A program két kérdőívből állt.

- Az első kérdőív két részből állt. Az első részben a demográfiai adatok mellett a SBS/AHT ismeretekre kérdeztünk rá (miért sírhat a baba, mennyi a normális sírás mennyisége, mit tehetünk sírás esetén). Majd kértük, hogy a beágyazott animációs edukációs kisfilm megnézése után töltsék ki a kérdőív második részét. Az a rész hasonló kérdéseket tartalmazott, mint az első rész, így a minimál intervenciós kisfilm hatását volt hivatott mérni.
- A második kérdőív egy visszajelző kérdőív volt, melyet on-line küldtünk el az első körben részt vett szülők számára a szülés után három hónappal. Ezzel a kérdőívvel a korábbi rövid edukációs intervenció hatását kívántuk mérni, mennyire emlékeznek az átadott információra, a sírás kezelésére, a megnyugtató



technikáira. Rákérdeztünk mennyire tartották hasznosnak ezeket az információkat és mit gondolnak, milyen felületen lenne érdemes eljuttatni a tudást más szülők felé, valamint kitől várják elsősorban ezt az információt.

A szülők korrekt tájékoztatását szolgálta egy szülői tájékoztató, valamint a kutatási dokumentáció részét képezte a beleegyező nyilatkozat. Ezt a nyilatkozatot minden résztvevőnek ki kellett töltenie és vissza kellett küldenie. A kutatás on-line térbe való helyezése miatt a dokumentáció kiegészült a Facebook csoportok felé egy kutatási felhívással.

A kutatás szülői részében védőnők is részt vettek, így az ő dokumentációjuk is részét képezte a szükséges tájékoztatásnak (útmutató, kísérő levél).

#### 5.4 Mintatervezés szempontjai - a vizsgálati minta ismertetése

##### 5.4.1 Szakdolgozói kérdőívhez kapcsolódó mintanagyság

Kutatásunk első részében a szakdolgozói kérdőívhez kapcsolódóan kizáró kritériumot nem állítottunk fel, abból a szakmai alaptételből kiindulva, hogy a gyermekbántalmazás megelőzése mindenkinek közös ügye, közös feladata. Törekedtünk minél több az alap és a szakellátásban dolgozó szakember bevonására. Az alapsokaságra vonatkozó megbízható adatok hiányában a minta nem lehetett reprezentatív. A kutatásnak nem volt célkitűzése, hogy a válaszadók reprezentálják a magyar egészségügyben dolgozókat. Hangsúlyosabb volt, hogy azokat a dolgozókat éri el, akiknek a SBS/AHT felismerésében, kezelésében és megelőzésében szerepük van.

A kutatás tervezésekor a szakmai szervezetek biztató együttműködésére alapozva a mintanagyságot 4000 főben határoztuk meg. A Covid 19 pandémia első hulláma korábban soha nem látott terheket rakott az egészségügyi dolgozókra. A tervezett együttműködések csak részben valósultak meg és az elérések messze elmaradtak a tervezettől. Továbbá a válaszadási hajlandóságot feltehetően befolyásolta a kérdőív relatív hosszúsága és a téma érzékeny volta. Mindösszesen 197 kérdőív (a tervezett 4,92%-a) érkezett vissza, melyből 195-öt tudtunk a kutatásba bevonni (két kérdőívet ki kellett zárunk, mert nem fejezték be a kitöltést).

##### 5.4.2 Szülői kérdőívhez kapcsolódó mintanagyság

A várandósok körében történő felmérésnél egy kiválasztási kritériumot határoztunk meg: az első kérdőív kitöltésekor a várandósságuk III. trimeszterében járó gravidák és társaik kerültek be a felmérésbe. Az apák bevonása hangsúlyos, mert a nemzetközi kutatások alapján gyakran ők az elkövetők. Az eredeti elképzelés szerint országos szinten minden megyéből és a fővárosból 1-1 védőnőt (mindösszesen 20 főt) kértünk volna fel a kutatásban való részvételre, akik 10-10 szülőhöz (mindösszesen 400 várandós és társai) juttatták volna el a kutatási dokumentációt. A Covid pandémia miatt ez részben szintén az on-line térbe került, de mindösszesen tizenkét védőnő a járvány ellenére vállalta a saját körzetében a várandósokhoz való on-line eljuttatást.

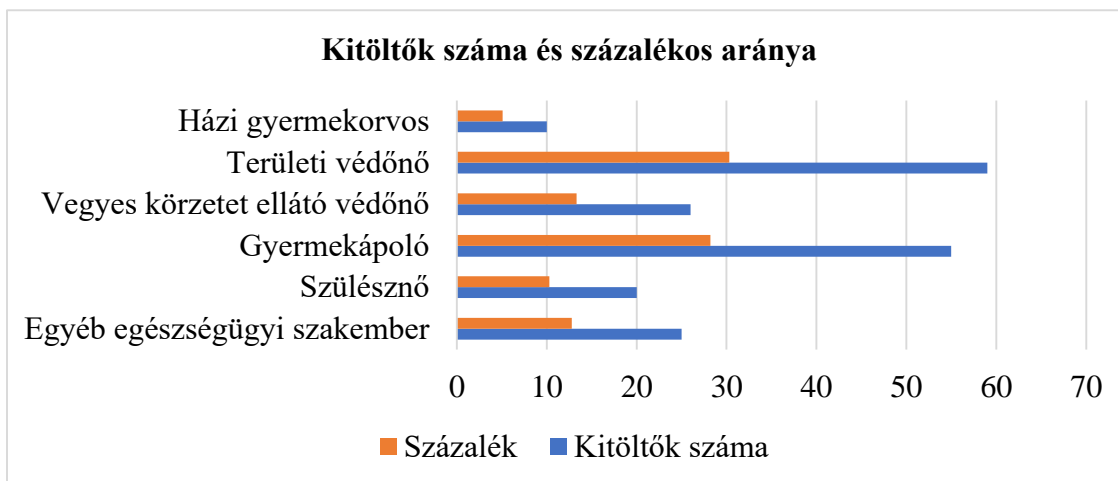
A tervezett 400 fő elérése a következőképpen alakult: összes elérés 680 fő volt, ebből az első kérdőívet 314-en töltötték ki hiánytalanul (ez a kutatás tervezett elérésének a 78,5%-a). A második körbe a szülés után 3 hónappal megkeresettek közül 170 fő küldte vissza a kérdőívet. A 680 fős elérés száma és a ténylegesen a kutatásba bevont 314 fő válaszadó száma közötti nagy különbség magyarázata: Akkor tekintettük hiánytalanak a kutatáshoz való csatlakozást, ha a válaszadók csatolták a beleegyező nyilatkozatot (ki kellett nyomtatni, aláírni és visszaküldeni). Ez a teljes közegészségügyi zárlat és otthoni munkavégzés elrendelése mellett technikai nehézségekbe ütközött és sokan nem tudták ezt megoldani.

## 5.5 Mintabemutató

### 5.5.1 Szakdolgozói kérdőívhez kapcsolódó mintabemutató

A kérdőívet mindösszesen 197 fő töltötte ki, melyből 195 főt vontunk be a kutatásba. Ebből 10 fő házi gyermekorvos (5,1%), 59 területi védőnő (30,3%), 26 vegyes körzetet ellátó védőnő (13,3%), 55 gyermekápoló (28,2%), 20 szülésznő (10,3%) és 25 egyéb egészségügyi területen dolgozó (12,8%) töltötte ki (3. ábra). Két kérdőívet hiányos kitöltés miatt (nem fejezték be) kizártunk. A területi és vegyes körzetet ellátó védőnők csoportját az elemzés során összevontuk. A kutatás szempontjából releváns a várandósokkal való kapcsolat volt, így közömbös az egyéb védőnői feladat ellátása (adott esetben a vegyes körzetet ellátó védőnők iskolaegészségügyi munkát is végeznek). A válaszadók átlagéletkora 39 év (SD:  $\pm 1.15$  év). Nemi megoszlás tekintetében a válaszadók mindössze 2,6%-a (5 fő) volt férfi, így nemi szerepeket nem tudtunk vizsgálni. A lakóhelyi megoszlás településtípusonként hasonló arányú: 29% (n=56) a fővárosban,

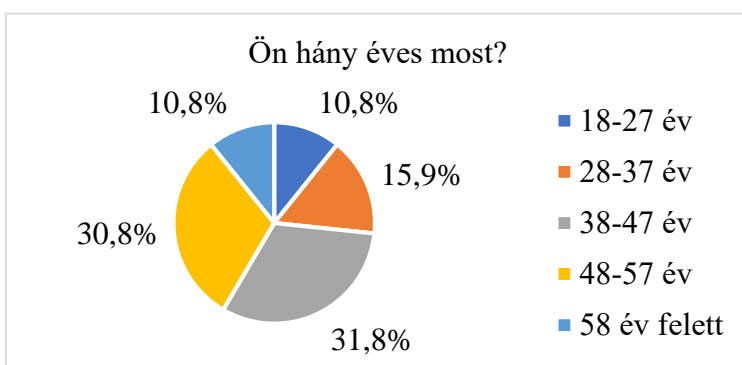
21% (n=41) megyeszékhelyen, 28% (n=55) más városban és 22% (n=43) a faluban/községben élők száma. Munkahely tekintetében a válaszadók harmada (33,8%) a fővárosban, 21% megyeszékhelyen, 28,2% kisvárosban és 22,1% faluban/községben dolgozik. Iskolázottság tekintetében 70,8% felsőfokú, 27,2% középfokú + szakosító és 2,1% szakképző iskolában szerzett végzettséggel rendelkeznek. Több mint 80% házasságban vagy élettársi kapcsolatban él, közel 12% egyedülálló, 6% elvált és 1% özvegy volt a mintában.



3. ábra: A szakdolgozói kérdőív kitöltőinek száma és százalékos aránya (N=195)

### 5.5.2 Szülői kérdőívhez kapcsolódó mintabemutató

A kutatás tervezésekor 400 fő elérése volt a célkitűzés, melyből az első körben 314 főt értünk el. Ez a tervezet 78,5%-a. Az első körben elértek kerülhettek a kutatás második körébe. Itt az elérés 170 fő volt, mely 54,1%-nak, valamivel több, mint a fele válaszadónak felel meg. Az első körben a válaszadók kétharmada (66,9%) nő és egyharmada (33,1%) férfi volt. Életkor tekintetében a legtöbben 68,5% a 28-37 éves korosztályba, a 17,2% a 18-27 éves, míg 13,4%-uk a 38-47 éves és 1%-uk a 48-57 éves korosztályba tartozott (4. ábra). Iskolai végzettséget tekintve 65% rendelkezett egyetemi/főiskolai, 28,3% középiskolai érettségivel, 5,1% szakmunkásképzővel és 1,5% általános iskolai végzettséggel. A válaszadók közel 60%-a az első gyermekét várta. Több mint, 20% soha, 19,4% pedig kevesebb, mint havonta egyszer vigyázott korábban gyermekre.



4. ábra: A szülői kérdőív kitöltőinek életkori megoszlása (N=314)

## 5.6 A kutatás lefolytatása

Az egészségügyi szakemberek körében a felmérés időszaka 2020. március 11. - 2020. július 30. között volt. Ez a Covid pandémia első hulláma volt. Az első kitöltések értelemszerűen nagyon csekély számban érkeztek. Jelentősebb emelkedés június hónapban volt tapasztalható, mely erős összefüggést mutatott a MESZK által kiküldött hírlevélben megjelent kutatási felhívással. A szülői felmérés előkészítése 2020. elején megkezdődött. Személyes megkereséssel fordultunk a legnagyobb védőnői civil szervezethez a MAVÉ-hoz és kértük segítségüket. Minden megyéből és a fővárosból 1-1 mindösszesen 20 önként jelentkező védőnőt kértünk, akik vállalják, hogy 10-10 várandóshoz és társaikhoz eljuttatják a kutatási felhívást és. Összesen egy védőnő vállalta, majd személyes ismeretségen keresztül még öt (Vecsés, Jászkisér, Hatvan és Kőbánya), és a XV. kerületből még nyolc.

Ezzel párhuzamosan a közegészségügyi zárlat miatt a legnagyobb közösségi portál felületét használva mintegy 46 szülői Facebook csoportba és kórházak, klinikák által fenntartott szülői csoportokba regisztráltam és tettem közzé a kutatási felhívást. Ez azt jelentette, hogy az összes szülészeti működtető kórház bevonásra került.

A kutatás ideje:

Első kérdőív felvételi ideje: 2020. március 30. - 2020. szeptember 04.

Második kérdőív felvételi ideje: 2020. június 09. - 2020. december 06.

## 5.7 Adatfeldolgozás és statisztikai kiértékelés

A kérdőíveket Google Forms segítségével készítettük el. A beérkező válaszokat Microsoft Excel 2016 (Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA) programban

rögzítettük. A kutatási adatok elemzése IBM SPSS Statistics 25 (International Business Machines Statistical Package for Social Sciences) elemző szoftverrel történt.

A leíró statisztikai módszereknél átlagot, szórást számoltunk. Azon kérdésnél, amelyeknél egy cselekvési sorrend eloszlására voltunk kíváncsiak (pl. Ön szerint mi lenne a helyes cselekedet, ha nap, mint nap, akár több órán át sírna a gyermeke? 5=egyérték, 1=nem érték egyet) az eloszlások jellemzésére varianciát, ferdeséget és csúcosságot is számoltunk. Az ártalomkozássra, a sérülések mibenlétére vonatkozó szülői kérdőív és a visszajelző kérdőív esetében átlag és szóráskülönbséget is számoltunk, annak érdekében, hogy megtudjuk statisztikailag változott-e a válaszadók véleménye az intervenció videó megnézése előtt és után.

Más kérdéseknél a kapott válaszoknál klaszterelemzéseket hajtottunk végre, melynek segítségével szegmentáltuk a megkérdezettjeinket. Az elemzést a klasztercentroidok (átlagok) alapján végeztük, a koeficiensek és a dendrogram alapján választottuk ki a négy, három vagy kétklaszteres megoldásokat. A klasztereket a demográfiai változókkal összevetve, chi-négyzet próbákat alkalmaztunk, annak megismerésére, hogy a változók mutatnak-e szignifikáns összefüggést.

A látens struktúrák feltárására (pl. a szakdolgozók véleménye a fegyelmezési módszerekről) faktoranalízist hajtottunk végre. A Bartlett-teszt szignifikancia szintjének vizsgálata után megállapítottuk, hogy a változók korrelálnak egymással. A Kaiser-Meyer-Olkin- (KMO) kritérium értéke alapján a változóink kiválóak voltak a faktoranalízisre) és a visszajelző kérdőív megrázott gyermekekre vonatkozó tudásfelmérő kérdései elemzésekor azoknál a kérdéseknél, melyek az ártalomkozássra, a sérülések mibenlétére irányultak.

A csecsemő sírásának okára vonatkozó kérdésnél, valamint a sírásmennyiségre adott válaszok átlagának elemzésére két mintás t-próbát használtunk és statisztikai különbséget vizsgáltunk a videó megnézése előtti és utáni válaszok között. A szignifikancia szintet 5%-ban határoztuk meg.

## 6 Eredmények

### H1

Az egészségügyi dolgozók tekintetében a kérdőív első harmada a gyermekbántalmazásra, mint társadalmi jelenségre figyelt. Felmértük a dolgozók viszonyulását a témához, a fogalmi rendszert, mit tekintenek bántalmazásnak, mennyire tekintik súlyos problémának, mennyire elfogadóak a jelenséggel szemben, milyen saját tapasztalataik vannak a nevelési/fegyelmezési módokkal kapcsolatban és maguk milyen nevelési eszközöket tartanak elfogadhatónak, továbbá a szabálykövetésre vonatkozó attitűdjük kapcsán vizsgáltuk a jelzőrendszeri feladatok betartásának elméleti tudását.

Több kérdést tettünk fel arra vonatkozóan, hogy mennyire tekintik ártalmas társadalmi jelenségnek a bántalmazást, mit gondolnak a magyarországi ítélkezésről, illetve arról, hogy az átlagember mennyire fogadja el a bántalmazást, mint a gyermekekkel szemben alkalmazott nevelési/fegyelmezési módszert.

A válaszadók szerint ma Magyarországon inkább súlyos probléma a gyermekbántalmazás (átlag 3.92, szórás 1.047), és inkább gyakori jelenség (átlag 3.61, szórás 0.775). Kiskorú veszélyeztetése esetén, Magyarországon inkább enyhébb elbírálás jellemző (átlag 2.5, szórás 1.047), az emberek pedig inkább elfogadóak a bántalmazással szemben (átlag 2.6, szórás 1.007) (I. táblázat).

Eredmények tekintetében a megkérdezettek kivétel nélkül bántalmazásnak minősítették az eszközzel való bántást (a válaszadók 100%-a, az összes válaszon belül 11.9% az aránya). Néhány válaszadó kivételével majdnem mindenki szerint az rángatás, megrázás (a válaszadók 98.5%-a, az összes válaszon belül 11.7% az aránya) és az ételmegvonás (a válaszadók 97.9%-a, az összes válaszon belül 11.6% az aránya) is bántalmazásnak minősül.

Az érzelmi bántalmazáshoz tartozó szidalmazást (a válaszadók 71,8%-a az összes válaszon belül 8,5%- az arány kommunikációs szünetet (a válaszadók 70,8%-a az összes válaszon belül 8,4%- az arány) és a barátoktól való eltiltást kevesen gondolták bántalmazásnak.

- I. táblázat: Összefoglaló táblázat a bántalmazásról, mint társadalmi jelenségről a válaszadók szempontjából (N=195)

	Ön szerint az emberek mennyire tartják ártalmasnak a Magyarországon a gyermekbántalmazást	Ön szerint mennyire gyakori jelenség a Magyarországon a gyermekbántalmazás?	Kiskorú veszélyeztetése (elhanyagolása és/vagy bántalmazása) esetén Ön szerint	Ön szerint mennyire elfogadók Magyarországon az emberek a gyermekbántalmazással szemben?
	1=nem súlyos, 5=nagyon súlyos probléma	1=ritka, 5=nagyon gyakori probléma	1=túl enyhén bírálják el, 5=súlyosan elítélik	1=elítélő 5=elfogadó
N	195	195	195	195
Átlag	3.92	3.61	2.50	2.60
Szórás	1.047	0.775	1.047	1.007
Variancia	1.096	0.600	1.097	1.014
Ferdeség	-0.515	-0.004	0.211	-0.292
Csúcsosság	-0.764	-0.050	-0.652	-0.865

A kapott válaszoknál klaszterelemzést hajtottunk végre, melynek segítségével szegmentáltuk a megkérdezettjeinket. Az elemzést a klasztercentroidok (átlagok) alapján végeztük, a koeficiensek és a dendrogram alapján a négyklaszteres megoldást választottuk. A 4 klaszterből az elsőben lévő megkérdezettek (N=32) szerint az eszközzel való bántás, rángatás, megrázás, a megszegyenyítés, ételmegvonás, és az életvitelben való korlátozás számít bántalmazásnak. A 2. klaszterben lévők (N=40) szerint már bántalmazás a megpofozás, fülhúzás, hajhúzás és a szidalmazás is. A 3. klaszterben lévők (N=71) szerint az is bántalmazásnak minősül ezek mellett, ha a szülő nem beszél a gyermekkel. Az utolsó klaszterben lévők (N=52) szerint pedig minden felsorolt példa, bántalmazásnak minősül. majd a klasztereket a demográfiai változókkal összevetve, chi-négyzet próbát alkalmaztunk.

A statisztikai próbák alapján megállapíthatjuk, hogy nincs szignifikáns különbség a korosztályok, családi állapot, településtípus szerint a bántalmazás megítélésében.

Szignifikáns különbség van azonban a bántalmazás megítélésében iskolai végzettség és munkakör szerint (II. táblázat).

II. táblázat: A bántalmazás megítélése iskolai végzettség szerint (N=195)

			A válaszadók iskolai végzettsége				
			Szakképző	Érettségi+szakosító képzés	Főiskola	Más orvos vagy egészségügyi egyetemi végzettség	Védőnő szakirányú egyetemi végzettség
Ön szerint mi minősül bántalmazásnak? Klaszterek	1. klaszter	n	4	18	5	2	3
		%	<b>100.0%</b>	<b>34.0%</b>	5.7%	6.7%	15.0%
	2. klaszter	n	0	9	20	9	2
		%	0.0%	17.0%	22.7%	30.0%	10.0%
	3. klaszter	n	0	20	36	8	7
		%	0.0%	37.7%	40.9%	26.7%	35.0%
	4. klaszter	n	0	6	27	11	8
		%	0.0%	11.3%	30.7%	36.7%	40.0%

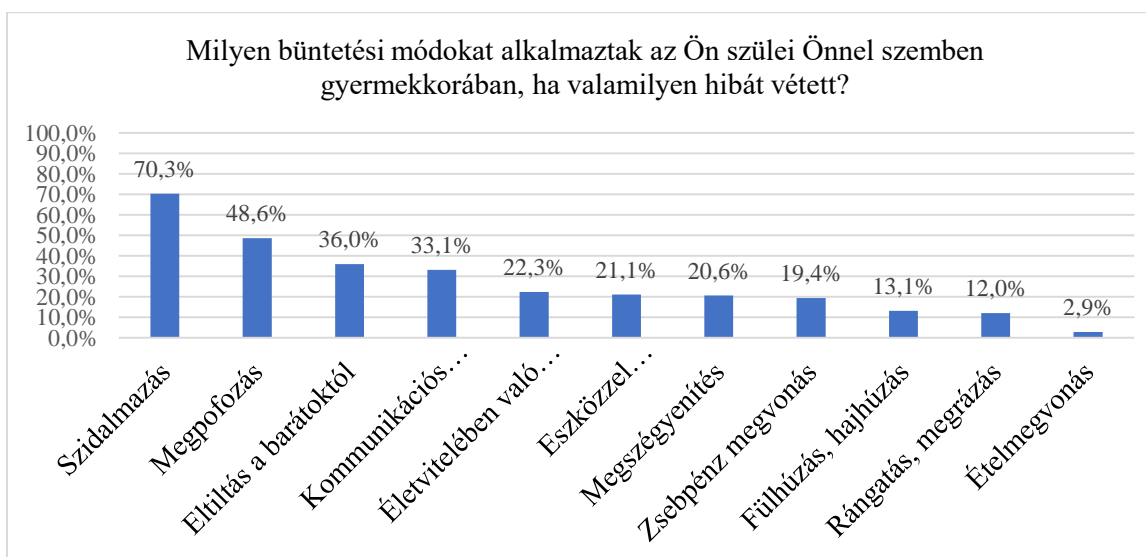
Az alacsony iskolai végzettségűek (szakképző, érettségi+szakosító képzés) többsége szerint csak a szélsőséges példák (eszközzel való bántás, rángatás, megrázás, a megszegyenyítés, ételmegvonás, és az életvitelben való korlátozás) minősülnek bántalmazásnak, az ennél magasabb iskolai végzettségűek körében a felsoroltak közül szinte minden bántalmazásnak minősül. Figyelemre méltó, hogy munkakör szerint a gyermekápolók egyharmada (n=18, 32,7%), a szülésznők 20%-a (n=4) szerint csak a szélsőséges példák minősülnek bántalmazásnak (III. táblázat).



III. táblázat: A válaszadók munkaköri megoszlása – klaszterelemzés (N=195)

			Milyen munkakörben dolgozik Ön?					
			Házi gyermekorv	Területi védőnő	Vegyes körzetet ellátó	Gyermek-ápoló	Szülésznő	Egyéb egészségügyi szakember
Ön szerint mi minősül bántalmazásnak? Klaszterek	1. klaszter	n	0	6	1	18	4	3
		%	0.0%	10.2%	3.8%	<b>32.7%</b>	<b>20.0%</b>	12.0%
	2. klaszter	n	3	13	6	10	3	5
		%	30.0%	22.0%	23.1%	18.2%	15.0%	20.0%
	3. klaszter	n	3	19	12	20	10	7
		%	30.0%	32.2%	46.2%	36.4%	50.0%	28.0%
	4. klaszter	n	4	21	7	7	3	10
		%	40.0%	35.6%	26.9%	12.7%	15.0%	40.0%

A bántalmazás transzgenerációs hatásai régóta kutatott terület. Felmérésünkben az egészségügyi dolgozók gyermekkori tapasztalataira kérdeztünk rá (büntetési módok és nevelési eszközök), valamint ezeket összevetettük a felnőttkori életükben gyakorolt gyermeknevelési/figyelmeztető módszereikkel. A megkérdezettekkel szemben főleg a szidalmazást (a válaszadók 70.3%-a, az összes válaszon belül 23.5% az aránya) és a megpofozást (a válaszadók 48.6%-a, az összes válaszon belül 16.2% az aránya) alkalmazták gyerekkorukban (5. ábra).



5. ábra: A szakdolgozók emlékei a saját gyerekkorukban megtapasztalt büntetési módokról (N=195)

Majd klaszterelemzést hajtunk végre, melynek segítségével szegmentáltuk a megkérdezettjeinket. Az elemzést a klasztercentroidok (átlagok) alapján végeztük, a koefficiensek és a dendogram alapján a háromklaszteres megoldást választottuk.

A 3 klaszterből az elsőben lévő megkérdezettekkel (N=49) szemben nem igazán alkalmazták a szülei ezeket a büntetési módszereket, ha mégis megbüntették őket, akkor a megpofozást választották. A 2. klaszterben lévőkkel (N=112) szemben a leggyakrabban a szidalmazást, ritkábban a megpofozást, eltiltást a barátoktól és a kommunikációs szünetet alkalmazták. A 3. klaszterben lévőkkel (N=34) szemben az ételmegvonáson kívül minden büntetési módszert alkalmaztak a szülei:

- Gyakoriak voltak: megpofozás, szidalmazás, eszközzel való bántás,
- Közepesen gyakoriak: megszegényítés, életvitelben való korlátozás, eltiltás a barátoktól, rángatás, megrázás
- Kevésbé gyakoriak: fülhúzás, hajhúzás, kommunikációs szünet, zsebpénz megvonás.

A klasztereket a demográfiai változókkal összevetve, chi-négyzet próbát alkalmazunk

A statisztikai próbák alapján megállapítottuk, hogy nincs szignifikáns különbség egyik demográfiai csoporton belül sem a büntetési módszerek alkalmazásában.

A következő eredményeket találtuk a megkérdezettek gyermekkorában elfogadott és elfogadhatatlan nevelési eszközök alkalmazásának gyakorisága kapcsán.

IV. táblázat: A válaszadók saját élményei a szülei nevelési eszközeiről (N=195)

**Milyen nevelési eszközöket használtak az Ön szülei az Ön gyermekkorában?**

	n	total %	%
Hosszas megbeszélés ("lelkifröccs")	104	16.6%	55.3%
Pofon	81	12.9%	43.1%
Szigorú, de szeretetteljes megbeszélés	69	11.0%	36.7%
Lehetőséget adtak jóvátenni a vétséget	64	10.2%	34.0%
Szobafogság	53	8.4%	28.2%
Megbeszéltük és utána nem kaptam büntetést	51	8.1%	27.1%
Fizikai munka jóvátételként	33	5.3%	17.6%
Partnerként beszéltek velem	32	5.1%	17.0%
Kedvenc foglalatosságától/sportolástól való eltiltás	30	4.8%	16.0%
Hosszasan nem beszéltek velem	29	4.6%	15.4%
Szeretet megvonás	26	4.1%	13.8%
Zsebpénz megvonás	25	4.0%	13.3%

Zsarolás/egyezkedés	24	3.8%	12.8%
Egyéb	7	1.1%	3.7%

A megkérdezettek válaszai alapján a gyerekkorukban a szülei főleg a hosszas megbeszélést (a válaszadók 55.3%-a, az összes válaszon belül 16.6% az aránya) és a pofont (a válaszadók 43.1%-a, az összes válaszon belül 16.9% az aránya) alkalmazták, mint nevelési eszközt (IV. táblázat). Majd ismét klaszterelemzést hajtunk végre, melynek segítségével szegmentáltuk a megkérdezettjeinket.

Az elemzést a klasztercentroidok (átlagok) alapján végeztük, a koeficiensek és a dendogram alapján a négyklaszteres megoldást választjuk. A 4 klaszterből az elsőben (N=63) lévő megkérdezettekkel szemben maximum a hosszas megbeszélés, és a szigorú, de szeretetteljes megbeszélést alkalmazták, de csak ritkán. A 2. klaszterben lévőkkel (N=44) szemben a probléma megbeszélését választották a szülők, és lehetőséget adtak a gyermeknek a jóvátételre. A 3. klaszterben lévőkkel (N=45) szemben a leggyakrabban a pofont alkalmazták, ritkábban nem beszéltek velük, vagy megbeszéltek velük a problémát. Az utolsó klaszterben lévőkkel (N=43) szemben szigorú nevelési módszereket alkalmaztak, gyakori volt a pofon és a szobafogság, közepesen gyakori volt a kedvenc foglalatosságtól való eltiltás, a zsarolás/egyezkedés és a megbeszélés, ritkábban fizikai munkát is kellett végezniük a megkérdezetteknek, megvonták a zsebpénzüket, vagy éppen szeretet- és kommunikációmegvonásban részesültek.

V. táblázat: A bántalmazás megítélésének összefüggései-Chi-négyzet próbák

#### Chi-négyzet próbák

	Érték	Szabáságfok	p-érték
Életkor	18.032	12	0.115
Családi állapot	12.503	12	0.406
Lakóhely településtípusa	5.574	9	0.782
Munkahely településtípusa	9.179	9	0.421
Iskolai végzettség	25.519	12	<b>0.013</b>
Munkakör	23.656	15	0.071

A statisztikai próbák alapján megállapítottuk, hogy nincs szignifikáns különbség a korosztályok, családi állapot, településtípus és betöltött munkakör szerint a bántalmazás

megítélésében. Szignifikáns különbség van azonban a bántalmazás megítélésében iskolai végzettség szerint (V. táblázat).

VI. táblázat: Az iskolai végzettség és a bántalmazás megítélése (N=195)

			Iskolai végzettsége					
			Szakképző	Érettségi +szakosító képzés	Főiskola	Más orvos vagy egészségtudományi egyetemi végzettség	Védőnő szakirányú egyetemi végzettség	Összesen
Milyen nevelési eszközöket használtak az Ön szülei az Ön gyermekkorában	Maximum megbeszélés, következmények nélkül	N	0	14	23	5	3	45
		%	0.0%	26.4%	26.1%	16.7%	15.0%	23.1%
Klaszterek	Megbeszélés és jóvátétel	N	0	12	19	4	9	44
		%	0.0%	22.6%	21.6%	13.3%	45.0%	22.6%
	"Durr egy pofon"	N	4	11	15	10	3	43
		%	100.0%	20.8%	17.0%	33.3%	15.0%	22.1%
	Szigorú nevelési módszerek	N	0	16	31	11	5	63
		%	0.0%	30.2%	35.2%	36.7%	25.0%	32.3%

A szakképzőben végzett válaszadókkal szemben szigorú nevelési módszereket alkalmaztak, az ennél magasabb iskolai végzettségűek több mint felénél többnyire a megbeszélés és a jóvátétel volt a nevelési eszköz. A szigorú nevelési módszereket a más orvos vagy egészség tudományi egyetemi végzettséggel rendelkezőkkel szemben is alkalmazták (VI. táblázat).

Megkérdeztük, hogy most, felnőttként mit gondolnak a velük szemben (gyermekként) alkalmazott fegyelmezési/nevelési módszerekről.

VII. táblázat: Szakdolgozók véleménye a korábban elfogadott fegyelmezési módokról (N=195)

**Felnőttként mit gondol most azokról a fegyelmezési módszerekről, melyek az Ön gyermekkorában elfogadottak voltak?**

(1=egyáltalán nem értek egyet, 5=teljesen egyetértek)	Többsége helyénvaló volt	Jobb lenne, ha ma is használnák, mert a mai gyerekek	Magam is használok, mert beváltak, ember lett belőlem	Máig emlékszem a büntetésekre, rossz élmény	Megérdemeltem, tanultam belőle	Elfogadhatatlan, jó, hogy már nem használjuk	Vannak jobb módszerek, azt használok
N	187	185	177	179	182	180	162
Átlag	2.48	2.12	1.94	2.76	2.43	2.52	<b>3.14</b>
Szórás	1.099	1.017	1.083	1.177	1.026	1.121	1.015
Variancia	1.208	1.033	1.172	1.386	1.054	1.256	1.029
Ferdesség	-0.013	0.469	0.722	-0.400	0.040	-0.104	-1.012
Csúcsosság	-1.314	-0.911	-0.888	-1.343	-1.129	-1.357	-0.110

A válaszadók inkább nem értenek egyet azzal, hogy a gyermekkorukban alkalmazott fegyelmezési módszerek:

- Többsége helyénvaló volt
- Jobb lenne, ha ma is használnák, mert a mai gyerekek nem értenek a szóból
- Magam is használok, mert beváltak, ember lett belőlem
- Máig emlékszem a büntetésekre, rossz élmény
- Megérdemeltem, tanultam belőle
- Elfogadhatatlan, jó, hogy már nem használjuk

A válaszadók inkább egyetértenek azzal, hogy vannak jobb módszerek, amelyeket ők is használnak (VII. táblázat). A továbbiakban faktoranalízist hajtottunk végre, a látens struktúra feltárására (VIII. táblázat).

VIII. táblázat: Szakdolgozók véleménye a korábbi fegyelmezési módszerekről - faktoranalízis

<b>KMO és Bartlett Teszt</b>		
KMO		<b>0.862</b>
Bartlett teszt	Chi-négyzet érték	504.948
	Szabadságfok	21
	p-érték	<b>0.000</b>

A Bartlett-teszt szignifikanciaszintje (0.000) alapján elvethetjük a próba nullhipotézisét, tehát a korrelációs mátrixnak a főátlón kívüli elemei nem véletlenül térnek el a nullától, a változók korrelálnak egymással. A Kaiser-Meyer-Olkin- (KMO) kritérium értéke 0.86, tehát a változóink kiválóak a faktoranalízisre. A kommunalitások alapján a bevont változóink mindegyike megfelel ennek a kritériumnak (mind  $> 0.25$ ). A Scree plotot megvizsgálva és a könyökszabályt alapul véve azonban a következő alkalommal módosítottuk a faktorok számát 2-re. A kapott két faktor az eredeti változók 71,9%-át magyarázta.

1. faktor: A régi büntetési módszerek helyénvalóak voltak: Többsége helyénvaló volt, Jobb lenne, ha ma is használnák, mert a mai gyerekek nem értenek a szóból, magam is használom, mert beváltak, ember lett belőlem, megérdemeltem, tanultam belőle.

2. faktor: A régi büntetési módszerek nem voltak helyénvalóak, vannak jobb módszerek: máig emlékszem a büntetésekre, rossz élmény, elfogadhatatlan, jó, hogy már nem használjuk, vannak jobb módszerek, azt használom.

A faktorok felhasználásával klaszterelemzést hajtottunk végre, melyek tökéletesen megfelelnek a klaszterelemzésre, hiszen 0 átlagú, 1 szórású változók, és tartalmazzák az eredeti változók információmennyiségének nagy részét is. A klaszterelemzés segítségével szegmentálhatjuk a megkérdezettjeinket. A koefficiensek és a dendogram alapján a kétklaszteres megoldást választottuk.

Az 1. klaszterbe (N=55) tartozó megkérdezettek inkább egyetértenek azzal, hogy a gyermekkorukban használt büntetési módszerek többsége helyénvaló volt és megérdemelték, tanultak belőle.

2. klaszterbe (N=90) tartozó megkérdezettek inkább egyetértettek azzal, hogy a gyermekkorukban használt büntetési módszerek többsége elfogadhatatlan, jó, hogy már nem használják őket, úgy gondolják, vannak jobb módszerek, azt használják. Máig emlékeznek a büntetésekre, ami rossz élményként maradt meg az emlékezetükben.

Megnéztük, hogy vajon különböznek-e a két klaszterbe tartozó megkérdezettjeink a demográfiai szempontok alapján? A statisztikai próbák alapján megállapíthatjuk, hogy nincs szignifikáns különbség egyik demográfiai változó szerint sem a régi büntetési módszerek megítélésében.

Végül az egyik legfontosabb kérdésre kerestük a választ, a jelzőrendszeri teendőkből fakadó kötelezettségre. A válaszadóknak intézkedési sorrendbe kellett állítani a megadott válaszokat.

IX. táblázat: Jelzőrendszeri intézkedési sorrend a szakdolgozók szerint (N=195)

**Jelölje be, milyen sorrendben intézkedne, ha azt tapasztalja (hallja, látja, beszél a gyermekkel), hogy egy gyermeket az otthonában bántanak!**

(az 1-es a legelőször választanám, a 8-as a legutoljára választanám)	Szólok a szülőnek, hogy tudok erről a helyzetről és ez elfogadhatatlan	Jelzek a Család és gyermekjóléti szolgálat felé	Semmit, mert nem tudok megbizonyosodni a gyermek állításának valóságáról	Beszélgetek a szülővel és megpróbálok neki segíteni, hogy jobb szülő legyen	Szólok a rendőrségnek, ők tudnak intézkedni	Beszélek a gyermekkel és közvetlenül neki próbálok segíteni	Segítő szervezetek elérhetőségeit adom át a gyermeknek, mert ők jobban tudnak segíteni	Szólok a kollegámnak és vele beszélem meg a lehetséges választások közül a gyermek számára leghasznosabbat
N	195	195	195	195	195	195	195	195
Átlag	3.04	3.36	6.69	3.32	5.88	3.13	4.65	3.72
Szórás	2.083	2.011	2.022	2.120	2.086	1.935	2.149	2.330
Variancia	4.339	4.046	4.090	4.496	4.352	3.745	4.620	5.428
Ferdeség	0.778	0.543	-1.348	0.739	-0.840	0.887	0.017	0.468
Csúcsosság	-0.478	-0.727	0.531	-0.498	-0.402	0.089	-1.216	-1.065

A megkérdezettek elsők között választották, hogy abban az esetben, ha tudomást szereznének róla, hogy egy gyermeket otthonában bántanak:

- Szólok a szülőnek, hogy tudok erről a helyzetről és ez elfogadhatatlan
- Jelzek a Család és gyermekjóléti szolgálat felé
- Beszélgetek a szülővel és megpróbálok neki segíteni, hogy jobb szülő legyen
- Beszélek a gyermekkel és közvetlenül neki próbálok segíteni
- Szólok a kollegámnak és vele beszélem meg a lehetséges választások közül a gyermek számára leghasznosabbat

Utolsóként választották jellemzően, hogy semmit nem tennének, mert nem tudnak megbizonyosodni a gyermek állításának valódiságáról (IX. táblázat). A továbbiakban faktoranalízist hajtottunk végre, hajtottunk végre a látens struktúra feltárására.

X. táblázat: Jelzőrendszeri intézkedési sorrend - statisztikai próbák

<b>KMO és Bartlett Teszt</b>	
KMO	0.505
Bartlett Teszt	Chi-négyzet érték
	106.597
	Szabadságfok
	28
	p-érték
	0.000

A korrelációs mátrix alapján megállapíthatjuk, hogy többségében szignifikáns korreláció van a bevont változók között. A Bartlett-teszt szignifikanciaszintje (0.000) alapján elvethetjük a próba nullhipotézisét, tehát a korrelációs mátrixnak a főátlón kívüli elemei nem véletlenül térnek el a nullától, a változók korrelálnak egymással. A Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) kritérium értéke 0.5, tehát a változóink gyengék a faktoranalízisre, hiszen nem volt sok változónk. A kommunalítások alapján a bevont változóink mindegyike megfelelt ennek a kritériumnak (mind > 0.25) (X. táblázat).

A Scree plotot megvizsgálva és a könyökszabályt alapul véve a négyfaktoros módszert választottuk. A kapott négy faktor az eredeti változók 67%-át magyarázza.

1. faktor: A szülővel beszélek: Szólok a szülőnek, hogy tudok erről a helyzetről és ez elfogadhatatlan, Beszélgetek a szülővel és megpróbálok neki segíteni, hogy jobb szülő legyen

2. faktor: Hivatalos szervnek jelzek: Jelzek a Család és Gyermekjóléti Szolgálat felé, szólok a rendőrségnek, ők tudnak intézkedni

3. faktor: A gyerekekkel próbálok közvetlenül beszélni vagy segítő szervezetekkel: Beszélek a gyermekkel és közvetlenül neki próbálok segíteni, Segítő szervezetek elérhetőségeit adom át a gyermeknek, mert ők jobban tudnak segíteni.

4. faktor: Maximum a kollégámmal beszélek róla: Semmit, mert nem tudok megbizonyosodni a gyermek állításának valódiságáról, Szólok a kollégámnak és vele beszélem meg a lehetséges választások közül a gyermek számára leghasznosabbat.

A faktorok felhasználásával klaszterelemzést hajtottunk végre - melyek tökéletesen megfelelnek a klaszterelemzésre, hiszen 0 átlagú, 1 szórású változók, és tartalmazzák az



eredeti változók információmennyiségének nagy részét is. A klaszterelemzés segítségével szegmentálhattuk a megkérdezettjeinket.

Az 1. klaszterbe (N=120) tartozó megkérdezettek az első lépések között jeleznének a Család és Gyermekjóléti Szolgálat felé, ha azt tapasztalnák, hogy egy gyermeket az otthonában bántanak. Ezek után szólnának a szülőnek, hogy tudnak a helyzetről, és ez elfogadhatatlan, majd megpróbálnának segíteni neki, hogy jobb szülők legyenek. Ezt követően a gyermekkel beszélnek, és próbálnának neki segíteni. Ezek után fordulnának csak a kollégákhoz, illetve segítő szervezetekhez, majd pedig a rendőrséghez. Utolsóként jelölték azt az opciót, hogy semmit nem tennének, mert nem tudnak megbizonyosodni a gyermek állításának valódiságáról.

2. klaszterbe (N=75) tartozó megkérdezettek az első lépések között közvetlenül a gyermekkel beszélnek, és megpróbálnának segíteni neki. Ezt követően a kollégákhoz fordulnának, hogy megbeszéljék, a gyermek számára mi a leghasznosabb intézkedés. Jellemzően ezek után beszélnek a szülővel. Csak ezt követően fordulnának segítő szervezetekhez, illetve jeleznék a dolgot a Család és gyermekjóléti szolgálat felé. Utolsó előttiként jelölték azt az opciót, hogy semmit nem tennének, mert nem tudnak megbizonyosodni a gyermek állításának valódiságáról, illetve legutoljára a rendőrségnek szólnának.

Megnéztük vajon különböznek-e a két klaszterbe tartozó megkérdezettjeink a demográfiai szempontok alapján?

A statisztikai próbák alapján megállapíthatjuk, hogy nincs szignifikáns különbség az életkor, iskolai végzettség, családi állapot és a lakóhely településtípusának kategóriáin belül a jelzőrendszer használatában. Szignifikáns különbség van azonban a munkahely településtípusa és a munkakör kategóriái között (XI. táblázat és XII. táblázat).

XI. táblázat: Szakdolgozók megoszlása a munkavégzésük helye szerint – jelzőrendszeri klaszterek (N=195)

			Milyen településen dolgozik?			
			Falu/község	Más város	Megyeszékhely	Főváros
Jelzőrendszer - Klaszterek	Először jelent	n	27	29	23	41
		%	84.4%	55.8%	51.1%	62.1%
	Először elbeszélget	n	5	23	22	25
		%	15.6%	44.2%	48.9%	37.9%

XII. táblázat: Szakdolgozók megoszlása munkakör szerint – jelzőrendszeri klaszterek (N=195)

			Milyen munkakörben dolgozik Ön?					
			Házi gyermek	Területi védőnő	Vegyes körzetet ellátó védőnő	Gyermek- ápoló	Szülésznő	Egyéb egészség- ügyi
Jelző rendszer - Klaszterek	Először jelent	n	6	43	20	27	12	12
		%	60.0%	72.9%	76.9%	49.1%	60.0 %	48.0%
	Először elbeszélget	n	4	16	6	28	8	13
		%	40.0%	27.1%	23.1%	50.9%	40.0 %	52.0%

A falvakban és a fővárosban dolgozók túlnyomó többsége az első klaszterbe tartozik, tehát először jelent a Család és gyermekjóléti szolgálat felé, és csak utána beszél a szülővel, illetve a gyermekkel. A megyeszékhelyeken, illetve más városban dolgozók fele-fele arányban oszlanak meg a két klaszter között.

Szintén fele-fele arányban oszlanak meg a két klaszter között a gyermekápolók és az egyéb egészségügyi szakemberek is, 60-40%-ban először jelentik a bántalmazást a házi gyermekorvosok és a szülésznők, a védőnők több, mint 70%-a először jelent a Család és gyermekjóléti szolgálat felé.

H2:

A második hipotézisünk szerint mind a szülők, mind a szakemberek keveset tudnak a megrázott gyermek szindrómáról, valamint ehhez a témához szorosan illeszkedő egyéb jelentős területekről úgy, mint sírásértés, megnyugtató, segítségkérés, stb.

A szakdolgozói kérdőív második része felmérte a szakemberek tudását. A 195 válaszadóból, csak ketten nem hallottak arról, hogy a kisbabák levegőbe dobálása, megrázása veszélyes lehet. A legtöbben továbbképzésen hallottak róla (n=130 az összes válaszadó 18,3%-a) olvasták a szakirodalomban (n=127, az összes válaszadó 17,8%-a) vagy konferencián hallották (n=113 az összes válaszadó 15,9%-a). A további válaszok

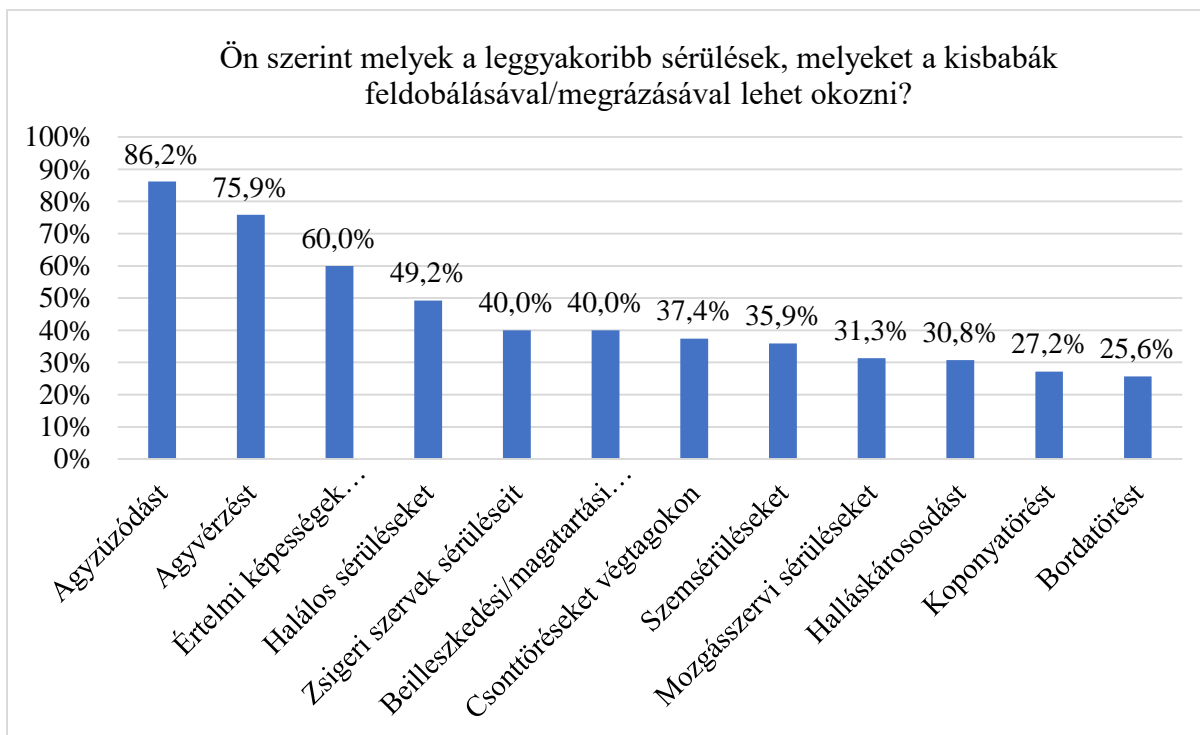
megoszlása az interneten, 14,7%, más szakembertől 10,1%, az egyetemen 8,8%, a tévében és rádióban 6,6% és 4,8%, és a valakitől hallottam 2,9% (XIII. táblázat)

XIII. táblázat: Korábban honnan hallott az SBS-ről - szakdolgozói válaszok (N=195)

Hol hallott az SBS-ről?	n	teljes %	%
Továbbképzésen hallottam	130	18.3%	69.5%
Olvastam szakirodalomban	127	17.8%	67.9%
Konferencián hallottam	113	15.9%	60.4%
Olvastam az interneten	105	14.7%	56.1%
Más szakembertől hallottam	72	10.1%	38.5%
Az egyetemen hallottam	63	8.8%	33.7%
Láttam a tévében	47	6.6%	25.1%
Hallottam a rádióban	34	4.8%	18.2%
Környezetemből hallottam valakitől	21	2.9%	11.2%

Arra a kérdésre, hogy a megrázás/feldobálás milyen életkorú gyermekekre veszélyes nagyon heterogén válaszokat kaptunk. A válaszadók 24,1%-a (47 fő) szerint mindig veszélyes, 18,5%- a (36 fő) gondolták úgy, hogy 5 éves korig, 31-en (15,9%), hogy 3 éves korig, 38-38-an (19,5-19,5%), hogy 2 illetve 1 éves korig. 4 fő (2,1%) csak 6 hónapos korig, míg 1 fő (0,5%) csak 1 hónapos korig látta ezt veszélyesnek.

Vizsgáltuk, hogy milyen sérüléseket lehet okozni a csecsemőknek a megrázással. A válaszadók egy kivételével többségében tudták mennyire súlyos sérüléseket lehet okozni. A leggyakoribb válasz az agyzúzódás (86,2%) és agyvérzés (75,9%) volt, valamint a csökkent értelmi képességek (60%). Azonban, csak kevesebb, mint a válaszadók fele gondolta, hogy halálos sérülést lehet előidézni (6. ábra).



6. ábra: A megrázással okozott leggyakoribb sérülések megoszlása (N=195)

A szülői kérdőív és a visszajelző kérdőív megrázott gyermekekre vonatkozó tudásfelmérő kérdései az ártalomokozásra, a sérülések mibenlétére irányultak. Független mintás t-próbával elemeztük a videó megnézése előtti és utáni válaszokat (XIV. táblázat).

XIV. táblázat: A megrázással ártalmat okozunk a babának- statisztikai elemzés a videó megnézése előtt és utáni válaszok (N=314)

Ártalmat okoz a babának, ha megrázzuk őt. 1= egyáltalán nem értek egyet, 4=teljesen egyetértek			Átlagkülönbség	Szóráskülönbség	t-érték	Szabadságfokok	p-érték
	n	Átlag					
A videó megnézése előtt	304	3.78	-0.168	0.461	-6.343	303	<b>0.000</b>
A videó megnézése után	313	3.95					

Statisztikailag szignifikánsan nőtt az átlagos egyetértés az állítással a videó után: Egy 1-től 4-ig terjedő skálán, ahol az 1=egyáltalán nem értek egyet és 4=teljesen egyetértek, a videó előtt a válaszok átlaga 3,8 volt, a videó után pedig 4.

A videó megnézése utáni válaszokat a visszajelző kérdőív válaszaival független mintás t-próbával elemezzük (XV. táblázat).

XV. táblázat: A megrázással ártalmat okozunk a babának- statisztikai elemzés a videó megnézése utáni és visszajelző kérdőív válaszai között (N=313 és N=169)

Ártalmat okoz a babának, ha megrázzuk őt. 1= egyáltalán nem értek egyet, 4=teljesen egyetértek			Átlagkülönbség	Szóráskülönbség	t-érték	Szabadságfok	p-érték
	n	Átlag					
A videó megnézése után	313	3.95	0.030	0.031	0.971	481.000	0.332
Visszajelző kérdőívben	169	3.91					

Nem találtunk szignifikáns különbséget a megkérdezett szülők válaszainak átlagában a videó után és a második adatfelvétel alkalmával, 3 hónappal később.

A szakdolgozói kérdőívhez hasonlóan a szülőket is megkérdeztük arról, hogy szerintük milyen sérüléseket lehet okozni a gyermeknek a megrázással. A kérdést a szülőknek a videófilm előtt és után is (XVI. táblázat).

Statisztikailag szignifikáns különbség van minden kategória választásában a videó előtt és után (XVII. táblázat)

XVI. táblázat: Összehasonlító táblázat a megrázás következtében előálló sérülésekről a videó előtt és után (N=314)

Mi történhet a babával, ha megrázzuk őt?	Videó előtt			Videó után		
	n	teljes %	%	n	teljes %	%
Sérül az agya	265	24.2%	84.4%	302	23.6%	96.2%
Sérül a teste	197	18.0%	62.7%	246	19.2%	78.3%
Sérül a feje	190	17.4%	60.5%	218	17.1%	69.4%
Nyugtalanná válik	142	13.0%	45.2%	119	9.3%	37.9%
Meghal	142	13.0%	45.2%	284	22.2%	90.4%
Megsérülnek a szemei	89	8.1%	28.3%	55	4.3%	17.5%
Vakságot okoz	33	3.0%	10.5%	31	2.4%	9.9%
Aluszékony lesz	28	2.6%	8.9%	20	1.6%	6.4%
Semmi	9	0.8%	2.9%	3	0.2%	1.0%

XVII. táblázat Statisztikai próbák a sérülésekről a videó megnézése előtt és után

<b>Mi történhet a babával, ha megrázzuk őt?</b>	Átlagkülönbség	Szóráskülönbség	t-érték	Szabadságfok	p-érték
Sérül az agya	-0.118	0.386	-5.409	313	0.000
Sérül a teste	-0.156	0.484	-5.712	313	0.000
Sérül a feje	-0.089	0.464	-3.403	313	0.001
Nyugtalanná válik	0.073	0.510	2.547	313	0.011
Meghal	-0.452	0.505	-15.872	313	0.000
Megsérülnek a szemei	0.108	0.393	4.883	313	0.000
Vakságot okoz	0.006	0.288	0.392	313	0.696
Aluszékony lesz	0.025	0.251	1.795	313	0.074
Semmi	0.019	0.137	2.469	313	0.014

- Semmi: a videó előtt: 3%, a videó után: 1%
- Vakságot okoz: a videó előtt: 11%, a videó után: 10%
- Nyugtalanná válik: a videó előtt: 45%, a videó után: 38%
- Sérül a teste: a videó előtt: 63%, a videó után: 78%
- Sérül az agya: a videó előtt: 84%, a videó után: 96%
- Sérül a feje: a videó előtt: 61%, a videó után: 69%
- Aluszékony lesz: a videó előtt: 9%, a videó után: 6%
- Megsérülnek a szemei: a videó előtt: 28%, a videó után: 18%
- Meghal: a videó előtt: 45%, a videó után: 90%

Visszajelző kérdőív:

Ugyanezt a kérdést tettük fel a visszajelző kérdőívénél is (A videó megtekintése utáni, és a 3 hónappal később felvett visszajelző kérdőív elemzésére független mintás t-próbát alkalmazunk (XVIII. táblázat).

XVIII. táblázat: Összehasonlító táblázat a megrázás következtében előálló sérülésekről a videó után és a visszajelző kérdőívénél

<b>Mi történhet a babával, ha megrázzuk őt?</b>	Átlagkülönbség	Szóráskülönbség	t-érték	Szabadságfok	p-érték
Sérül az agya	0.130	0.026	5.026	482	0.000
Sérül a teste	0.240	0.042	5.658	482	0.000
Sérül a feje	0.400	0.044	9.161	482	0.000
Meghal	0.550	0.035	15.629	482	0.000
Megsérülnek a szemei	0.120	0.032	3.736	482	0.000
Vakságot okoz	0.060	0.026	2.349	482	0.019

Statisztikailag szignifikáns különbség van az alábbi kategóriák választásánál a videó után és 3 hónappal később:

- Vakságot okoz: a videó után: 10%, 3 hónappal később: 4%
- Sérül a teste: a videó után: 78%, 3 hónappal később: 54%
- Sérül az agya: a videó után: 96%, 3 hónappal később: 83%
- Sérül a feje: a videó után: 69%, 3 hónappal később: 29%
- Megsérülnek a szemei: a videó után: 18%, 3 hónappal később: 6%
- Meghal: a videó után: 90%, 3 hónappal később: 35%

A megrázás leggyakoribb oka a túlzott sírás által generált feszültség levezetése. Gyakori kérdés a szülők részéről, hogy mennyi a normál sírás. Ahhoz, hogy erre jó válaszokat tudjanak adni, felmértük, mennyire becsülik a szakemberek korosztályra bontottan a napi normál sírás mennyiségét (XIX. táblázat).

XIX. táblázat: Szakemberek becslése a csecsemők napi sírás mennyiségére vonatkozóan (N=195)

	Napi sírásmennyiség (óra)						
	n	Átlag	Szakirodalmi érték	t-érték	Szabadságfok	p-érték	Differencia
0-1 hónapos	180	2.561	3	-2.780	179	<b>0.006</b>	-0.439
1-4 hónapos	183	1.943	3	-9.593	182	<b>0.000</b>	-1.057
4-12 hónapos	178	2.997	2	1.108	177	0.269	0.997

0-1 hónapos: A megkérdezettek válaszában átlaga 2,6 óra, szakirodalomban található sírásmennyiség értékére, 3 órára elvégezve a tesztet, a statisztikai próba alapján szignifikáns különbség van a két átlag között, tehát a megkérdezettek kissé alulbecsülték a 0-1 hónapos gyermekek napi sírásmennyiségét.

1-4 hónapos: A megkérdezettek válaszában átlaga 1,9 óra, szakirodalomban található sírásmennyiség értékére, 3 órára elvégezve a tesztet, a statisztikai próba alapján szignifikáns különbség a két átlag között, tehát a megkérdezettek alulbecsülték a 1-4 hónapos gyermekek napi sírásmennyiségét.

4-12 hónapos: A megkérdezettek válaszában átlaga 2,7 óra, szakirodalomban található sírásmennyiség intervallumának középértékére, 2 órára elvégezve a tesztet, a statisztikai próba alapján nincs szignifikáns különbség a két átlag között.

A csecsemők életében szoros összefüggés van az alvás/ébredés/sírás között. Ezért fontos azt is látni, hogyan viszonyulnak ezek egymáshoz (XX. táblázat).

XX. táblázat: Szakemberek becslése a csecsemők napi alvásmennyisége kapcsán (N=195)

	Napi alvásmennyiség (óra)						
	n	Átlag	Szakirodalmi érték	t-érték	Szabadságfok	p-érték	Differencia
0-1 hónapos	195	18.3	16.5	2.670	194	<b>0.008</b>	1.8
1-4 hónapos	195	15.2	15.5	-1.532	194	0.127	-0.3
4-12 hónapos	195	12.8	13.8	-5.585	194	<b>0.000</b>	-1.0

0-1 hónapos: A megkérdezettek válaszában átlaga 18,3 óra, szakirodalomban található alvásmennyiség intervallumának középértékére, 16,5 órára elvégezve a tesztet, a statisztikai próba alapján szignifikáns különbség van a két átlag között, tehát a megkérdezettek kissé túlbecsülték a 0-1 hónapos gyermekek napi alvásmennyiségét.

1-4 hónapos: A megkérdezettek válaszában átlaga 15,2 óra, szakirodalomban található alvásmennyiség intervallumának középértékére, 15,5 órára elvégezve a tesztet, a statisztikai próba alapján nincs szignifikáns különbség van a két átlag között, tehát a megkérdezettek helyesen ítélték meg az 1-4 hónapos gyermekek napi alvásmennyiségét.



4-12 hónapos: A megkérdezettek válaszáinak átlaga 12,8 óra, szakirodalomban található alvásmennyiség intervallumának középértékére, 13,8 órára elvégezve a tesztet, a statisztikai próba alapján szignifikáns különbség van a két átlag között, tehát a megkérdezettek kissé alulbecsülték a 4-12 hónapos gyermekek napi alvásmennyiségét. A sírásra vonatkozóan a szülőknek úgy tettük fel a kérdést, hogy mennyire értenek egyet azzal, hogy a normál, egészséges csecsemők naponta 2-3 órát sírhatnak. A sírásmennyiségre adott válaszok átlagának elemzésére a videó előtt és után páros mintás t-próbát alkalmazunk (XXI. táblázat).

XXI. táblázat: Páros mintás t-próba az egészséges csecsemők sírásáról a videó megnézése előtt és után

A normál, egészséges csecsemők naponta 2-3 órát is sírhatnak. 1= egyáltalán nem értek egyet, 4=teljesen egyetértek			Átlagkülönbség	Szóráskülönbség	t-érték	Szabadságfok	p-érték
	n	Átlag					
A videó megnézése előtt	185	2.85	0.772	0.654	-10.196	181	<b>0.000</b>
A videó megnézése után	300	3.36					

Statisztikailag szignifikánsan nőtt az átlagos egyetértés az állítással a videó után: Egy 1-től 4-ig terjedő skálán, ahol az 1=egyáltalán nem értek egyet és 4=teljesen egyetértek, a videó előtt a válaszok átlaga 2,9 volt, a videó után pedig 3,4.

Majd a megnyugtató ismereteket igyekeztünk feltérképezni. Ez a segítő szakmákban dolgozók számára nagyon fontos ismerni. A kérdést úgy tettük fel, hogy Ön szerint mi lenne a helyes cselekedet, ha nap, mint nap, akár több órán át sírna a gyermeke? (XXII. táblázat)

XXII. táblázat: Szakdolgozói válaszok a síró csecsemő megnyugtására (N=195)

	Ön szerint mi lenne a helyes cselekedet, ha nap, mint nap, akár több órán át sírna a gyermeke? 5=egyérték, 1=nem értek egyet														
	Ölbe venném és sétálnék vele		Simogatnám az ágyában	Biztonságban van az ágyában, hagynám sírni	Kihívnam az orvost, hogy megvizsgálja, mert biztos van valami baja	Elvinném az ügyeletes kórházba	A férjemre/feleségemre bíznam és én kiszellőztetném a fejem, elmennék sétálni	Más segítőre (nagyszülő, babysitter, stb.) bíznam, amíg én megnyugszom	Magamhoz ölelném és énekelnék neki	Cumit adnék, hogy megnyugodjon	Segítséget (segélyvonalat) hívnék, adjanak tanácsot	Kocsiba ülnek a gyerekekkel, vagy bekapcsolnám a porszívót, mert a monoton zaj megnyugtató és elalszik	Felhívnam a barátömöt, hogy mit csináljak a gyerekekkel	Újra végig mennék a gondozási soron hátha az segít (ismét megetetném, megnézném a pelenkáját, hőmérsékletet és a nyugodt megetetném, megnézném a pelenkáját, hőmérsékletet és a nyugodt	Hagynám sírni, mert így megtanulja, hogyan kell megnyugtani magát
n	195	194	194	194	191	192	188	185	193	194	182	189	187	194	175
Átlag	<b>3.69</b>	<b>3.28</b>	1.40	2.16	1.91	2.07	1.97	<b>3.84</b>	2.93	1.96	2.35	2.19	<b>3.57</b>	1.22	
Szórás	0.607	0.798	0.685	1.000	0.908	1.055	1.040	0.417	0.905	0.971	0.960	0.952	0.674	0.453	
Variancia	0.369	0.637	0.469	1.000	0.825	1.113	1.081	0.174	0.819	0.943	0.922	0.906	0.454	0.205	
Ferdeség	-2.100	-0.977	1.945	0.275	0.643	0.413	0.553	-3.181	-0.545	0.553	0.184	0.260	-1.684	1.930	
Csúcsosság	4.323	0.498	3.902	-1.096	-0.538	-1.184	-1.058	12.971	-0.451	-0.872	-0.899	-0.933	2.972	2.957	

Az eredmények szerint az egészségügyi dolgozók egy vigasztalhatatlanul síró csecsemő esetében az alábbi sorrendben cselekednének (5=egyérték, 1= nem értek egyet – a kapott válaszok átlag szerint):

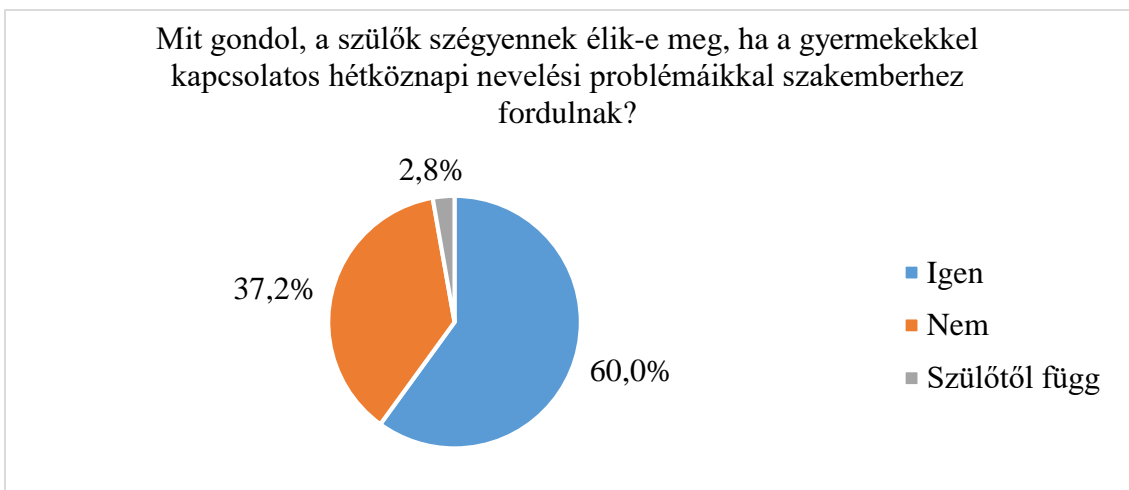
1. Magamhoz ölelném és énekelnék neki (3,84)
2. Ölbe venném és sétálnék vele (3,69)
3. Újra végig mennék a gondozási soron hátha az segít (ismét megetetném, megnézném a pelenkáját, hőmérsékletet és a nyugodt körülményeket ellenőrizném, stb.) (3,57)
4. Simogatnám az ágyában (3,28)

5. Cumit adnék neki (2,93)
6. Kocsiba ülnék, vagy fehér zajt kapcsolnék (2,35)
7. Felhívnám a barátnőmet, hogy mit csináljak (2,19)
8. Kihívnám az orvost (2,16)
9. Férjemre/feleségemre bíznom, amíg megnyugszom (2,07)
10. Más segítőre bíznom a gyereket, míg megnyugszom (1,97)
11. Segítséget/segélyvonalat hívnék (1,96)
12. Elvinném az ügyeletes kórházba (1,91)
13. Biztonságban van az ágyban, hagynám sírni (1,40)
14. Hagynám sírni, mert így megtanulja, hogyan kell megnyugtatni magát (1,22)

A megnyugtató technikák ismeretét a szülők körében is vizsgáltuk, mint a szülői, mind a visszajelző kérdőívben.

A megközelítési szempontokban vázoltak szerint, különösen elsőgyermekes családoknál igen erősen megjelenik a szorongás és a tökéletes szülő szerepnek való megfelelési kényszer. Prevenció szempontjából fontos, hogy a szakemberek mit gondolnak arról, mennyire érzik szégyenteljesnek a szülők, ha nem tudják azonnal a megoldást a hétköznapi gyermeknevelési problémákra és ezért kénytelenek szakemberhez fordulni (7 ábra).

A szakemberek 60%-a szerint a szülők szégyellik magukat, ha nem tudják megoldani a nevelési problémáikat. A szülők főleg saját szüleikhez fordulnak (első helyen megjelölt az átlaga 2,75) vagy az interneten keresnek választ (második helyem megjelölt az átlaga 2,95), esetleg barátjuktól, barátnőjüktől kérnek segítséget (harmadik helyen megjelölt, az átlaga 3,06), majd ezt követi a védőnőkhöz való fordulás 3,26, végül a házi gyermekorvoshoz 3,49-es átlaggal.



7 ábra: A szülői szégyenérzetről, ha a hétköznapi nevelési problémákat nem tudják megoldani (N=195)

Klaszterelemzést hajtottunk végre, melynek segítségével szegmentálhattuk a megkérdezettjeinket. A koefficiensek és a dendogram alapján a háromklaszteres megoldást választjuk.

Az 1. klaszterben lévők (N=28) szerint a szülők először jellemzően a saját szüleikhez, majd a barátaikhoz fordulnak segítségért. Ezt követően a házi gyermekorvoshoz, védőnőhöz fordulnak, majd az interneten próbálnak megoldást találni a problémára.

A 2. klaszterben lévők (N=110) szerint a szülők először az interneten próbálnak megoldást találni a problémára, majd a barátaikat, szüleiket kérdezik meg, ezt követően a védőnőket és a gyermekorvosokat keresik fel.

A 3. klaszterből a harmadikban lévő megkérdezettek (N=57) szerint a szülők először a házi gyermekorvost keresik fel a problémával, majd a védőnőhöz fordulnak. Csak ezek után kérdezik meg a saját szüleiket, barátaikat, vagy kezdenek el keresgélni az interneten.

A Chi-négyzet próbák alapján megállapíthattuk, hogy nincs szignifikáns különbség a korosztályok, családi állapot, településtípus, munkakör szerint abban, hogy ha a szülők nehéz helyzetben vannak a gyermekükkel és tanácsra szorulnak, kihez fordulnak segítségért (XXIII. táblázat)

XXIII. táblázat: Kitől kérnek segítséget a szülők

A tapasztalata szerint, ha a szülők nehéz helyzetben vannak a gyermekükkel és tanácsra szorulnak, kihez fordulnak segítségért? Kérem, állítsa sorrendbe őket (1-es, akihez legelőször fordulnak).	Házi gyermek orvoshoz /orvoshoz	Védőnőhöz	Saját szüleikhez	Baráthoz /barátnőhöz	Interneten keresnek választ	Civil szervezethez /csoporthoz	Egyházi szervezethez	Pszichológushoz
	n	195	195	195	195	195	195	195
Átlag	3.49	3.26	<b>2.75</b>	<b>3.06</b>	<b>2.95</b>	6.51	7.43	6.56
Szórás	1.487	1.342	1.448	1.404	1.967	0.927	0.842	1.276
Variancia	2.210	1.800	2.096	1.971	3.869	0.859	0.710	1.629
Ferdeség	-0.261	0.207	0.530	0.633	0.545	-0.356	-3.083	-1.230
Csúcsosság	-0.908	-0.262	-0.058	-0.091	-0.869	0.730	17.807	2.672

A friss szülők és a tágabb családi környezet számára kevésbé elfogadott, hogy a csecsemők ellátása, fárasztó és feszültségekkel teli időszak.

A szülői kérdőívben azt állítottuk, hogy a csecsemő ellátása frusztráló és szorongással teli lehet (XXIV. táblázat).

XXIV. táblázat: A csecsemő ellátása/gondozása frusztráló és szorongással teli lehet

A csecsemő ellátása/gondozása, frusztráló és szorongással teli lehet. 1= egyáltalán nem értek egyet, 5=teljesen egyetértek	n	Átlag	Átlagkülönbség	Szóráskülönbség	t-érték	Szabadságfok	p-érték
A videó megnézése előtt	262	2.74					
A videó megnézése után	314	2.96	-0.389	0.733	-8.595	261	<b>0.000</b>

Statisztikailag szignifikánsan nőtt az átlagos egyetértés az állítással a videó után: Egy 1-től 4-ig terjedő skálán, ahol az 1=egyáltalán nem értek egyet és 4=teljesen egyetértek, a videó előtt a válaszok átlaga 2,74 volt, a videó után pedig 2,96.

A mintabemutatásnál szülők kétharmada első gyermekét várta és közel 25% még soha nem vigyázott csecsemőre, valamint azon válaszadók, akik vigyáztak valaha gyermekekre közel 20%-uk kevesebb, mint egy hónapban egyszer csinálta ezt. Így feltételeztük azt, hogy kevés ismerettel, és még kevesebb gyakorlati tapasztalattal rendelkeznek a sírás és megnyugtató területén. Arra a kérdésre, hogy mire gondol, mi lehet az oka a csecsemő sírásának a következő válaszok születtek. A válaszok elemzésére páros mintás t-próbát használtunk. Statisztikailag különbséget találtunk a videó megnézése előtti és utáni válaszok között az alábbi kategóriákban (XXV. táblázat).

XXV. táblázat: Miért sír a baba – szülői válaszok (N=314)

Vizsgált párok	Átlag	Szórás	t-érték	Szabadságfok	p-érték
Beteg	0.016	0.353	0.800	313	0.424
Fáradt	-0.022	0.343	-1.151	313	0.250
Éhes	-0.003	0.204	-0.277	313	0.782
Elkényeztetett	0.000	0.196	0.000	313	1.000
Nedves/piszkos a pelenkája	0.073	0.316	4.104	313	<b>0.000</b>
Szenved valamitől	0.013	0.375	0.602	313	0.547
A tápszere nem megfelelő	0.006	0.400	0.282	313	0.778
Huncut	0.000	0.113	0.000	313	1.000
Rossz természete van	0.006	0.179	0.632	313	0.528
Azt akarja, hogy csak vele foglalkozzanak	0.016	0.362	0.780	313	0.436
Unatkozik	0.022	0.441	0.896	313	0.371
Boldogtalan	-0.048	0.376	-2.250	313	<b>0.025</b>
Sírós természetű	0.006	0.310	0.365	313	0.716
Makacs	0.003	0.187	0.301	313	0.764
Csak úgy sír valamiért	-0.038	0.364	-1.859	313	0.064
Türelmetlen	0.019	0.348	0.973	313	0.331
Ok nélkül sír	-0.022	0.258	-1.531	313	0.127
Karban akar lenni	0.000	0.452	0.000	313	1.000
Azért sír, mert a szülő/gondozó feszült	0.003	0.379	0.149	313	0.882
Zajos a környezete	-0.092	0.432	-3.791	313	<b>0.000</b>

Azért sír a baba, mert...

- Nedves/piszkos a pelenkája: a videó előtt: 93%, a videó után: 85%
- Boldogtalan: a videó előtt: 25%, a videó után: 30%
- Zajos a környezete: a videó előtt: 61%, a videó után: 70%

Három hónappal a szülés után felvett visszajelző kérdőív esetében a baba sírásának okaként legtöbbször az éhséget (n=134, 31,8%), a szenvedést (n=101, 23,9%) és a fáradtságot (n=96, 22,7%) jelölték meg.

A videó megtekintése utáni eredményeket összevetettük a három hónappal későbbi visszajelző kérdőív válaszaival, független mintás t-próbát alkalmaztunk (XXVI. táblázat).

XXVI. táblázat: Miért sír a baba – összehasonlító táblázat a videó utáni válaszok és a visszajelző kérdőív válaszaival között

Vizsgált válaszok	Átlagkülönbség	Szórás különbség	t-érték	Szabadságfok	p-érték
Beteg	0.790	0.031	25.537	482.000	<b>0.000</b>
Fáradt	0.330	0.037	9.014	482	<b>0.000</b>
Éhes	0.190	0.026	7.377	482	<b>0.000</b>
Elkényeztetett	0.030	0.015	1.953	482	<b>0.051</b>
Nedves/piszkos a pelenkája	0.640	0.036	17.943	482	<b>0.000</b>
Szenved valamitől	0.250	0.040	6.327	482	<b>0.000</b>
Azt akarja, hogy csak vele foglalkozzanak	0.150	0.029	5.236	482	<b>0.000</b>
Unatkozik	0.310	0.038	8.067	482	<b>0.000</b>
Boldogtalan	0.270	0.036	7.448	482	<b>0.000</b>
Csak úgy sír valamiért	0.140	0.030	4.635	482	<b>0.000</b>
Karban akar lenni	0.550	0.040	13.605	482	<b>0.000</b>
Zajos a környezete	0.680	0.036	18.969	482	<b>0.000</b>

Statisztikailag szignifikáns különbséget találtunk az alábbi kategóriák választásánál.

Azért sír a baba, mert...

- Beteg: a videó után: 85%, 3 hónappal később: 7%
- Fáradt: a videó után: 90%, 3 hónappal később: 61%
- Éhes: a videó után: 98%, 3 hónappal később: 85%
- Elkényeztetett: a videó után: 4%, 3 hónappal később: 0,6%

- Piszkos a pelenkája: a videó után: 85%, 3 hónappal később: 23%
- Szenved valamitől: a videó után: 84%, 3 hónappal később: 64%
- Azt akarja, hogy csak vele foglalkozzanak: a videó után: 16%, 3 hónappal később: 0,6%
- Unatkozik: a videó után: 35%, 3 hónappal később: 4,4%
- Boldogtalan: a videó után: 30%, 3 hónappal később: 3,2%
- Csak úgy sír: a videó után: 17%, 3 hónappal később: 3,2%
- Karban akar lenni: a videó után: 68%, 3 hónappal később: 14%
- Zajos a környezete: 70%, 3 hónappal később: 1,9%

A többi kategóriában azért nincs eltérés, mert ezeket nem tartalmazza a 3 hónappal későbbi adatfelvétel. A videó megnézése előtt és utána is rákérdeztünk a megnyugtató technikák ismeretére, valamint a visszajelző kérdőív is tartalmazott olyan kérdéseket, mely a minimál intervenció hosszú távú hatásaira enged következtetni. A videó előtti, illetve utáni válaszok elemzésére páros mintás t-próbát alkalmaztunk (XXVII. táblázat). Ennek alapján a válaszok:

XXVII.táblázat: Milyen megnyugtató technikákat ismernek a leendő szülők-páros mintás t-próba

Vizsgált párok	Átlag	Szórás	t-érték	Szabadságfok	p-érték
Megetetem	-0.121	0.528	-4.058	313	<b>0.000</b>
Ellenőrzöm a pelenkáját, ha kell, tisztába teszem	0.287	0.531	9.568	313	<b>0.000</b>
Ringatom, hordozom, nyugodtabb helyre viszem	0.083	0.649	2.261	313	<b>0.024</b>
Kézbe/ölebe veszem	0.283	0.505	9.949	313	<b>0.000</b>
Énekelek neki és/vagy beszélek hozzá, próbálok elterelni a figyelmét	0.182	0.447	7.190	313	<b>0.000</b>
Magamhoz ölelem, simogatom	0.064	0.426	2.651	313	<b>0.008</b>
Friss levegőre viszem és sétálok vele	-0.366	0.508	-12.767	313	<b>0.000</b>
Átgondolom, mire lenne szüksége	0.029	0.185	2.742	313	<b>0.006</b>
Bohóckodok neki, játszom vele	-0.194	0.442	-7.788	313	<b>0.000</b>
Bekapcsolom a TV-t/zenélős játékot	0.013	0.112	2.010	313	<b>0.045</b>
Ellenőrzöm, nem szorítja-e a ruhája, nincs melege, nem fázik-e	-0.092	0.341	-4.804	313	<b>0.000</b>
Megnyugtatom/elaltatom	0.057	0.344	2.956	313	<b>0.003</b>
Orvoshoz viszem	0.003	0.126	0.447	313	0.655
Lázat mérek	0.016	0.246	1.148	313	0.252



Cumit adok neki	-0.086	0.369	-4.126	313	<b>0.000</b>
Odaadom, vagy segítséget kérek szülőpáromtól, más rokontól vagy baráttól	-0.076	0.349	-3.879	313	<b>0.000</b>
Alapzajt generálok	0.010	0.097	1.738	313	0.083
Pólyázom	-0.041	0.215	-3.413	313	<b>0.001</b>
Tornáztatom, masszírozom	-0.073	0.306	-4.241	313	<b>0.000</b>

Statisztikailag szignifikáns különbség van az alábbi kategóriák választásánál a videó előtt és után:

Amikor a baba nem hagyja abba a sírást...

- Megetetem: a videó előtt: 73%, a videó után: 86%
- Ellenőrzöm a pelenkáját, ha kell, tisztába teszem: a videó előtt: 46%, a videó után: 17%
- Ringatom, hordozom, nyugodtabb helyre viszem: a videó előtt: 43%, a videó után: 35%
- Kézbe/ölbé veszem: a videó előtt: 43%, a videó után: 15%
- Énekelek neki és/vagy beszélek hozzá, próbálom elterelni a figyelmét: a videó előtt: 27%, a videó után: 9%
- Magamhoz ölelem, simogatom: a videó előtt: 16%, a videó után: 10%
- Friss levegőre viszem és sétálok vele: a videó előtt: 5%, a videó után: 42%
- Átgondolom, mire lenne szüksége: a videó előtt: 4%, a videó után: 0,6%
- Bohóckodok neki, játszom vele: a videó előtt: 4%, a videó után: 24%
- Bekapcsolom a TV-t/zenélős játékot: a videó előtt: 2%, a videó után: 0,3%
- Ellenőrzöm, nem szorítja-e a ruhája, nincs melege, nem fázik-e: a videó előtt: 3%, a videó után: 13%
- Megnyugtatom/elaltatom: a videó előtt: 11%, a videó után: 5%
- Cumit adok neki: a videó előtt: 3%, a videó után: 12%
- Odaadom, vagy segítséget kérek szülőpáromtól, más rokontól vagy baráttól: a videó előtt: 3%, a videó után: 12%
- Pólyázom: a videó előtt: 0,3%, a videó után: 5%
- Tornáztatom, masszírozom: a videó előtt: 2%, a videó után: 10%.

A videó megtekintése utáni, és a 3 hónappal később felvett visszajelző kérdőív elemzésére független mintás t-próbát alkalmazunk (XXVIII. táblázat). A visszajelző kérdőív eredményei:

XXVIII. táblázat: Mit tesznek a szülők, ha vigasztalhatatlanul sír a gyermekük-  
független mintás t-próba (N=314)

<b>Mit tesz, ha a baba nem hagyja abba a sírást?</b>	<b>n</b>	<b>teljes %</b>	<b>%</b>
Ringatom, hordozom, nyugodtabb helyre viszem	77	20.6%	45.8%
Megetetem	63	16.9%	37.5%
Énekelek neki és/vagy beszélek hozzá, próbálom elterelni a figyelmét	49	13.1%	29.2%
Megnyugtatom/elaltatom	38	10.2%	22.6%
Átgondolom, mire lenne szüksége	34	9.1%	20.2%
Magamhoz ölelem, simogatom	26	7.0%	15.5%
Ellenőrzöm a pelenkáját, ha kell, tisztába teszem	24	6.4%	14.3%
Kézbe/ölbe veszem	17	4.6%	10.1%
Odaadom, vagy segítséget kérek szülőpáromtól, más rokontól vagy baráttól	13	3.5%	7.7%
Bohóckodok neki, játszom vele	9	2.4%	5.4%
Friss levegőre viszem és sétálok vele	6	1.6%	3.6%
Ellenőrzöm, nem szorítja-e a ruhája, nincs melege, nem fázik-e	4	1.1%	2.4%
Orvoshoz viszem	4	1.1%	2.4%
Lázat mérek	3	0.8%	1.8%
Cumit adok neki	2	0.5%	1.2%
Alapzajjt generálok	2	0.5%	1.2%
Tornáztatom, masszírozom	2	0.5%	1.2%

A videó megtekintése utáni, és a 3 hónappal később felvett visszajelző kérdőív elemzésére független mintás t-próbát alkalmazunk (XXIX. táblázat).

XXIX. táblázat: Megnyugtatósi technikák - összehasonlító táblázat a videó megnézése utáni és a visszajelző kérdőív válaszai alapján – független mintás t-próba

Vizsgált válaszok	Átlagkülönbség	Szóráskülönbség	t-érték	Szabadságfok	p-érték
Megetetem	0.480	0.039	12.414	482.000	0.000
Ellenőrzöm a pelenkáját, ha kell, tisztába teszem	0.030	0.035	0.861	482	0.390
Ringatom, hordozom, nyugodtabb helyre viszem	-0.110	0.046	-2.386	482	0.017
Kézbe/ölbbe veszem	0.040	0.032	1.257	482	0.210
Énekelek neki és/vagy beszélek hozzá, próbálom elterelni a figyelmét	-0.200	0.033	-5.976	482	0.000
Magamhoz ölelem, simogatom	-0.050	0.031	-1.630	482	0.104
Friss levegőre viszem és sétálok vele	0.370	0.039	9.429	482	0.000
Átgondolom, mire lenne szüksége	-0.190	0.023	-8.110	482	0.000
Bohóckodok neki, játszom vele	0.180	0.035	5.165	482	0.000
Ellenőrzöm, nem szorítja-e a ruhája, nincs melege, nem fázik-e	0.100	0.027	3.741	482	0.000
Megnyugtatom/elaltatom	-0.170	0.029	-5.918	482	0.000
Orvoshoz viszem	-0.010	0.011	-0.881	482	0.379
Lázat mérek	0.010	0.015	0.649	482	0.517
Cumit adok neki	0.110	0.026	4.310	482	0.000
Odaadom, vagy segítséget kérek szülő páromtól, más rokontól vagy baráttól	0.030	0.028	1.073	482	0.284
Tornáztatom, masszírozom	0.090	0.023	3.852	482	0.000

Statisztikailag szignifikáns különbség van az alábbi kategóriák választásánál a videó után és 3 hónappal később:

Amikor a baba nem hagyja abba a sírást...

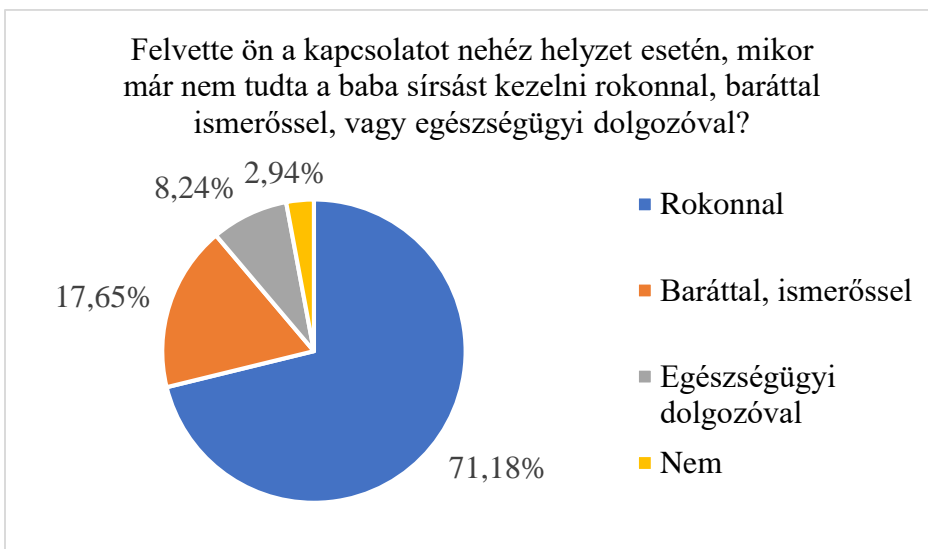
- Megetetem: a videó után: 86%, 3 hónappal később: 38%
- Ringatom, hordozom, nyugodtabb helyre viszem: a videó után: 35%, 3 hónappal később: 46%

- Énekelek neki és/vagy beszélek hozzá, próbálom elterelni a figyelmét: a videó után: 9%, 3 hónappal később: 29%
- Friss levegőre viszem és sétálok vele: a videó után: 42%, 3 hónappal később: 4%
- Átgondolom, mire lenne szüksége: a videó után: 0,6%, 3 hónappal később: 20%
- Bohóckodok neki, játszom vele: a videó után: 24%, 3 hónappal később: 5%
- Megnyugtatom/elaltatom: a videó után: 5%, 3 hónappal később: 23%
- Cumit adok neki: a videó után: 12%, 3 hónappal később: 1%
- Odaadom, vagy segítséget kérek szülőpáromtól, más rokontól vagy baráttól: a videó után: 12%, 3 hónappal később: 8%

Végül megkérdeztük a szülőket, hogy mit tudnak tenni saját magukkal, ha a csecsemő sírásától frusztráltak lesznek (visszajelző kérdőív).

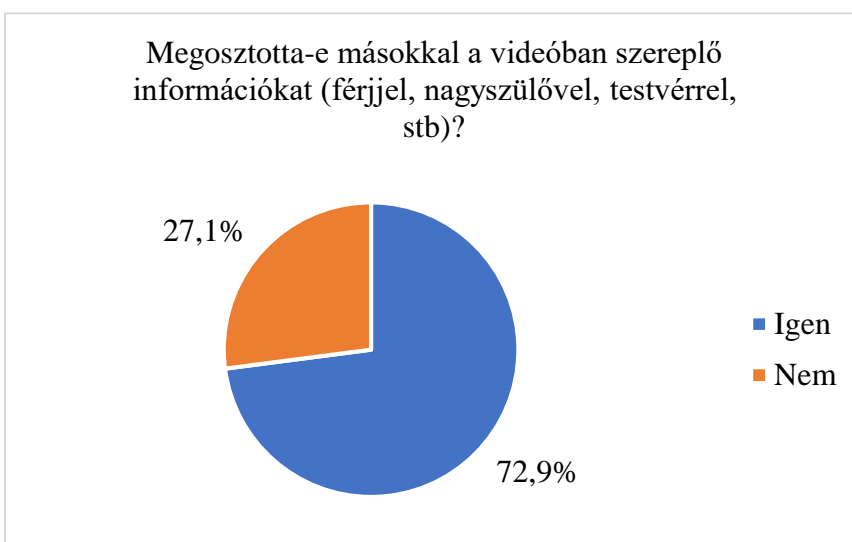
Visszajelző kérdőív szerint a legtöbben 47,6% (n=79) segítséget kérnek a párjuktól vagy szülőktől, vagy megpróbálnak maguk lenyugodni 39,8% (n=66). A válaszadók 7,2 %-a nem szoktak feszültek lenni és ugyancsak 7,2%-ban (n=12) választottak konstruktív megoldási formát a feszültségük levezetésére - eltávolodnak a gyermektől, illetve beraknak egy nyugtató zenét. Azonban a válaszadók 4,2%-(n=7) a tehetetlen a helyzettel (sírok) vagy kevésbé konstruktív módszert választ - alkoholt iszik 1,2% (n=2) vagy hagyja a gyermeket sírni 0,6% (n=1).

A prevenció szempontjából fontos momentum a segítség kérése és elfogadása, valamint az ismeretek megosztásának képessége/szándéka. A válaszadók jelentős része rokonnal vette fel a kapcsolatot. Kevesebb, mint 10% volt azok aránya, akik az egészségügyi személyzettől kértek segítséget (8 ábra).



8 ábra: Kivel vette fel a kapcsolatot, amikor nem tudta kezelni a baba sírását? (N=170)

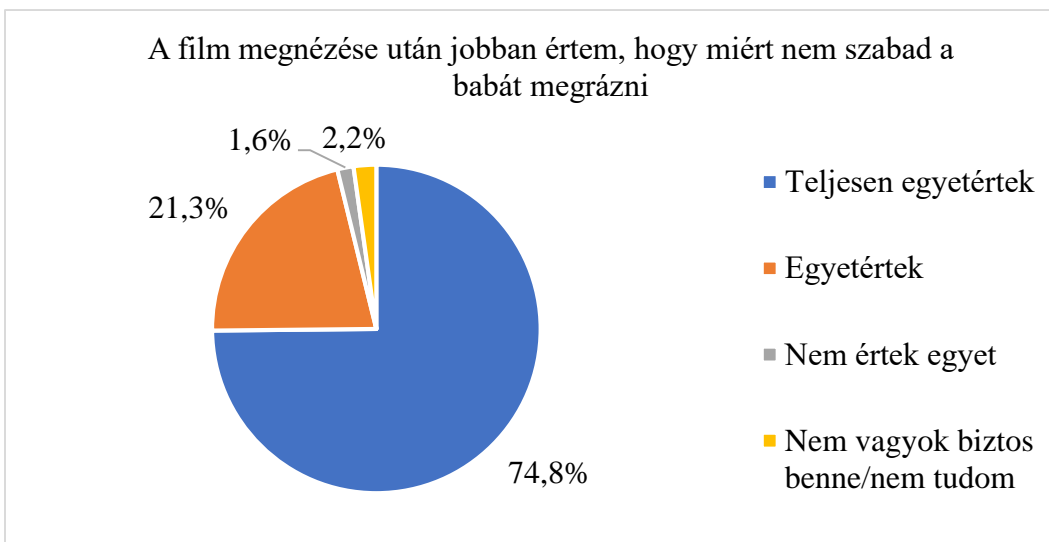
A megosztásra vonatkozóan a válaszadók közel háromnegyede (72,9%) fontosnak tartotta megosztani a megszerzett információkat (9 ábra). Az információkat 98%-ban hasznosnak tartották (10 ábra). Közel 75%-a a válaszadóknak a kisfilm megnézése után jobban érti miért nem szabad megrázni a csecsemőket (11. ábra).



9 ábra: A megosztási hajlandóságról (N=170)



10 ábra: A videó hasznosságáról (N=314)



11 ábra: Az edukációs kisfilm hatása a megrázás veszélyességének megítélésére (N=314)

Bár már 2009-óta hozzáférhető Magyarországon a magyar nyelvű animációs kisfilm és 2011-ben védőnőknek országos képzést tartottunk a válaszadó szülők többsége (96,82%) nem találkozott a kisfilmmel és a programmal sem. Bár a megadott válaszok között kétszer is szerepelt a védőnő által való bemutatás (várandósság alatt és a gyermekágyas időszakban) senki nem jelölte meg ezt a választ.

XXX. táblázat: Az edukációs kisfilm ismertsége a várandósok és társaik körében (N=314)

<b>Korábban látta valahol ezt a videót?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Magamtól találtam rá, de már nem emlékszem, hol	2	0.64%
Tanulmányaim során bukkantam rá	3	0.96%
Igen, a szülés előtti felkészítésen mutatták	3	0.96%
Igen, Facebookon	2	0.64%
Nem láttam	304	96.82%

Végül a hol látta a videót kérdésre a többség a kutatást jelölte meg, ahol az első körös adatfelvételnél levetítettük a kisfilmet (XXX. táblázat).

A visszajelző kérdőívben lehetőséget adtunk hosszabb szöveges válasz kifejtésére is. Három hónap elteltével a válaszadók 40,6%- a emlékezett a megrázás egészségügyi károsodásaira, közel 30% értékelte úgy, hogy kapott hasznos információt a sírás okozta stressz kezeléséhez , azonban 14,1%-a a válaszadóknak nem emlékezett konkrét üzenetekre vagy úgy értékelte nem kapott új információt (XXXI. táblázat)

XXXI.táblázat: Visszajelző kérdőív – információk hasznossága (N=170)

<b>Fel tudja eleveníteni melyik információ volt az Ön számára hasznos? Ha igen kérem, írja le pár mondatban!</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Milyen egészségügyi károsodásokat okozhat a rázás	69	40.6%
Jobban értem, miért sír a gyermek és hasznos információkat kaptam arról, hogyan kezeljem	35	20.6%
Nem kaptam új információt, vagy nem emlékszem konkrétumra	24	14.1%
Nem szabad rázni a babát	23	13.5%
Mit tegyek, ha már nem bírom a nyomást	12	7.1%
Minden hasznos volt a videóban	7	4.1%

H3:

Végül arra kerestük a választ, hogy hol találkozik az egészségügyi dolgozók információ szerzési és átadási lehetőségük a szülők információ szerzési területeivel. Továbbá vizsgáltuk, hogy a védőnők milyen keretek között, milyen feltételek megléte mellett

tudnák elképzelni a várandós gondozásba integrálását egy speciális bántalmazás megelőzési programnak. A válaszadók több, mint fele kollégákat (a válaszadók 63.1%-a, az összes válaszon belül 20.6% az aránya) és szakértőket (a válaszadók 58.5%-a, az összes válaszon belül 19.1% az aránya) kérdez meg, ha gyermeknevelési kérdésekben elbizonytalanodik (XXXII. táblázat). Feltételezésünk szerint az információhoz jutást befolyásolhatja az életkor ezért Chi négyzet próbát alkalmaztunk és a legtöbb forrásnál nem találtunk szignifikáns különbséget az életkori kategóriákon belül (XXXIII. táblázat).

XXXII.táblázat: Szakdolgozók szakmai ismereteinek forrásai (N=195)

<b>Kérem, jelölje be milyen forrásokat használ ismeretei felfrissítésére, ha gyermeknevelési kérdésekben elbizonytalanodik!</b>	n	total %	%
Megkérdezek kollégákat	123	20.6%	63.1%
Megkérdezek szakértőket	114	19.1%	58.5%
A leggyorsabb az internet, ezt használom	93	15.6%	47.7%
Régebbi, bevált könyveim megvannak, azokat használom	84	14.0%	43.1%
Heti szinten olvasok szakirodalmat, jól tájékozottnak érzem magam	48	8.0%	24.6%
Segítő oldalakat keresek meg és ott kérdezek	45	7.5%	23.1%
Keresek csoportokat, akik hasonló érdeklődésűek, csatlakozom, kérdezek	42	7.0%	21.5%
Laikusoktól is sok használható választ kapok	38	6.4%	19.5%
Egyéb	11	1.8%	5.6%

XXXIII. táblázat: Szakdolgozók szakmai ismereteinek forrása – kollegák közötti kommunikáció

**Chi-négyzet próba**

	Érték	Szabadságfok	p-érték
Régebbi, bevált könyveim megvannak, azokat használom	6.328	4	0.176
Heti szinten olvasok szakirodalmat, jól tájékozottnak érzem magam	6.580	4	0.160
A leggyorsabb az internet, ezt használom	7.503	4	0.112
Megkérdezek kollégákat	9.705	4	<b>0.046</b>
Megkérdezek szakértőket	6.548	4	0.162
Laikusoktól is sok használható választ kapok	3.464	4	0.483
Segítő oldalakat keresek meg és ott kérdezek	2.025	4	0.731
Keresek csoportokat, akik hasonló érdeklődésűek, csatlakozom, kérdezek	3.275	4	0.513
Egyéb	1.088	4	0.896



Azonban szignifikáns különbséget találtunk az életkori kategóriák szerint abban, hogy megkérdezik-e a kollégáikat, ha nem tudnak valamit: Legnagyobb arányban (81%) a 18-27 évesek jelölték ezt az opciót, majd őket az 58 év felettiak követték (76.2%). Egyedül a 28-37 év közöttiek kevesebb, mint fele jelölte, hogy a kollégáiktól informálódik szakmai kérdésekben (XXXIV. táblázat).

XXXIV. táblázat: Szakdolgozók ismeretei az internetes szakmai oldalakról (N=195)

		Ön hány éves most?				
		18-27 év	28-37 év	38-47 év	48-57 év	58 év felett
Megkérdezek kollégákat	n	17	14	36	40	16
	%	<b>81.0%</b>	45.2%	58.1%	66.7%	<b>76.2%</b>

Az ismeretek szerzésének fő területe az internetes szakmai oldalak, melyek ismerete a szakdolgozók körében fontos lenne. A gyermekbántalmazás megelőzése kapcsán a legtöbben a gyermekbántalmazas.hu weboldalt ismerik (29 fő az összes válaszadó 33,3%-a), majd az ANTSZ és UNICEF oldala (13-13 fő az összes válaszadó 14,9%-a) és végül az Ifjúsági lelki elsősegély oldala (12 fő az összes válaszadó 13,8%-a). Életkori bontásban a weboldalak ismertségénél megállapítható, hogy az 58 év feletti megkérdezettek 66,7%-a nem ismer ilyen oldalt (9. számú melléklet)

Gyermeknevelési kérdésekben az egészségügyi dolgozók nagyrészt a szuloklapja.hu-t, a babaszoba.hu-t, gyermeknevelis.hu-t és a gyermekpszichológusok oldalait ismerik és tartják hitelesnek gyermeknevelési kérdésekben. Az életkorral való összevetésben az 58 év feletti megkérdezettek 57%-a, míg a 28-37 év közöttiek 54,8%-a nem ismer ilyen oldalt. Munkakör szerint a gyermekápolók 58, míg a szülésznők 55%-a nem ismer ilyen oldalt. (10. számú melléklet).

A szülőségre felkészítő és szülőtámogató programok ismertsége szakemberek körében elsősorban a Baba-mama és szülői klubok (44,2% és a szülés felkészítő tanfolyamok (23,3%) területén jelenik meg. Életkori bontásban azonban láthatjuk, hogy az 58 év feletti megkérdezettek 60%-a, míg a 28-37 év közöttiek 74,2%-a nem ismer ilyen programot.

Munkakör szerinti bontásban pedig a gyermekápolók 67,3, míg a szülésznők 55%-a nem ismer ilyen programot (11. számú melléklet)

Szülők körében azt a kérdést tettük fel, hogy milyen ötletük lenne, hogy a videó hol jelenhetne meg. Az adatok szerint elsöprő mértékben, 55,7%-ban a közösségi médiát jelölték meg a válaszadók. Másodsorban a terhesgondozás jelent meg és a szülésfelkészítő tanfolyamok, a harmadik leggyakoribb javaslat pedig a tévé csatornák voltak (XXXV. táblázat).

XXXV. táblázat: Szülői válaszok az intervenció videófilm megjelenési felületeiről (N=314)

**Van esetleg pár ötlete, hogy az Ön által látott videó hol jelenhetne még meg?**

	n	total %	%
Közösségi médiában (pl. Facebook csoportok, Instagram)	151	31.5%	55.7%
Terhesgondozás / Szülésfelkészítő	76	15.8%	28.0%
Tévécsatornákon, pl. amelyeket a baba megnyugtására kapcsolnak be	63	13.1%	23.2%
Rendelők várótermeiben	45	9.4%	16.6%
Baba-mama weboldalakon	38	7.9%	14.0%
Youtube	37	7.7%	13.7%
Védőnők által kiküldött anyag része lehetne	22	4.6%	8.1%
Középiskolai oktatás keretein belül	18	3.8%	6.6%
Bababoltok oldalain vagy bababoltokban reklám TV-n	12	2.5%	4.4%
Baba elsősegély tanfolyamokon	6	1.3%	2.2%
Újságokban	5	1.0%	1.8%
Mozikban filmek előtt	3	0.6%	1.1%
Babarendezvényeken, pl. Babaexpon	3	0.6%	1.1%
Szülészeti osztályon megmutatnám a kismamáknak	1	0.2%	0.4%

Végül nagyon jelentős mozzanata a kutatásnak a prevenció programok integrálásának keretei. Ezért megkérdeztük a szakdolgozókat arról, hogy ismerik-e a korábbi programot? A szakdolgozók több, mint egyharmada ismeri, de nem használja, több mint, a fele nem ismeri a programot és kevesebb, mint 10% ismeri és használja is a várandósgondozásban. A válaszadók harmada ugyan nem hallott a programról, de szeretné megismerni (XXXVI. táblázat).

XXXVI.táblázat: Szakdolgozók ismeretei a magyar nyelvű „Sose rázd a kisbabádat” programról (N=195)

<b>Ismeri Ön a "Sose rázd a kisbabádat" programot?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hallottam róla, de nem használom	73	37.4%
Nem hallottam róla, de szeretném megismerni	61	31.3%
Nem ismerem, nem hallottam róla	45	23.1%
Igen, ismerem, használom a várandós gondozásban	16	8.2%

Fontos szempont, milyen feltételek mentén tudják elképzelni a program beillesztését a munkájukba, milyen legyen a program, hogy az hatékony ismeretátadást eredményezzen (XXXVII. táblázat).

XXXVII. táblázat: Hatékony szülőséget támogató programok átadásának feltételei – szakdolgozói vélemények (N=195)

<b>Ön szerint mi kell ahhoz, hogy egy szülőséget támogató tanfolyam hatékony legyen? 1=egyáltalán nem fontos, 5=nélkülözhetetlen</b>	<b>Legyenek demonstrációs eszközök</b>	<b>Kis erőfeszítéssel legyen elérhető (pl. 1 órán belül) a helyszín</b>	<b>A foglalkozások ne legyenek hosszabbak, mint 1,5 óra</b>	<b>Legyen lehetőség gyermekmegőrzésre</b>	<b>Legyen lehetősége a szülőknek a gyakorlati feladatokat gyakorolni</b>	<b>Interaktív, színes legyen a foglalkozás</b>	<b>Legyen az apákkal/nagyszülőkkel közös a program</b>	<b>Kapjanak írásos anyagot</b>	<b>Fix időpontban legyen, mindig ugyanakkor</b>
<b>n</b>	193	194	194	192	193	194	194	193	191
<b>Átlag</b>	3.67	3.78	3.63	3.89	<b>4.03</b>	<b>4.11</b>	3.75	3.66	3.23
<b>Szórás</b>	1.119	0.890	0.979	0.940	0.895	0.866	1.014	1.049	1.109
<b>Variancia</b>	1.252	0.792	0.959	0.883	0.801	0.750	1.029	1.100	1.231
<b>Ferdeség</b>	-0.319	-0.362	-0.214	-0.162	-0.370	-0.502	-0.498	-0.275	0.024
<b>Csúcsosság</b>	-0.929	-0.353	-0.659	-1.193	-1.010	-0.806	-0.212	-0.782	-0.870

A megkérdezettek szerint ahhoz, hogy egy szülőséget támogató tanfolyam hatékony legyen, nagyon fontos, hogy legyen lehetősége a szülőknek a gyakorlati feladatokat

végezni, illetve, hogy interaktív, színes legyen a foglalkozás, valamint a szülők számára kényelmes, biztonságos legyen.

XXXVIII. táblázat: Szakdolgozói vélemények a prevenciós programok milyenségéről (N=195)

	Mit gondol, a szülőknek szóló primer prevenciós programoknak milyennek kellene lenniük?	Hiteles információkat kapjanak a szülők	Hiteles személy legyen az előadó	Általános információk kerüljenek átadásra, melyeket mindenki megért	Az információk legyenek egyediek, célcsoportra optimalizáltak	A programok legyenek univerzálisak, hogy az alacsonyabbban iskolázottak is értsek	A különböző tudásszinten állóknak más információ kell	Módszertanilag legyen megalapozott	Folyamatosnak kellene lennie (pl. kétéhetente más-más témával)	Egy-egy témára fókuszálva, alkalmanként kellene megszervezni	Kiscsoportos foglalkozások hatékonyabban (max. 10 fő)	Nagyobb előadások jobbak	Rövid előadás után interaktív foglalkozások legyenek	Tudjanak a résztvevők az előadás után, akár napokkal is kérdezni
n	195	195	194	195	192	192	195	195	190	194	190	192	193	
Átlag	<b>4.67</b>	<b>4.59</b>	4.02	3.86	3.95	3.71	<b>4.29</b>	3.48	3.06	3.98	<b>1.99</b>	3.71	4.01	
Szórás	0.514	0.580	0.845	0.853	0.902	1.038	0.766	1.037	1.022	0.849	0.920	0.903	0.845	
Variancia	0.265	0.336	0.715	0.728	0.814	1.077	0.587	1.076	1.044	0.720	0.846	0.815	0.714	
Ferdesség	-	-	-	-	-0.805	-	-	-	-	-	0.886	-	-	
	1.165	1.078	0.663	0.535		0.726	1.097	0.260	0.097	0.793		0.424	0.639	
Csúcsosság	0.277	0.179	0.469	0.296	0.656	0.292	1.967	-	-	0.800	0.499	0.062	0.441	
								0.622	0.550					

A szakdolgozók leginkább a szakmai hitelességet, a módszertanilag megalapozott tananyagokat tartják fontosnak, de az átadó személy, szakember tekintetében is ezt tartják fontosnak. Egy fontos módszertani kérdésről szintén érdeklődtünk. Ez pedig a tananyagok célcsoportra optimalizálásának kérdése. Ebben a kérdésben a szakdolgozók inkább úgy gondolták, hogy az univerzális tananyagok hatékonyabban. A nagyobb előadások pedig egyáltalán nem tartották előnyösnek (XXXVIII. táblázat).

Egy bántalmazás megelőzési prevenció program bevezetéséhez elengedhetetlen a szakemberek alapos felkészítése. Ezt ők is így érzik. A válaszok alapján főleg szakanyagra, szakértővel való konzultáció lehetőségére, és demonstrációs eszközökre lenne szükségük, de jelentős arányban várnak módszertani támogatást is a prevenció program tartásához (XXXIX. táblázat).

XXXIX. táblázat: Milyen támogatást szeretnének a szakemberek a bántalmazás prevenció munkához (N=195)

<b>Szakemberként Ön milyen segítségnek örülne, ha prevenció programot kellene tartania?</b>	<b>n</b>	<b>teljes %</b>	<b>%</b>
Álljon a rendelkezésemre szakanyag	161	23.2%	82.6%
Tudjak konzultálni szakértővel	156	22.4%	80.0%
Legyenek demonstrációs eszközeim	145	20.9%	74.4%
Módszertani támogatást szeretnék	120	17.3%	61.5%
Legyenek speciális, módszertani továbbképzések	110	15.8%	56.4%
Egyéb	3	0.4%	1.5%

Az szülőségre felkészítő képzések szervezéséhez a megkérdezettek véleménye szerint főleg pszichológusokat, védőnőket és gyermekorvosokat kellene bevonni, de nem idegenkednének egyéb civil/egyházi szervezetek szakembereinek bevonásától sem (XL. táblázat).

XL. táblázat: Egyéb szakemberek bevonásának arányai a szülőségre való felkészítési programokban (N=195)

<b>Ön szerint, egy szülőséget támogató programban milyen szakemberek vegyenek részt?</b>	<b>n</b>	<b>teljes %</b>	<b>%</b>
Pszichológusok	189	21.3%	96.9%
Védőnők	174	19.6%	89.2%
Gyermekorvosok	159	17.9%	81.5%
Civil/önsegítő szervezetek munkatársai	98	11.1%	50.3%
Egyházi szervezetek mentálhigiénés szakemberei	83	9.4%	42.6%
Szülésznők	77	8.7%	39.5%
Más szakemberek (pl. dúlák)	49	5.5%	25.1%
Szülész orvosok	47	5.3%	24.1%
Egyéb	10	1.1%	5.1%

Végül rákérdeztünk arra, hogy ha lenne speciális módszertanon alapuló SBS prevenció program, akkor be tudnák-e építeni a saját munkájukba? A válaszadók egyharmada mondta, hogy ha a feltételek adottak lennének, be tudná építeni, további 30% nyilatkozta, hogy többet kellene tudnia a programról ahhoz, hogy döntést tudjon hozni és csak 9% nyilatkozott úgy, hogy a túlterheltség miatt nem lenne erre ideje (XLI. táblázat).

XLI. táblázat: A speciális SBS program beépítésének lehetősége – szakdolgozói vélemények (N=195)

<b>Ha lenne speciális SBS prevenció program, akkor azt be tudná építeni a munkájába?</b>	<b>n</b>	<b>teljes %</b>	<b>%</b>
Ha a feltételek adottak lennének, akkor igen	62	31.8%	33.0%
Nem tudom, lehetséges, többet kellene tudnom a programról	56	28.7%	29.8%
Igen, fontosnak tartom	53	27.2%	28.2%
Nem, mert így is túl vagyunk terhelve, erre már nem lenne idő	17	8.7%	9.0%

## 7 Megbeszélés

**Kutatásunk első részében** arra kerestük a választ, hogy az egészségügyi szakdolgozókat milyen szocioökonómiai és személyes tapasztalatok befolyásolják a gyermekbántalmazáshoz való viszonyulásukat, mit gondolnak mennyire előzhető meg a bántalmazás, tudnak-e ez ellen a saját munkakörükben tenni.

Kutatásunk szakdolgozókra vonatkozó felmérésének első részében a gyermekbántalmazásra, mint társadalmi jelenségre, ahhoz való viszonyulásukra kerestük a választ. Vizsgálatunk beleütközött számos olyan problémába, melybe minden kutató beleütközik. Ezek közül a legjelentősebbnek tekintettük a definíciós problémákat és az esetek minősítéseit (Solt, 2018a), valamint a statisztikai adatok diszkrépanciáját. Fontosnak értékeltük a hazai szakirodalomban fellelhető további problémákat, úgy, mint a jelenség társadalmi rejtettséget, a tabukat, az elhallgatásokat, az átkeretezéseket, a bántások elfogadhatóságát és a családi élet szentségének védelmét (Herczog 2007). A nemzetközi szakirodalommal egyetértve a bántalmazás társadalmi kontextusainak vizsgálata bonyolult és minden részterület feltárása újabb problémákra világít rá (Zigler & Hall, 1989).

Számos okból feltételeztük azt, hogy az egészségügyi szakdolgozók közömbösek, háritóak a témával kapcsolatban Ezek közé tartozott az

- Az egészségügyi (és szociális) rendszer elavult és rigid szerkezete
- a szakdolgozók hiánya és túlterheltsége a rendszerben
- a társadalomban előforduló esetek nagy száma
- a társadalmi ingerküszöb megemelkedése, és az általános társadalmi „megegyezés” bizonyos bántalmazási formák elfogadásáról (Révész & László, 2004)

Az, hogy felszínre kerül-e egy eset az a jelzőrendszer tagjainak tudásán, beállítódásán és a bántalmazás témaköréhez való viszonyulásán múlik (Garai, 2019).

A gyermekbántalmazás jelenségét inkább súlyosnak (átlag 3.92, szórás 1.047), és inkább gyakorinak (átlag 3.61, szórás 0.775), valamint az társadalmi megítélését inkább elfogadónak (átlag 2.6, szórás 1.007) és a bírósági ítéleteket inkább enyhének tartották (átlag 2.5, szórás 1.047). Válaszadóink körében így nem láttuk, hogy a téma iránt közömbösek lennének, inkább úgy ítéltük meg, hogy érzékelik és fontos problémának tartják, de a társadalom magas ingerküszöbe miatt bizonyos bántalmazási formákat

elfogadhatónak tartanak. Nem találtunk összefüggést a válaszadók életkora (a válaszadók átlagéletkora 39 év SD:  $\pm 1.15$  év) és a bántalmazás megítélése között, pedig azt feltételeztük, hogy a korábban elfogadott nevelési/figyelmeztetési módszerek változása erre hatással lesz. Feltehetően a minta viszonylag kis esetszáma és a hasonló szocializációs körülmények, az egyéb szociometriai mutatók (társadalmi réteg, jövedelem, családi állapot, stb.) indokolhatták ezt az eredményt. Nem tudtuk vizsgálni, hogy a nemi szerepeknek van-e befolyásoló hatása a bántalmazás megítélésére, mert a mintában nagyon alacsony volt a férfi kitöltők száma ( $n=5$ , 2,6%). Szignifikáns különbséget találtunk a bántalmazás megítélésében az iskolai végzettség és a munkakör szerint. Az alacsony iskolai végzettségűek szerint csak a szélsőséges példák minősültek bántalmazásnak, míg a magasabb iskolai végzettségűeknél szinte minden bántalmazásnak minősült. Figyelemre méltónak találtuk a gyermekápolók ( $n=18$ , 32,7%) és a szülésznők csoportját ( $n=4$ , 20%), akik szerint csak a szélsőséges példák minősülnek bántalmazásnak. Az alacsonyabb iskolai végzettségűeknél gyermekkorukban inkább a szigorúbb nevelési eszközök domináltak, azonban ezek előfordultak a magasabban iskolázottak körében is. Azonban minden vizsgált csoportnál azt találtuk, hogy felnőttkorukban ezeket a módszereket inkább elfogadhatatlannak tartják és vannak jobb módszerek, melyeket a saját gyermekeik fegyelmezésekor használnak ( $n=162$ , átlag 3,14). Összességében inkább a pozitív nevelési eszközöket (helyreállítás, megbeszélés) részesítették előnyben.

A kutatásunkban résztvevő szakdolgozók – annak ellenére, hogy eredményeink nem tekinthetők reprezentatívnak – igazolták feltevésünket és a szakmai szabályok elméleti ismeretére vonatkozóan. A jelzőrendszeri köteleességek megtételekor minden vizsgált szakdolgozói kategóriánál a cselekvéskor jellemzően az utolsó helyre került a „Semmit, mert nem tudok megbizonyosodni a gyermek állításának valódiságáról” válasz. Ezt fontosnak ítéltük, mert az összes szakdolgozói csoport jelzőrendszeri feladatai közé a jelzés tartozik, függetlenül attól, hogy az eset valóságtartalma mennyi. Ennek eldöntése az intézkedésre jogosult szervezet feladata.

Jelzési hajlandóság esetében nem találtunk különbséget az életkor, iskolai végzettség, családi állapot szerint. Azonban a jelzési kötelezettségüket befolyásolja az iskolai végzettségük a munkahely településtípusa és a munkakör kategóriái. A falvakban és a fővárosban dolgozók intézkedésük során először jelentenek a Család és Gyermekjóléti



Szolgálat felé és csak utána beszélnek a szülővel, illetve a gyermekkel. A megyeszékhelyeken és más városokban dolgozók fele-fele arányban választották az azonnali jelzést a Család és Gyermekjóléti Szolgálat felé vagy a következő intézkedési sort, melynek első lépéseként közvetlenül a gyermekkel beszélnének, és megpróbálnának segíteni neki. Ezt követően a kollégákhoz fordulnának, hogy megbeszéljék, a gyermek számára mi a leghasznosabb intézkedés. Jellemzően ezek után beszélnének csak a szülővel és csak ezt követően fordulnának segítő szervezetekhez, illetve jeleznék a dolgot a Család és Gyermekjóléti Szolgálat felé. A megkérdezett szakdolgozók közül a védőnők kiemelkedő számban, több mint 70%-ban jeleztek a Család és Gyermekjóléti Szolgálat felé. Bár a kutatásunk alapján a szakdolgozók tisztában vannak a jelzőrendszeri feladataikkal, és a gyakorlatban is feltehetően így végeznék őket. Azonban a jelzőrendszer működésére vonatkozó hazai adatok ennél lényegesen rosszabb képet mutatnak a jelzés megtételének hajlandóságáról. Az Ombudsman 2010 évi átfogó vizsgálata szerint a védőnők 13%-os hatékonysággal jelentenek, és ez a szám a KSH 2017 évi jelentése alapján már csak 6,9% (Alapvető Jogok Biztosának Hivatala, 2010; Országgyűlés Hivatala, 2017). Az időben történő jelzés az intézkedésre jogosult szervezetek felé feltételezhetően csökkentené a súlyos esetek számát. A jelzőrendszer működését vizsgáló kutatások még kiemelik az egyéni kapcsolatrendszer jelentőségét, mely befolyásolja a jelzés megtételét. Ez arra utal, hogy az informális kapcsolatok gyakorta felülírják a rendszer által előírt szolgálati utakat, szakmai irányelveket. A megyeszékhelyeken és városokban dolgozók válasza is vélhetően ezt az állítást támasztják alá.

**Kutatásunk második részében** arra kerestük a választ, hogy az egészségügyi dolgozóknak és a szülőknek milyen ismereteik vannak a megrázott gyermek szindrómáról (rizikó faktorokról, kialakulásának oka, sírásról, mint jelzésről, sírásértésről), valamint kíváncsiak voltunk arra, hogy milyen eszközöket tartanak elfogadhatónak a sírás csillapítására. Leendő szülőként mit tudnak a sírás jelentőségéről, a szülői frusztráció kezeléséről, mennyire ismerik a káros nevelési szokások ártalmas hatásait, valamint azokat a megnyugtató technikákat, melyekkel csökkenthető a gyermekeket fenyegető veszély.

Magyarországon szervezett formában az Országos Gyermekégeszségügyi Intézet foglalkozott a kórképpel. A Sose rázd a kisbabádat program indulása utáni 2016-os

felmérésben közel 1000 fő szakdolgozói válaszadó közül, 80% kapott képzést és szakanyagot, de 71% soha nem használta azokat. A tájékoztató weboldalt bár 65%-a ismerte, de 55% soha nem használta a munkája során. A szabadon hozzáférhető SBS prevenciós anyagokat 83%-a soha nem töltötte le és soha nem is használta, annak ellenére, hogy a válaszadók 34%-a vezetett szülésre felkészítő tanfolyamot. Az eltelt évek, az intézményi átalakulások, a program megszűnése és a fejlesztő csoport felbomlása alapján a program ismertségére vonatkozóan rosszabb eredményre számítottunk. Öröndetes tény, hogy nem igazolódott az előzetes feltevésünk. Mindössze két válaszadó számára volt ismeretlen a kórkép (n=195). Legtöbbsen továbbképzésen, konferenciákon hallottak róla, vagy olvasták a szakirodalomban.

A nemzetközi szakirodalmi adatok alapján a megrázás leginkább a 0-2 éves korosztály számára veszélyes. Azonban az új kutatások ezt kiterjesztették 0-5 éves korig (Parks et.al. 2012b, Alanazi et.al. 2021). Kutatási eredményeink megfelelnek a nemzetközi kutatásokban olvasottakkal, 24,1% mindig veszélyesnek ítéli a megrázást, közel 62% pedig a veszélyeztetett korosztályt a 0-5 éves kor közé teszi. Összesen 1 fő 1 hónapos korig, 1 fő 6 hónapos korig, míg 4 fő 1 éves korig látta veszélyesnek. A megrázás okozta sérülésekre adott válaszok közül az agysérülések, agyzúzódás ismerete (n=195 86,2%) és a csökkent értelmi képességek (60%) vezettek, azonban a válaszadók kevesebb, mint fele gondolta, hogy halálos sérülések is előidézhetők. A nemzetközi irodalomban a differenciál diagnózis legmegbízhatóbb klinikai jellemzőjének tartott szemfenéki bevérzést (Maguire et al., 2013; Vinchon et al., 2010) mindössze 35,9% ismerte. A kórképre jellemző változatos csonttörések (Cowley et al., 2015) szintén csak a válaszadók harmada ismerte.

A leendő szülők ismereteit több alkalommal mértük fel. Az első körös felmérés alkalmával az alap tudásukat és a minimál intervenciós oktató kisfilm után megszerzett tudást mértük, míg a szülés után 3 hónappal következő visszajelzés alkalmával a megszerzett tudás maradandóságát vizsgáltuk. Az első körös felmérésben résztvevő 314 fő közel háromnegyede a 28-37 éves korosztályba tartozott, nemi megoszlás tekintetében egyharmaduk volt férfi és a megrázott gyermek szindróma szempontjából fontos kitételnek – miszerint az első gyermekét várta - a válaszadók 60%-a felelt meg. Közel 40%-uk soha, vagy kevesebb, mint havonta egyszer vigyázott kisgyermekre, így gyakorlati tapasztalatuk a sírás megértésére, és a megnyugtató technikáinak ismeretére

csekélynek mondható. A megrázás káros voltára utaló kérdés esetében a videó megnézése előtt és után végzett felmérésben statisztikailag szignifikánsan nőtt az átlagos egyetértés azzal az állítással, hogy káros a babákat megrázni. A válaszok átlaga 3,8 ról 4,0 változott. Videó megnézése utáni válaszok és a 3 hónappal későbbi válaszok között nem találtunk szignifikáns különbséget – a válaszok átlaga a négyfokozatú skálán 3,95 és 3,91 volt.

A megrázás okozta sérülések ismeretének vizsgálatakor statisztikailag szignifikáns különbséget találtunk minden állítás esetében a videó előtt és után. Az agysérülés általános tüneteire (pl. aluszékonyság vagy nyugtalanság) valamint a szemsérülésekre vonatkozóan eltérő értéket kaptunk, mely arra utalhat, hogy ezek a sérülések/tünetek a laikusok számára nehezen értelmezhetőek vagy nehezen kapcsolhatók össze a megrázás ártaival. Arra, hogy mennyire maradandóak a rövid intervenciós ismeretek a videó megnézése és a visszajelző kérdőív összehasonlítása adott választ. Statisztikailag szignifikáns különbséget találtunk minden vizsgált kategóriánál. Ennek alapján mélyebben épült be az agysérülés veszélye, melyre 3 hónap elteltével is 83% emlékezett, de a test sérülésére is 54%. A szemsérülésekre való emlékezés az első körben sem volt túl magas (18%) illetve a vakság, mint kimenetel (10%). Mindkét kategória tovább csökkent 6% illetve 4%-ra. Legnagyobb csökkenést a halálos kimenetelnél találtunk, amely 90%-ról 35%-ra csökkent. Feltehetően az indokolja ezt a csökkenést, hogy a szülők három hónappal a gyermekük születése után már a szülővé válás első nehézségein túl vannak, egymáshoz csiszolódtak, az első igazán stresszes időszakot megoldották. Rendszerint ilyenkor egy nyugalmi állapot következik, melyben a gyermekhalál nehezen befogadható gondolat.

Szakirodalmi adatok alapján a Megrázott gyermek szindróma (SBS/AHT) leggyakoribb kiváltó oka a vigasztalhatatlan sírás, ami a normál csecsemő fejlődés része (Brazelton, 1962; St James-Roberts & Halil, 1991; Barr, 2000; Barr, 2012). Azonban a sírás jelentőségét kevésbé ismerik a szülők és érdeklődő kérdéseikre gyakorta nem kielégítő válaszokat kapnak a szakemberektől. Bár kevés ezirányú adat áll rendelkezésre a napi normál sírásmennyiségről a hazai és nemzetközi kutatásokban, de napi 1-5 óra közé tesszük a korai csecsemőkorban (Velmillet et. al., 2022) Kutatásunkban a szakemberek többségében a kezdeti sírás mennyiségét a 0-1 hónapos és az 1-4 hónapos csecsemőknél alulbecsülték, a 4-12 hónapos korban azonban nem találtunk szignifikáns különbséget a szakirodalmi átlaghoz viszonyítva. Az alvás mennyiségét, mely szorosan együtt mozog a

sírás napi mennyiségével a válaszadóink kissé túlbecsülték a 0-1 hónapos korosztályban, de helyesen ítélték meg az 1-4 hónaposoknál és kissé alulbecsülték a 4-12 hónaposoknál. A szülői válaszok a normál sírás napi mennyiségére vonatkoztatott kérdésnél (a normál csecsemők napi 2-3 órát sírhatnak) szignifikáns változást mutattak. Az 1-től 4-ig terjedő skálán, a videó előtti válaszok átlaga 2,9 volt, a videó után pedig 3,4. A megnyugtató ismeretek feltérképezésénél a szakemberek az anya-gyermek testkontaktust sorolták előre, valamint a gondozási sor ismétlését és jellemzően ez után következnek az egyéb módszerek. Az utolsó helyre sorolták a „hagynám sírni, mert így megtanulja megnyugtani magát” állítást. Azonban érdekességet jelent a kutatásunkban, hogy a szakirodalomban elfogadott választ és ajánlott megnyugtató technikát a „felelőségteljes elvonulást” ((Barr et.al. 2009b), melyet úgy fogalmaztunk meg, hogy „Biztonságban van az ágyában, hagynám sírni” utolsó előtti helyre sorolták.

Az elemzés megközelítési szempontjainál említett szülői stressz, szorongás, a tökéletes szülői szerepnek való megfelelési kényszer rendkívül megterhelő az új szülőknek. A környezet gyakran elvárja, hogy a szülők problémamentesen, ügyesen véve az akadályokat váljanak családdá. Ilyen környezetben nehéz beszélni a kifáradásról, a frusztrációról, az érzelmi mélypontokról. A kisfilm előtt és után vizsgáltuk a szülői válaszokat arra az állításra, hogy „A csecsemő ellátása/gondozása, frusztráló és szorongással teli lehet”. Statisztikailag szignifikánsan nőtt az átlagos egyetértés az állítással a videó után. A videó előtti a válaszok átlaga a négyfokozatú skálán 2,74 volt, a videó után pedig 2,96. Az első gyermeküket váró párok a gyermekneveléssel, gondozással kapcsolatos ismereteket a rokoni kapcsolatoktól, az internet népétől és a szakemberektől várják elsősorban. A szakemberek véleménye szerint a szülők, mintegy 60%-a szégyenként éli meg, ha nevelési/gondozási helyzetben eszköztelenek és nem tudják megoldani a problémájukat. A szakemberek szerint tanácsalanság esetén legelőször a szülőhöz fordulnak (átlaga 2,75), vagy az interneten keresnek választ (átlaga 2,95), majd a barátnőktől kérnek segítséget (átlaga 3,06) végül csak negyedszerre fordulnak védőnőhöz (átlaga 3,26) vagy orvoshoz (átlaga 3,49).

A sírás mit a legnagyobb stresszforrás okáról a szülők véleménye érdekes eredményeket mutatott a videó megnézése előtt és után. Bár sokan azt gondolták először, hogy a nedves pelenka okozta diszkomfort lehet az oka a sírásnak azonban a videó megnézése után 8%-al kevesebben gondolták így. Viszont emelkedett a jelentősége annak, hogy a gyermek a

boldogtalanságát, vagy a zajos környezetet csak sírással tudja jelezni. Ezt fontos tényként értékeltük, mert a sírást a szülők többségében valamilyen fizikai kényelmetlenséghez kötik, ez a válasz viszont szélesebb kitekintésbe teszi a kérdést. A három hónappal későbbi felmérésnél ahol a szülők jobban értették a csecsemőjük jelzéseit még látványosabb volt a változás a sírás okainak tekintetében. A sírás, mint valami nagyon rossz, és fájdalmas esemény, ami a gyermek betegségét jelzi 85%-ról 7%-ra esett vissza. Bár a normál sírási periódust fájdalmas arckifejezés kísérheti (Barr et.al. 2009b), amit a szülő szenvedésnek értelmezhet, ez a kategória is 20%-os csökkenést eredményezett.

A szülők feltehetően jobban ismerik az éhség (videó utáni felmérés 98%, visszajelzőnél 85%) és fáradtság jeleit (videó utáni felmérés 90%, visszajelzőnél 61%), ezért ezeknél a kategóriáknál is jelentős csökkenést tapasztaltunk. Alig valaki gondolta úgy, hogy a csecsemő ok nélkül jelez, vagy azért sír, mert el van kényeztetve, esetleg unatkozik. A környezeti zajterhelés jelentőségét a szülők elhanyagolhatónak ítélték meg, csaknem 68%-os csökkenéssel a videó utáni és a visszajelző kérdőív válaszai alapján.

Az összes nagy primer prevenciós program központi eleme a megnyugtató technikák oktatása, melynek fontos része a minimál intervenció (nálunk az edukációs kisfilm megnézése). A kérdőívben az átlagnál több lehetőséget adtunk a megnyugtató módjaira, ezzel is szolgálva az ismeretek bővítését. A szülők jelentős részének komoly félelme a táplálással kapcsolatos félelmek, ezért a biztonságérzetüket az szolgálja, ha a sírásjelzésre táplálással reagálnak. Válaszaik tükrözik ezt a videó előtt 73%, a videó után: 86% gondolta jó megoldásnak az etetést.

Azonban ha a csecsemő vigasztalhatatlanul sír és nem működnek a hagyományos megoldások (tisztába tevés, gondozási sor megismétlése, stb.), akkor a szülők is nagyobb jelentőséget tulajdonítottak a kreatív megoldási módoknak, pl. a friss levegőn való sétálás, majd 40%-al vagy a bohóckodás, játék 20%-al, a masszírozás 8%-al magasabb volt, mint a videó előtt. A szülői feszültségre esetleg a kontrollálhatatlan cselekvéstől való félelemre utalhat azon válaszok eredménye, mely a fizikai közelséget erősíti (ringatás, hordozás, éneklés, magamhoz ölelés, stb.). A szakirodalom szerint viszont ezek jó megnyugtató módszerek, abban az esetben, ha kellően nyugodtak vagyunk (Barr et.al. 2009b). Az edukációs kisfilm erőteljes csecsemősírást tartalmaz, ami az új szülők számára nehézséget okozhat, így azt gondoljuk ez is tükröződhet a válaszokban. A kisfilm a megoldások között említi a cumi adását, melyet rengeteg szakmai vita övez. A szülők

többsége a kezdetekben elzárkózik ettől, de a megoldási módok között ez is szerepel és a szülők közel 12%-a választaná a cumi adását. Az adaptációs idő megkönnyítése érdekében újra használatba került a pólya modernebb változata, melyet 5%-al többen választának a videó megnézése után. A SBS/AHT prevenció programok kulcseleme a szülő társak bevonása és a segítségkérés. Bár itt emelkedést tapasztaltunk a videó előtti 3%-ról 12%-ra, de ezt még mindig nagyon kevésnek értékeltük. Kevésbé ismerik fel a leendő szülők a kifáradás veszélyét és kevésbé tudják/akarják elfogadni a segítséget. A probléma ilyen alacsony százalékban történő megosztása az anyai kifáradás elsődleges oka lehet, mely nagyon megnöveli az SBS/AHT veszélyét.

A megnyugtató ismeretek bevétele hosszabb távú hatásainak vizsgálatokor a visszajelző kérdőív válaszait összevetettük a videó utáni válaszokkal. Ennek eredményeként jelentős változást detektáltunk a táplálás kérdésében. A szülést megelőző szorongást, melyet az vált ki, hogy érteni fogják-e a gyermek jelzéseit, elegendőt fog-e enni a gyermekük, a szülés után 3 hónappal felváltotta egy megnyugvás. Ez indokolhatja a 48%-os csökkenést. Valószínű, hogy a cumi használat drasztikus csökkenésének a háttérben (11%) is egy magabiztosság állhat, melyet a táplálással kapcsolatos megnyugvás motiválhat. Vagyis a szülői eszköztár bővül és a gyermek igényeire jelzéseire odafigyelve adekvát válaszokat tudnak adni a szülők. Felértékelődtek a korábban fenntartásokkal kezelt fizikai közelséget igénylő megnyugtató módszerek, a ringatás, hordozás, a nyugalmas környezet biztosítása, több, mint 10%-al, az éneklés, figyelemelterelés több mint 20 %-al és a tudatosság (lenyugszom, és átgondolom mire lenne szüksége a gyermekemnek) közel 20%-al emelkedett. Azok a technikák, melyeket a gyermek születése előtt jónak gondoltak a szülők feltehetően jók is, de a gyakorlati kivitelezés akadályokba ütközhet. Ide tartozik a séta (38%-os csökkenés), a bohóckodás (19%-os csökkenés) és sajnos a segítségkérés a szülő társától, rokontól, barátától is további 4%-os csökkenést eredményezett.

Csak a visszajelző kérdőív tartalmazott a szülői frusztrációra, annak megoldására vonatkozó kérdéseket. A 170 válaszadóból 79 (47,6%) segítséget kér a szülő társától vagy a szüleitől, 39,8% (n=66) megpróbál egyedül lenyugodni. Meglepő eredményt hozott, hogy valamivel több, mint 7% nem szokott feszült lenni és ugyancsak 7% kreatív megoldásokhoz folyamodik (eltávolodás, nyugtató zene, stb.) Azonban több mint, 6%-a

válaszadóknak eszköztelen és tehetetlen a helyzettel, destruktív megoldásokat választ, sír, alkoholt fogyaszt, vagy hagyja sírni a gyermekét.

Hazai program és felmérések hiányában a nemzetközi irodalom szerint a prevenció képzéseken jelentős számban csak az anyák vesznek részt, viszont gyakran az apák/egyéb partnerek/babysitterek követik el a megrázást (Barr et al., 2006; Brewster et al., 1998; Starling et al., 2004) Ezért szintén kulcs momentum a megelőzésben az ismeretek megosztásának képessége/szándéka.

Nehéz helyzet esetén a szülők elsősorban a rokonoktól (több mint 70%-ban), barátoktól (több mint 17%-ban) várják a segítséget és kevesebb, mint 10% volt azok aránya, akik az egészségügyi személyzettől kértek segítséget. Ez elég szomorú eredmény, mert a szakdolgozói kérdőív válaszai alapján az egészségügyi dolgozók sokkal tájékozottabban a kórképet illetően, mint az átlagember.

A válaszadók a kisfilmet és a hozzá kapcsolódó információkat 98%-ban hasznosnak tartották és közel 75%-uk jobban érti, hogy miért nem szabad megrázni a babákat. A válaszadók közel háromnegyede fontosnak tartotta az információk másokkal történő megosztását. A kisfilm és a hozzá kapcsolódó szórólap szabadon felhasználható 2015 óta, azonban a válaszadó szülők többsége (96,82%) nem találkozott sem a kisfilmmel sem a programmal, ismereteiket csak a kutatásban szerezték meg. Bár a megadott válaszok között kétszer is szerepelt a védőnő által való bemutatás (várandósság alatt és a gyermekágyas időszakban) senki nem jelölte meg ezt a választ. Végül egy szabadon kifejezhető válaszlehetőségben, három hónap elteltével a válaszadók 40,6%-a emlékezett a megrázás egészségügyi károsodásaira, közel 30% értékelte úgy, hogy kapott hasznos információt a sírás okozta stressz kezeléséhez, azonban 14,1%-a a válaszadóknak nem emlékezett konkrét üzenetekre vagy úgy értékelte nem kapott új információt.

**A kutatás harmadik részében** arra kerestük a választ, hogy milyen kommunikációs csatornákat használnak a szülők és a szakdolgozók, hol találkozik az egészségügyi dolgozók információ szerzési és átadási lehetőségük a szülők információ szerzési területeivel, valamint feltérképeztük azokat a kereteket, melyek meglétekor a preventív tevékenységbe, a várandósgondozásba beépíthető lenne a bántalmazás megelőzési edukációs program.

Korábban azt gondoltuk, hogy a válaszadók életkora jelentősen befolyásolja a szakdolgozóknál a szakmai ismeretekhez jutás forrásait. Azonban kutatásunk eredményei

ezt nem támasztották alá. Ismeretek frissítésére a kollegáikhoz vagy szakértőkhöz fordulnak 20-20%-ban, de közel azonos arányban választották (15-15%) az internet és a régi jól bevált könyvek adta segítséget, ha gyermeknevelési kérdésekben elbizonytalanodnak. A kollegák megkérdezése kategóriát tovább elemezve azt tapasztaltuk, hogy életkor megoszlás szempontjából szignifikáns a különbség. A legnagyobb arányban a pályakezdő 18-27 éves korosztály, majd az 58 felettiek jelölték ezt az opciót. A háttérben egyértelműen a fiatalabb életkor tapasztalatlansága és az idősebb életkor kissé elavult ismeretei állhatnak. Az internetes szakmai weboldalak tekintetében bár megjelöltek ismertebb site-okat (a legmagasabb érték 29 fő volt a 195-ből, akik ismerték a gyermekbántalmazás weboldalt, de ennek az oldalnak a tartalma 2015 óta nem frissül, majd 13-13 fő jelölte az ÁNTSZ oldalát, mely nem specifikus bántalmazás szakmai oldal és szintén 13 fő a UNICEF oldalát említette) mégis az életkori bontások hoztak meglepő eredményt. E szerint az 58 év feletti korosztály kétharmada nem ismer ilyen oldalt, illetve foglalkozási kategóriák szerint a szülésznők háromnegyede sem, illetve a védőnők kivételével a többi szakma képviselőinek fele sem ismert ilyen oldalt. Alig mutatott jobb képet a gyermeknevelési kérdésekkel kapcsolatos website-ok ismertsége sem. Bár a gyermekpszichológusok által működtetett oldalakat hitelesnek tartják, de az 58 év felettiek közel 60%-a, míg a 28-37 év közöttiek 55%-a nem ismer ilyen oldalakat. A szülőtámogató programok ismertsége hasonló eredményt hozott. Életkori bontásban kiemelkedő a 28-37 éves korosztály, ahol közel háromnegyedük nem ismer ilyen programot, míg a várandósokkal foglalkozó szülésznők 55%-a sem.

Pedig nem elhanyagolható, hogy a várandósság szempontjából fontos korosztály kb. 3/4-e használ internetet (Kurucz, 2015) és az internetet használó nők 9/10-e szívesen olvas cikkeket az egészséggel kapcsolatosan (NRC, 2009) továbbá döntéseikre jelentős befolyással van az elektronikus térben történő párbeszéd (Wangenheim & Bayon, 2004; Kemény & Simon, 2015). Döntéseik előtt (pl. kórház, orvos választás) gyakran megkérdezik az on-line közösség tagjait és kb. 11-16%-a az internethasználó anyáknak ennek alapján hozza meg a döntéseit.

A szakdolgozók közösségi média jelenléte szakmai szempontból gyenge. Ezzel szemben a várandósok legfontosabb információ továbbítási útnak a social média felületeket tartják. Több mint 55%-ban ezt jelölték meg tájékoztatásra, azonban másod és harmadsorban a terhesgondozást és a szülésfelkészítő tanfolyamokat is. Továbbá a szülők szerint hasznos



lenne minél több felületen találkozni a témával, így jónak találnák a rendelőkben elhelyezett szóróanyagokat, a Youtube videókat, a baba-mama weboldalakat, de fontos visszajelzés volt az is, hogy már sokkal korábban, a középiskolákban kellene erről beszélni.

Szakembereknél a korábbi „Sose rázd a kisbabádat” program ismertségére rákérdezve azt találtuk, hogy a válaszadók egyharmada ismeri, de nem használja, több mint, a fele nem is ismeri, és kevesebb, mint 10% ismeri és használja is a várandósgondozásban. Reményt keltő, hogy a harmada azoknak, akik nem ismerik a programot szeretne erről többet tudni. A megkérdezettek szerint ahhoz, hogy egy bántalmazás megelőzési program sikeres legyen, és jól be tudjon épülni a várandósgondozásba a szülők szempontjából szükséges, hogy gyakorlatorientált és kiscsoportos, interaktív legyen, a szakdolgozók szempontjából pedig, hiteles személy által közvetített, szilárd módszertani alapokon nyugvó, könnyen kezelhető tananyag legyen. A téma magabiztos kezeléséhez módszertani támogatást, képzést és eszközöket igényelnének, valamint rendszeres kérdezési lehetőséget szakértőktől. Nem volt idegen számukra más területek szakértőinek a bevonása sem, velük közösen el tudnák képzelni a speciális szülőségre felkészítő tanfolyamokat. Amennyiben ezen feltételek adottak lennének, úgy a válaszadók egyharmada be tudná építeni a munkájába, további egyharmada szeretne többet tudni a programról, hogy dönteni tudjon ebben a kérdésben. A válaszadók 9%-a viszont úgy érzi a túlterheltség miatt nem vállana plusz feladatot.

## 8 Következtetések

A kutatás alapján levonható következtetések:

H1

- A szakdolgozók elméletben ismerik a szakmai szabályok előírásait gyermekbántalmazás esetén, azonban ennek ellenére a gyakorlatban a jelzőrendszeri vizsgálatok szerint a jelzési kötelezettségeiknek csekély mértékben tesznek eleget.
- A szakdolgozók a gyermekbántalmazást, mint társadalmi jelenséget érzékelik és fontos problémának tartják. Az ítélkezést enyhének vélik és bizonyos bántalmazási formákat ők is elfogadnak.
- Rendszerhibára utaló jel, hogy az informális kapcsolatok megléte vagy hiánya befolyásolja a jelzés kötelezettséget.

H2

- Az SBS/AHT kórkép a vizsgát szakdolgozói csoportban 99%-ban ismert volt. Ellenben csak alig harmaduk ismerte a kórkép szem és csonttüneteit, ami feltehetően a kevés és ritka képzésnek, valamint a csekély számú magyar nyelven hozzáférhető szakanyagra utal.
- A szakdolgozók a szakirodalomnak megfelelő mértékben ítélték meg a megrázással veszélyeztetett korosztály életkor kategóriáit és mind a szakdolgozók, mind a szülők veszélyesnek ítélik a megrázást. Ezzel a legfőbb üzenet látható vált.
- A szakemberek gyakorta nem tudnak kielégítő válaszokat adnia sírásra vonatkoztatva feltehetően annak következtében, hogy ők maguk sem ismerik a síráshoz kapcsolódó szakirodalmat.
- Az összes nemzetközi eredményhez hasonlóan az edukációs kisfilm megnézése után a szülők jobban értik a sírás jelentőségét, a sírásra vonatkozó ismereteik bővültek.
- A szakdolgozók kevesebb mint, 10%-ban használják a szabadon hozzáférhető magyar nyelvű edukációs anyagokat.
- A szülők kevéssé ismerik fel a kifáradás veszélyeit alacsony százalékban osztják meg a szülői felelősséget. Nem tudják/akarják elfogadni a segítséget.

- Nemzetközi eredményekhez képest magasabb arányban osztják meg a szülők a megszerzett prevenciók ismereteket másokkal.

### H3

- A szülői edukációs programok a leggyakoribb egyben a leghatékonyabb bántalmazás megelőzési prevenciók programok. A szülők 98%-ban hasznosnak tartották az információkat.
- A szülői programok fejlesztik a szülői ismereteket és készségeket a csecsemők biztonságos gondozása érdekében.
- A szakdolgozók közösségi média jelenléte gyenge, nem használják a felületeket egészségfejlesztési információk átadására.
- A bántalmazás megelőzésének témájához speciális képzések és megalapozott módszertan szükséges.

### A kutatás új megállapításai:

#### H1

- A kutatás újszerű megközelítési szempontja az egészségügyi szakdolgozók véleményének és viszonyulásának vizsgálata a gyermekbántalmazás témájához, valamint annak elemzése, hogy milyen tényezők befolyásolják a jelzőrendszeri kötelezettségük megtételét.
- A bántalmazás megítélést befolyásolja az iskolai végzettség és a betöltött munkakör.
- Az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők elfogadóbbak a bántalmazással szemben.
- A gyermekápolók és a szülésznők csoportjában magasabb azok száma, akik csak a szélsőséges eseteket tekintik bántalmazásnak.
- Jelzési kötelezettség megtételét az iskolai végzettségük, a munkahely településtípusa, és a munkakör kategóriái befolyásolják.
- Bántalmazás gyanúja esetén mindenképpen cselekednének.

#### H2

- Ezidáig nem készült hazánkban felmérés a szakdolgozók és szülők tudásintjéről, ismereteiről a megrázott gyermek szindróma (SBS/AHT) tekintében.

- Ez az első felmérés a leendő szülők sírásértési és megnyugtatósi technikáinak ismeretéről.
- A megrázás káros és veszélyes voltára vonatkozóan szülők ismeretei növekedtek és három hónap elteltével is tartósan megmaradtak.
- A megrázás okozta halálos sérülés a szülők számára nehezen befogadható információ.
- A szakdolgozók alulbecsülik a korai életszakaszra jellemző sírás napi mennyiségét és jelentőségét.
- A szakdolgozók kevésbé ismerik a szakirodalom által ajánlott megnyugtatósi módszereket. A legfontosabb hiány a „felelőségteljes eltávolodás” mint ajánlott módszernek a nem ismerése.
- A szülők inkább technikai eszközöktől várják a sírás megoldását, mint a fizikai közelségtől.
- Magabiztosabb szülő kevésbé szavaz a cumi adására, mint megnyugtatósi módra.
- A szülők kevesebb, mint fele kér segítséget a szülőtársától.
- A válaszadók több mint, 6 %-a tehetetlen a sírással, destruktív módszereket választ saját maga megnyugtatóására.
- Nehéz helyzetben a szülők kevesebb, mint 10%-a várja csak a segítséget az egészségügyi dolgozóktól.
- A szabadon hozzáférhető filmmel 97%-uk csak ebben a kutatásban találkozott, az egészségügyi szakdolgozóktól sem hallott róla korábban.

### H3

- Nem készült korábban felmérés arról, hogyan használják az egészségügyi szakdolgozók a kommunikációs csatornákat ismeretátadásra és ezek a csatornák milyen átfedést mutatnak a szülők által használt felületekkel.
- Nem készült korábban felmérés arról, hogy a szakdolgozók milyen feltételek megléte mellett tartják vállalhatónak egy új program bevezetését a várandós gondozásba.
- A védőnők a többi szakmánál jobban ismerik a gyermekneveléssel kapcsolatos weboldalakat.

- Az 58 év feletti szakdolgozók kétharmada, de a 37-58 éves korosztály háromnegyede sem ismer gyermekneveléssel, szülőtámogatással kapcsolatos weboldalakat.
- A várandósok a legfontosabb információs útnak a social média felületeit tartják, de ezt követően a hiteles információt az egészségügyi dolgozóktól várják terhesgondozást és a szülésfelkészítő tanfolyamok keretében.
- Ha a feltételek adottak lennének a szakdolgozóknak csak kevesebb mint, 9%-a nem tudná beilleszteni a munkájába a speciális SBS programot.

## 9 Javaslato

- Kutatási eredményeink alapján a várandósokkal és gyermekekkel foglalkozó szakdolgozók esetében szakmai továbbképzések biztosításával bővíteni szükséges a gyermekbántalmazással kapcsolatos szakmai ismereteket.
- Ki kell dolgozni a nemzetközi tapasztalatok alapján egy magyar SBS/AHT megelőzési programot, és elő kell készíteni ennek implementálását a hazai várandós gondozásba.
- Védőnőknek és szülésznőknek, akik várandós felkészítést tartanak szükséges módszertani képzés az SBS/AHT-vel kapcsolatos speciális prevenciós program várandós gondozásba illesztéséhez.
- A családdá válás megkönnyítése érdekében támogatni kell az apák aktív bevonását a szülésre felkészítő tanfolyamokban, és a kezdeti időszak támogató segítésében.
- Kutatásunk számos olyan eredményre világított rá, melynek hasznosítása sokat javítana a gyermekek életkezdetén, a családdá válás stresszel teli helyzetének megkönnyítésén, valamint a lakosság és az egészségügyi szakdolgozók olykor nehézkes kommunikációján is.
- Eredményeinket célszerű felhasználni az oktatásban, elsősorban a védőnő és szülésznők képzésben az egyetemen.

## 10 Összefoglalás

### 10.1 Magyar nyelvű összefoglalás

A gyermekbántalmazást a WHO 1996-ban a XLVI. közgyűlésén népegészségügyi szintű problémának minősítette. Előfordulási gyakoriságára vonatkozóan világszerte nincsenek megbízható adatok, mely nagy részben a definíciós és kutatás módszertani problémákra vezethetők vissza. Azonban az ártalmas gyermekkori élmények egész életre kiható hatásai miatt jelentős befolyással bír az életminőségre és az életkilátásokra. Kutatásunk első részében on-line kérdőív segítségével felmértük az egészségügyi dolgozók viszonyulását a gyermekbántalmazás, mint társadalmi jelenség témaköréhez, felmértük a tudásukat a speciális fizikai bántalmazási forma a megrázott gyermek szindróma (SBS/AHT) körében és megkérdeztük milyen feltételek megléte esetén tudnának a munkájukba illeszteni speciális bántalmazás megelőzési programot. A kutatás második részében kétkörös on-line felmérés keretében várandósok és szülőtársaik körében végeztünk vizsgálatokat az SBS/AHT kórkép ismertségéről, a sírásról, mint a legnagyobb szülői stresszforrásról és a síró gyermek megnyugtató technikájának ismeretéről. Végül a szülés után 3 hónappal felmérést végeztünk a minimál intervenció során átadott edukációs ismeretek mélységéről, maradandóságáról. Eredményeink alapján a szakdolgozók viszonyulását a gyermekbántalmazás témaköréhez meghatározza az iskolai végzettségük, szakmai ismereteik. Bár tudásuk az SBS/AHT kórképről megvan, de ezt a tudást csak kevesebb, mint 9% adja tovább az új szülőknek. A szülők szeretnék több egészségre vonatkozó információt kapni a szakdolgozóktól, szeretnék, ha az SBS tudás több felületen jelenne meg. Ha a szülők egészséggel kapcsolatos kérdéseikre nem kapnak kielégítő választ, akkor 55%-uk a közösségi média adta lehetőségekhez fordul.

Igazoltuk, hogy a nemzetközi eredményeknek megfelelően a szülői ismeretek bővültek. Az átadott információ kulcselmei 3 hónap elteltével is megmaradtak, növekedett a szülők magabiztossága, jobban értik a gyermekeik jelzését és kreatívabban használják a megnyugtató technikákat.

Összefoglalóan megállapítható, hogy kutatásunk alátámasztotta a speciális edukációs SBS/AHT program létjogosultságát. A megfelelő módszertanon alapuló, megfelelő időben adott prevenció program fontos része lehetne a bántalmazás megelőzésének és a pozitív szülői eszköztár bővülésének. Ehhez elengedhetetlen a szakanyagok megléte mellett a szakdolgozók folyamatos, megfelelő módszertanon alapuló képzése.

Korábban Magyarországon soha nem végeztek felmérést a Megrázott gyermek szindrómával kapcsolatban, kutatásunk úttörő ezen a területen.

## 10.2 Angol nyelvű összefoglalás (Summary)

Child abuse was declared a public health problem by the WHO at its XLVI. th General Assembly in 1996. There is a lack of reliable data on its prevalence worldwide, largely due to problems of definition and research methodology. However, it has a significant impact on quality of life and life expectancy due to the lifelong effects of adverse childhood experiences. In the first part of our research, we used an on-line questionnaire to assess health workers' attitudes towards child abuse as a social phenomenon, to assess their knowledge of the specific physical form of abuse in the context of Shaken Baby Syndrome (SBS/AHT) and to ask them what conditions they would be able to incorporate into their work if they had a specific abuse prevention programme. In the second part of the research, a two-round on-line survey was conducted among pregnant women and their parents to assess their awareness of SBS/AHT, crying as the major source of parental stress and knowledge of techniques to soothe a crying child. Finally, we conducted a survey 3 months after delivery to assess the depth and persistence of the educational knowledge imparted during the minimal intervention. Our results show that the attitude of professionals towards child abuse is determined by their educational level and professional knowledge. Although they have knowledge about SBS/AHT, less than 9% of them pass this knowledge on to new parents. Parents would like to receive more health information from professionals, they would like to see SBS knowledge presented in more platforms. When parents do not get satisfactory answers to their health-related questions, 55% turn to social media.

We confirmed that parental knowledge has increased in line with international findings. The key messages of the information provided remained after 3 months, parents' confidence increased, they better understood their children's cues and used reassurance techniques more creatively.

In conclusion, our research has supported the case for a specific educational SBS/AHT programme. A prevention programme based on appropriate methodology and delivered at the right time could be an important part of preventing maltreatment and increasing



positive parenting tools. In addition to the availability of specialist materials, ongoing training of professionals based on appropriate methodologies is essential.

No survey has ever been carried out in Hungary on the Shaken Child Syndrome, and our research is a pioneer in this field.

## 11 Hivatkozásjegyzék

26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról. (2014).

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1400026.emm> Letöltve: 2023.01.21.

1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról. (1997).

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700031.tv#ljb0id9ba3> Letöltve:  
2023.01.21.

2002. évi IX. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény módosításáról. (2002).

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0200009.TV&txtreferer=99700031.TV>  
Letöltve: 2022.12.04.

2016. évi CLXV. törvényegyes gyermekvédelmi és egészségügyi tárgyú törvényeknek a gyermekek biztonságának és védelmének fokozása érdekében történő módosításáról. (2016). <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1600165.TV>

Letöltve: 2023. 11.13.

Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*: Johns Hopkins University Press

Alanazi, F. S., Saleheen, H., Al-Eissa, M., Alshamrani, A. A., Alhuwaymani, A. A., Jarwan, W. K., & Hamaid, M. S. (2021). Epidemiology of Abusive Head Trauma Among Children in Saudi Arabia. *Cureus*, 13(10), e19014. <https://doi.org/10.7759/cureus.19014>

Alapvető Jogok Biztosának Hivatala. (2010). *A gyermekvédelmi jelzőrendszerről: Száz közül tizenketten veszélyben - a gyermekvédelmi jelzőrendszer átfogó*

- vizsgálatáról *AJB-2227/2010*. Retrieved March 08, 2023 from  
<https://www.ajbh.hu/-/a-gyermekvedelmi-jelzorendszerrol> Letöltve: 2023. 01.21
- Alexander, R., Crabbe, L., Sato, Y., Smith, W., & Bennett, T. (1990). Serial abuse in children who are shaken. *American Journal of Disease of Children*, *144*(1), 58-60. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1990.02150250068033>
- Allport Gordon, W. (1980). *A személyiség alakulása*. Gondolat Könyvkiadó.  
<http://mokka.hu/mokka/record/MOKKAS0003263472>
- Amagasa, S., Matsui, H., Tsuji, S., Uematsu, S., Moriya, T., & Kinoshita, K. (2018). Characteristics distinguishing abusive head trauma from accidental head trauma in infants with traumatic intracranial hemorrhage in Japan. *Acute Medicine and Surgery*, *5*(3), 265-271. <https://doi.org/10.1002/ams2.341>
- Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, *53*(1), 27-51.  
[doi:https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135231](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135231)
- Antoni, P. (1965). A megkínzott-gyermek syndroma. *Orvosi Hetilap*, *106*(41), 1934-1937.
- Antonietti, J., Resseguier, N., Dubus, J. C., Scavarda, D., Girard, N., Chabrol, B., & Bosdure, E. (2019). The medical and social outcome in 2016 of infants who were victims of shaken baby syndrome between 2005 and 2013. *Archives de Pediatrie*, *26*(1), 21-29. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2018.10.002>
- Anya mos, vasal, főz és takarít – apa az autóval foglalkozik. Nemi szerepmegosztás a magyar háztartásokban.* (2017). Research és a Scores Group Gender ad hoc kutatás . Retrieved February 1, 2023 from

[https://www.scoresgroup.hu/application/files/6015/4082/1582/zri\\_zavec\\_z\\_research\\_cawi\\_services\\_nemi\\_szerepmegosztas\\_a\\_magyar\\_haztartasokban\\_.pdf](https://www.scoresgroup.hu/application/files/6015/4082/1582/zri_zavec_z_research_cawi_services_nemi_szerepmegosztas_a_magyar_haztartasokban_.pdf)

Letöltve: 2022.05.17.

Aoki, N. (2011). Infantile acute subdural hematoma: caused by abuse or minor head trauma. *Nervous System in Children*(36), 326– 330.

Ariés, P. (1987). *Gyermek, család, halál: Tanulmányok*. Gondolat Könyvkiadó.  
<https://hunteska.lib.semmelweis.hu/hu/record/-/recordRECORD153903>

Assink, M., Spruit, A., Schuts, M., Lindauer, R., van der Put, C. E., & Stams, G.-J. J. M. (2018). The intergenerational transmission of child maltreatment: A three-level meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 84, 131-145.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.037>

Babl, F. E., Pfeiffer, H., Kelly, P., Dalziel, S. R., Oakley, E., Borland, M. L., Kochar, A., Dalton, S., Cheek, J. A., Gilhotra, Y., Furyk, J., Lyttle, M. D., Bressan, S., Donath, S., Hearps, S. J. C., Smith, A., & Crowe, L. (2020). Paediatric abusive head trauma in the emergency department: A multicentre prospective cohort study. *Journal of Paediatric and Child Health*, 56(4), 615-621. <https://doi.org/10.1111/jpc.14700>

Bandura, A. (1973). *Aggression: a Social Learning Analysis*. Stanford University.

Bandura, A., Ross, D., & Ross, S. A. (1961). Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *J Abnorm Soc Psychol*, 63, 575-582.  
<https://doi.org/10.1037/h0045925>

Barlow, K. M., & Minns, R. A. (2000). Annual incidence of shaken impact syndrome in young children. *Lancet*, 356(9241), 1571-1572. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(00\)03130-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)03130-5)

- Barr, R. G. (2000). Excessive crying. In A. J. Sameroff, M. Lewis, & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 327-350). Kluwer Academic/Plenum Press.
- Barr, R. G. (2012). Preventing abusive head trauma resulting from a failure of normal interaction between infants and their caregivers. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *109* Suppl 2(Suppl 2), 17294-17301. <https://doi.org/10.1073/pnas.1121267109>
- Barr, R. G., Barr, M., Fujiwara, T., Conway, J., Catherine, N., & Brant, R. (2009). Do educational materials change knowledge and behaviour about crying and shaken baby syndrome? A randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, *180*(7), 727-733. <https://doi.org/10.1503/cmaj.081419>
- Barr, R. G., Paterson, J. A., MacMartin, L. M., Lehtonen, L., & Young, S. N. (2005). Prolonged and unsoothable crying bouts in infants with and without colic. *Journal of Development and Behaviour Pediatrics*, *26*(1), 14-23.
- Barr, R. G., Trent, R. B., & Cross, J. (2006). Age-related incidence curve of hospitalized Shaken Baby Syndrome cases: convergent evidence for crying as a trigger to shaking. *Child Abuse & Neglect*, *30*(1), 7-16. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.06.009>
- Berkowitz, L. (1993). *Aggression: Its causes, consequences, and control*: Temple University Press.
- Bergman, A. B., Larsen, R. M., & Mueller, B. A. (1986). Changing spectrum of serious child abuse. *Pediatrics*, *77*(1), 113-116.

- Beriwal, N., Misko, A. L., & Duhaime, A. C. (2020). Big Black Brain Phenomenon: Understanding Clinicoradiological Dissociation in Non-Accidental Traumatic Brain Injury in Children. *Cureus*, *12*(5), e8011.  
<https://doi.org/10.7759/cureus.8011>
- Beverly, L. F., Joanne, K., Melissa, T. M., Leah, K. G., & Sandra, P. A. (2016). Preventing Child Abuse and Neglect: A Technical Package for Policy, Norm, and Programmatic Activities. Retrieved from  
<https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/can-prevention-technical-package.pdf>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss (vol. 1)*. The International PsychoAnalytical Library
- Brazelton, T. B. (1962). Crying in infancy. *Pediatrics*(29), 579–588.
- Brewster, A. L., Nelson, J. P., Hymel, K. P., Colby, D. R., Lucas, D. R., McCanne, T. R., & Milner, J. S. (1998). Victim, perpetrator, family, and incident characteristics of 32 infant maltreatment deaths in the United States Air Force. *Child Abuse & Neglect*, *22*(2), 91-101. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(97\)00132-4](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(97)00132-4)
- Bruce, D. A., & Zimmerman, R. A. (1989). Shaken impact syndrome. *Pediatric Annals*, *18*(8), 482-484, 486-489, 492-484. <https://doi.org/10.3928/0090-4481-19890801-07>
- Caffey, J. (1946). Multiple fracture in long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *American Journal of Roentgenology and Radium Therapy* (56), 163– 173.

- Caffey, J. (1972). On the theory and practice of shaking infants. Its potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation. *American Journal of Diseases of Child*, 124(2), 161-169. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1972.02110140011001>
- Caffey, J. (1974). The whiplash shaken infant syndrome: manual shaking by the extremities with whiplash-induced intracranial and intraocular bleedings, linked with residual permanent brain damage and mental retardation. *Pediatrics*, 54(4), 396-403.
- Chevignard, M. P., & Lind, K. (2014). Long-term outcome of abusive head trauma. *Pediatric Radiology*, 44 Suppl 4, S548-558. <https://doi.org/10.1007/s00247-014-3169-8>
- Christian, C. W., & Block, R. (2009). Abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics*, 123(5), 1409-1411. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0408>
- Cole, M., & Cole, S. R. (2006). *Fejlődéslélektan* (2. átdolg. kiadás ed.). Budapest: Osiris Kiadó.
- Cowley, L. E., Morris, C. B., Maguire, S. A., Farewell, D. M., & Kemp, A. M. (2015). Validation of a Prediction Tool for Abusive Head Trauma. *Pediatrics*, 136(2), 290-298. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3993>
- Cox, T. J. (2008). Scraping sounds and disgusting noises. *Applied Acoustics*, 69(12), 1195-1204. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apacoust.2007.11.004>
- Czibere, I. (2012). *Nők mélyszegénységben - Személyes életvilágok és cselekvési perspektívák a mélyszegénységben élő nők mindennapjaiban*. L'Harmattan.

- Csányi, V. (2006). *Az emberi viselkedés*. Sanoma Budapest.  
<http://mokka.hu/mokka/record/MOKKAN0004201853>
- Darwin, C., Ekman, P., & Prodger, P. (1999). *The expression of the emotions in man and animals* (3. edition ed.). HarperCollins.  
<http://mokka.hu/mokka/record/bibMOK07646060>
- Deans, K. J., Thackeray, J., Groner, J. I., Cooper, J. N., & Minneci, P. C. (2014). Risk factors for recurrent injuries in victims of suspected non-accidental trauma: a retrospective cohort study. *BMC Pediatrics*, *14*, 217.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-217>
- Dee, C., & Stanley, E. E. (2005). Information-seeking behavior of nursing students and clinical nurses: implications for health sciences librarians. *Journal of the Medical Library Association*, *93*(2), 213-222.
- DeMause, L. (1975). *The history of childhood*. Harper & Row.
- DeMause, L. (1988). On writing childhood history. *The Journal of Psychohistory*, *16*(2), 135-171.  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1989-29700-001&site=ehost-live> (On writing childhood history: A symposium)
- Dias, M. S., Rottmund, C. M., Cappos, K. M., Reed, M. E., Wang, M., Stetter, C., Shaffer, M. L., Hollenbeak, C. S., Paul, I. M., Christian, C. W., Berger, R. P., & Klevens, J. (2017). Association of a Postnatal Parent Education Program for Abusive Head Trauma With Subsequent Pediatric Abusive Head Trauma Hospitalization Rates. *JAMA Pediatrics*, *171*(3), 223-229.  
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.4218>



- Dias, M. S., Smith, K., DeGuehery, K., Mazur, P., Li, V., & Shaffer, M. L. (2005). Preventing abusive head trauma among infants and young children: a hospital-based, parent education program. *Pediatrics*, *115*(4), e470-477. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1896>
- Dollard, J., Miller, N. E., Doob, L. W., Mowrer, O. H., & Sears, R. R. (1939). *Frustration and aggression*. Yale University Press. <https://doi.org/10.1037/10022-000>
- Ellingson, K. D., Leventhal, J. M., & Weiss, H. B. (2008). Using hospital discharge data to track inflicted traumatic brain injury. *American Journal of Preventive Medicine*, *34*(4 Suppl), S157-162. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.12.021>
- Emberi Erőforrások Minisztériuma. (2020). 2020. EüK. 14. szám EMMI szakmai irányelv 2. Retrieved April 17, 2023 from [http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/3179/fajlok/2020\\_EuK\\_14\\_szam\\_EMMI\\_iranyelv\\_2.pdf](http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/3179/fajlok/2020_EuK_14_szam_EMMI_iranyelv_2.pdf) Letöltve: 2022.06.21.
- Eurostat. (2020). *Number of nurses and midwives on the rise* Retrieved February 1, 2023 from <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20200512-1> Letöltve: 2022.06.22.
- Eurostat. (n.d.). *Practising midwives, 2013-2018 (per 100.000 inhabitants)*. Retrieved February 1, 2023 from [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/d/db/Practising\\_midwives%2C\\_2013\\_and\\_2018\\_%28per\\_100\\_000\\_inhabitants%29\\_Health20.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/d/db/Practising_midwives%2C_2013_and_2018_%28per_100_000_inhabitants%29_Health20.png) Letöltve: 2022.06.22.
- Evans, D. (2020). *How Will COVID-19 Affect Women and Girls in Low- and Middle-Income Countries?* Center for Global Development. Retrieved February 1, 2023

from <https://www.cgdev.org/blog/how-will-covid-19-affect-women-and-girls-low-and-middle-income-countries>

Fang, X., Brown, D. S., Florence, C. S., & Mercy, J. A. (2012). The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse & Neglect*, 36(2), 156-165. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.10.006>

Farkas, J. (2013). *Gyermekek sérelmére elkövetett családon belüli erőszak* [Doktori (PhD) értekezés, Miskolci Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar. Deák Ferenc Állam és Jogtudományi Doktori Iskola. ]. <http://midra.uni-miskolc.hu/document/14137>

Letöltve: 2022.05.13.

Feld, K., Ricken, T., Feld, D., Helmus, J., Hahnemann, M., Schenkl, S., Muggenthaler, H., Pfeiffer, H., Banaschak, S., Karger, B., & Wittschieber, D. (2022). Fractures and skin lesions in pediatric abusive head trauma: a forensic multi-center study. *International Journal of Legal Medicine*, 136(2), 591-601. <https://doi.org/10.1007/s00414-021-02751-4>

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)

Foley, S., Kovács, Z., Rose, J., Lamb, R., Tolliday, F., Simons-Coghill, M., Stephens, A., Scheiber, D., Toma, A., Asbóth, K., Kassai, T., Agathonos, H., Lopes, N. R., Williams, L. C., Sahin, F., Tasar, A., & Sarten, T. (2013). International collaboration on prevention of shaken baby syndrome - an ongoing

- project/intervention. *Paediatrics and International Child Health*, 33(4), 233-238. <https://doi.org/10.1179/2046905513y.0000000093>
- Friedman, J., Reed, P., Sharplin, P., & Kelly, P. (2012). Primary prevention of pediatric abusive head trauma: a cost audit and cost-utility analysis. *Child Abuse & Neglect*, 36(11-12), 760-770. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.07.008>
- Fujiwara, T., Yamada, F., Okuyama, M., Kamimaki, I., Shikoro, N., & Barr, R. G. (2012). Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behavior about crying and shaken baby syndrome: a replication of a randomized controlled trial in Japan. *Child Abuse & Neglect*, 36(9), 613-620. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.07.003>
- Garai, R. (2019). A kapcsolati erőszak bűncselekményének jogalkalmazási gyakorlata – a jogerős ítéletek tanulságai. In G. Vókó & A. T. Barabás (Eds.), *Kriminológiai tanulmányok* (Vol. 56, pp. 30-47). Országos Kriminológiai Intézet. [https://www.okri.hu/images/stories/KT/KT56\\_2019/kt56\\_sec.pdf](https://www.okri.hu/images/stories/KT/KT56_2019/kt56_sec.pdf)
- Garbarino, J., & Garbarino, A. C. (1994). *Emotional Maltreatment of Children*. National Committee to Prevent Child Abuse.
- Greenwald, M. J., Weiss, A., Oesterle, C. S., & Friendly, D. S. (1986). Traumatic retinoschisis in battered babies. *Ophthalmology*, 93(5), 618-625. [https://doi.org/10.1016/s0161-6420\(86\)33688-1](https://doi.org/10.1016/s0161-6420(86)33688-1)
- Guthkelch, A. N. (1971). Infantile subdural haematoma and its relationship to whiplash injuries. *British Medical Journal*, 2(5759), 430-431. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.5759.430>

Gyermekjogi Civil Koalíció. (2019). *A gyermekjogok helyzete Magyarországon (2014-2019). Alternatív jelentés az ENSZ Gyermekjogi Egyezményének hazai végrehajtásáról*. UNICEF. Retrieved February 1, 2023 from [https://unicef.hu/wp-content/uploads/2019/11/alternativ\\_jelentes.pdf](https://unicef.hu/wp-content/uploads/2019/11/alternativ_jelentes.pdf) Letöltve: 2022.11.20.

*Gyermekjogi jelentés*. (n.d.). Híntalovon Gyermekjogi Alapítvány. Retrieved February 1, 2023 from [https://hintalovon.hu/gyermekjogi-jelentes/?gclid=CjwKCAiAuOieBhAIEiwAgjCvchWCJJfV\\_sFjQPDylRz0fscv6Cw3b0m-KES8drGgr29xssIu5JECIhoCzYwQAvD\\_BwE](https://hintalovon.hu/gyermekjogi-jelentes/?gclid=CjwKCAiAuOieBhAIEiwAgjCvchWCJJfV_sFjQPDylRz0fscv6Cw3b0m-KES8drGgr29xssIu5JECIhoCzYwQAvD_BwE) Letöltve: 2023.02.12.

Gyetzvai, J. (2006). Hornyák Mária: Brunszvik Teréz és a Felvidék első óvodái (Besztercebánya, Pozsony, Nagyszombat). Martonvásár. 2005. 88. *Neveléstörténet = History of Education = Erziehungsgeschichte = Histoire pédagogique*, 3(3-4), 171-173. [http://www.kodolanyi.hu/nevelestortenet/index.php?act=menu\\_tart&rovat\\_mod=archiv&eid=34&rid=8&id=243](http://www.kodolanyi.hu/nevelestortenet/index.php?act=menu_tart&rovat_mod=archiv&eid=34&rid=8&id=243) Letöltve: 2022.06.15.

György, J. (1967). *Az antiszociális személyiség*. Medicina Könyvkiadó. <https://hunteka.lib.semmelweis.hu/hu/record/-/recordRECORD386311> Letöltve: 2022.05.19.

Hadley, M. N., Sonntag, V. K., Rekate, H. L., & Murphy, A. (1989). The infant whiplash-shake injury syndrome: a clinical and pathological study. *Neurosurgery*, 24(4), 536-540. <https://doi.org/10.1227/00006123-198904000-00008>

Harley, R. D. (1980). Ocular manifestations of child abuse. *Journal of Pediatric and Ophthalmology Strabismus*, 17(1), 5-13. <https://doi.org/10.3928/0191-3913-19800101-03>

- Hennig-Thurau, T., Gwinner, K. P., Walsh, G., & Gremler, D. D. (2004). Electronic word-of-mouth via consumer-opinion platforms: What motivates consumers to articulate themselves on the Internet? *Journal of Interactive Marketing, 18*(1), 38-52. <https://doi.org/10.1002/dir.10073>
- Herczog, M. (2007). *Gyermekbántalmazás*. Complex. <https://hunteka.lib.semmelweis.hu/hu/record/-/recordRECORD218472>
- Herczog, M., Lux, Á., Parti, K., & Virág, G. (2016). *Hol a határ? Gyermeknevelési szokások Magyarországon*. UNICEF Magyar Bizottság Alaóítvány. [https://unicef.hu/wp-content/uploads/2016/11/Hol-a-hat%C3%A1r-kutat%C3%A1s\\_2016.pdf](https://unicef.hu/wp-content/uploads/2016/11/Hol-a-hat%C3%A1r-kutat%C3%A1s_2016.pdf) Letöltve: 2022.05.19.
- Hunziker, U. A., & Barr, R. G. (1986). Increased carrying reduces infant crying: a randomized controlled trial. *Pediatrics, 77*(5), 641-648.
- Isumi, A., Fujiwara, T., & Sampei, M. (2019). [Effectiveness of an educational video on infant crying for prevention of shaken baby syndrome among Japanese caregivers of infants]. *Nihon Koshu Eisei Zasshi, 66*(11), 702-711. [https://doi.org/10.11236/jph.66.11\\_702](https://doi.org/10.11236/jph.66.11_702)
- James-Roberts, J. S. (2017). *Encyclopedia on Early Childhood Development*. University of London. <https://www.child-encyclopedia.com/crying-behaviour/according-experts/effective-services> Letöltve: 2022. 04.21
- Jenny, C., Hymel, K. P., Ritzen, A., Reinert, S. E., & Hay, T. C. (1999). Analysis of missed cases of abusive head trauma. *Jama, 281*(7), 621-626. <https://doi.org/10.1001/jama.281.7.621>

- Keenan, H. T., Runyan, D. K., Marshall, S. W., Nocera, M. A., Merten, D. F., & Sinal, S. H. (2003). A population-based study of inflicted traumatic brain injury in young children. *Jama*, *290*(5), 621-626. <https://doi.org/10.1001/jama.290.5.621>
- Kelly, P., Wilson, K., Mowjood, A., Friedman, J., & Reed, P. (2016). Trialling a shaken baby syndrome prevention programme in the Auckland District Health Board. *The New Zealand Medical Journal*, *129*(1430), 39-50.
- Kemény, I., & Simon, J. (2015). Termékek és szolgáltatások vásárlása on-line - vajon mások az elvárások? *Vezetéstudomány*, *46*(7), 28-40.
- Kempe, C. H. (1971). Paediatric implications of the battered baby syndrome. *Archives of Disease in Childhood*, *46*(245), 28-37. <https://doi.org/10.1136/adc.46.245.28>
- Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H. K. (1962). The battered-child syndrome. *Jama*, *181*, 17-24. <https://doi.org/10.1001/jama.1962.03050270019004>
- Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H. K. (1985). The battered-child syndrome. *Child Abuse & Neglect*, *9*(2), 143-154. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0145-2134\(85\)90005-5](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0145-2134(85)90005-5)
- Kerezsi. (1995). *A védtelen gyermek: erőszak és elhanyagolás a családban*. Közgazd. és Jogi Kvk. <http://mokka.hu/mokka/record/bibMOK08220756> Letöltve: 2022.04.25.
- Kesler, H., Dias, M. S., Shaffer, M., Rottmund, C., Cappos, K., & Thomas, N. J. (2008). Demographics of abusive head trauma in the Commonwealth of Pennsylvania. *Journal of Neurosurgery Pediatrics*, *1*(5), 351-356. <https://doi.org/10.3171/ped/2008/1/5/351>

- Klevens, J., Luo, F., Xu, L., Peterson, C., & Latzman, N. E. (2016). Paid family leave's effect on hospital admissions for pediatric abusive head trauma. *Injury Prevention*, 22(6), 442-445. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2015-041702>
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., & Mercy, J. A. (2002). World report on violence and health. (Világjelentés az erőszakról és az egészségről). Retrieved 2017-09-17, from [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_en.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf) Letöltve: 2022.03.17.
- Kun, E. (2015). *Honnan tájékozódnak a betegek, mire kíváncsiak, kitől várják a válaszokat? Kutatási eredmények.* Retrieved December 15, 2022 from <https://adoc.pub/honnan-tajekozodnak-a-betegek-mire-kivancsiak-kitl-varjak-a.html> Letöltve: 2022. 03.21.
- Kurucz, I. (2015). *Miért mások?* Retrieved February 1, 2023 from <https://nrc.hu/internet/internetezok-miert-masok/> Letöltve: 2022.03.21.
- Kwak, Y. H. (2022). Diagnosis of Abusive Head Trauma : Neurosurgical Perspective. *Journal of Korean Neurosurgical Society*, 65(3), 370-379. <https://doi.org/10.3340/jkns.2021.0284>
- Lee, C., Barr, R. G., Catherine, N., & Wicks, A. (2007). Age-related incidence of publicly reported shaken baby syndrome cases: is crying a trigger for shaking? *Journal of Development and Behaviour Pediatrics*, 28(4), 288-293. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3180327b55>
- Letson, M. M., Cooper, J. N., Deans, K. J., Scribano, P. V., Makoroff, K. L., Feldman, K. W., & Berger, R. P. (2016). Prior opportunities to identify abuse in children

- with abusive head trauma. *Child Abuse & Neglect*, 60, 36-45.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.09.001>
- Lind, K., Toure, H., Brugel, D., Meyer, P., Laurent-Vannier, A., & Chevignard, M. (2016). Extended follow-up of neurological, cognitive, behavioral and academic outcomes after severe abusive head trauma. *Child Abuse & Neglect*, 51, 358-367.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.08.001>
- Lorenz, K. (1963). *Das sogenannte Böse: zur Naturgeschichte der Aggression*. Borotha-Schoeler. <http://mokka.hu/mokka/record/bibMOK08396263>
- Ludwig, S., & Warman, M. (1984). Shaken baby syndrome: a review of 20 cases. *Annals of Emergency Medicine*, 13(2), 104-107. [https://doi.org/10.1016/s0196-0644\(84\)80571-5](https://doi.org/10.1016/s0196-0644(84)80571-5)
- Maguire, S. A., Watts, P. O., Shaw, A. D., Holden, S., Taylor, R. H., Watkins, W. J., Mann, M. K., Tempest, V., & Kemp, A. M. (2013). Retinal haemorrhages and related findings in abusive and non-abusive head trauma: a systematic review. *Eye*, 27(1), 28-36. <https://doi.org/10.1038/eye.2012.213>
- Main, H., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool Years: 3 Theory, Research, and Intervention* (pp. 121-160): University of Chicago Press.
- Maitra, B. (1996). Child abuse: a universal 'diagnostic' category? The implication of culture in definition and assessment. *Int J Soc Psychiatry*, 42(4), 287-304.  
<https://doi.org/10.1177/002076409604200404>



- Manan, M. R., Rahman, S., Komer, L., Manan, H., & Iftikhar, S. (2022). A Multispecialty Approach to the Identification and Diagnosis of Nonaccidental Trauma in Children. *Cureus*, *14*(7), e27276. <https://doi.org/10.7759/cureus.27276>
- Manfield, J., Oakley, K., Macey, J. A., & Waugh, M. C. (2021). Understanding the Five-Year Outcomes of Abusive Head Trauma in Children: A Retrospective Cohort Study. *Development Neurorehabilitation*, *24*(6), 361-367. <https://doi.org/10.1080/17518423.2020.1869340>
- Megölte két hónapos fiát a recski férfi, mert sírt – vádat emeltek ellene (February 3, 2017). *Heti Világgazdaság*. [https://hvg.hu/itthon/20170203\\_megolte\\_kethonapos\\_fiat\\_a\\_recski\\_ferfi\\_mert\\_sirt\\_\\_vadat\\_emeltek\\_ellene](https://hvg.hu/itthon/20170203_megolte_kethonapos_fiat_a_recski_ferfi_mert_sirt__vadat_emeltek_ellene) Letöltve: 2022.02.24.
- Mian, M., Shah, J., Dalpiaz, A., Schwamb, R., Miao, Y., Warren, K., & Khan, S. (2015). Shaken Baby Syndrome: a review. *Fetal and Pediatric Pathology*, *34*(3), 169-175. <https://doi.org/10.3109/15513815.2014.999394>
- Miller, N. E. (1941). I. The frustration-aggression hypothesis. *Psychological Review*, *48*(4), 337-342.
- Miller, T. R., Steinbeigle, R., Lawrence, B. A., Peterson, C., Florence, C., Barr, M., & Barr, R. G. (2018). Lifetime Cost of Abusive Head Trauma at Ages 0-4, USA. *Prevention Science*, *19*(6), 695-704. <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0815-z>
- Miller, T. R., Steinbeigle, R., Wicks, A., Lawrence, B. A., Barr, M., & Barr, R. G. (2014). Disability-adjusted life-year burden of abusive head trauma at ages 0-4. *Pediatrics*, *134*(6), e1545-1550. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1385>

- Nagy Ákos, A., Kemény, I., Simon, J., & Kiss, V. (2015). Az online szájreklám alapjául szolgáló magatartás és az elégedettség kapcsolata. *Marketing & Menedzsment : the Hungarian journal of marketing and management*, 49(4), 18-35.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349. doi:10.1371/journal.pmed.1001349
- Nők Joga. (n.d.). *Gyermekek az erőszakos párkapcsolatokban*. <https://nokjoga.hu/segitoknek-szakmai-es-politikai-donteshozoknak/gyerekek/gyermekek-az-eroszakos-parkapcsolatokban/> Letöltve: 2022.04.22.
- NRC. (2009). *Mindent az internetező nőkről – VMR.woman 2009*. Retrieved December 15, 2023 from <https://nrc.hu/egyeb/mindent-az-internetezo-nokrol-vmr-woman-2009/> Letöltve: 2022.04.22.
- NRC. (2010). *Szülői értekezlet kutatás* Retrieved December 15, 2022 from <https://nrc.hu/internet/internethasznalat-anyukak/> Letöltve: 2022.04.22.
- Nuño, M., Ugiliweneza, B., Zepeda, V., Anderson, J. E., Coulter, K., Magana, J. N., Drazin, D., & Boakye, M. (2018). Long-term impact of abusive head trauma in young children. *Child Abuse & Neglect*, 85, 39-46. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.08.011>
- Oliver, J. E. (1993). Intergenerational transmission of child abuse: rates, research, and clinical implications. *Am J Psychiatry*, 150(9), 1315-1324. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.9.1315>

- Országgyűlés Hivatala. (2017). *Gyermekvédelmi Jelzőrendszer*. Retrieved March 08, 2023 from [https://www.parlament.hu/documents/10181/1202209/Infojegyzet\\_2017\\_27\\_gyermekvedelmi+jelzorendszer.pdf/104dd04a-dca3-47bc-944e-bfb07067676f](https://www.parlament.hu/documents/10181/1202209/Infojegyzet_2017_27_gyermekvedelmi+jelzorendszer.pdf/104dd04a-dca3-47bc-944e-bfb07067676f)  
Letöltve: 2022.04.22.
- Országos Kórházi Főigazgatóság. (2017). *A kötelező szakmacsoportos továbbképzési tanfolyamok szakmai tartalmi*. Retrieved February 1, 2023 from <https://www.enkk.hu/index.php/hun/249> Letöltve: 2022.09.14.
- Országos Kórházi Főigazgatóság. (2021). *Szabadon választható továbbképzési programok*. Retrieved February 1, 2023 from <https://www.enkk.hu/index.php/hun/nyilvantartasi-es-tovabbkepzesi-foosztaly-mukodesi-kartya-tovabbkepzesi-programok/tovabbkepzesi-programok/szabadon-valaszthato-tovabbkepzesi-programok> Letöltve: 2022.09.14.
- Országgyűlés Hivatala. (2017). *Gyermekvédelmi jelzőrendszer*. [https://www.parlament.hu/documents/10181/1202209/Infojegyzet\\_2017\\_27\\_gyermekvedelmi+jelzorendszer.pdf/104dd04a-dca3-47bc-944e-bfb07067676f](https://www.parlament.hu/documents/10181/1202209/Infojegyzet_2017_27_gyermekvedelmi+jelzorendszer.pdf/104dd04a-dca3-47bc-944e-bfb07067676f)  
Letöltve: 2022.06.22.
- Parks, S., Sugerman, D., Xu, L., & Coronado, V. (2012). Characteristics of non-fatal abusive head trauma among children in the USA, 2003--2008: application of the CDC operational case definition to national hospital inpatient data. *Injury Prevention, 18*(6), 392-398. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2011-040234>

Parks, S. E., Annest, J. L., Hill, H. A., & Karch, D. L. (2012). *Pediatric Abusive Head Trauma: Recommended Definitions for Public Health Surveillance and Research*. Centers for Disease Control and Prevention.

Pászthy, B. (n.d.). *A gyermekek bántalmazás és elhanyagolás jelenségköre a gyermekorvos szemszögéből*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet. Retrieved 2017-09-24 from [http://www.gyermekebantalmazas.hu/celcsoportok/szakembereknek/item/a-gyermekebantalmazas-es-elhanyagolas-jelensegkoere-a-gyermekorvos-szemszoegebl?category\\_id=5](http://www.gyermekebantalmazas.hu/celcsoportok/szakembereknek/item/a-gyermekebantalmazas-es-elhanyagolas-jelensegkoere-a-gyermekorvos-szemszoegebl?category_id=5) Letöltve: 2022.04.14.

Peterson, C., Xu, L., Florence, C., Parks, S. E., Miller, T. R., Barr, R. G., Barr, M., & Steinbeigle, R. (2014). The medical cost of abusive head trauma in the United States. *Pediatrics*, *134*(1), 91-99. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0117>

Pierce, M. C. (2017). Bruising characteristics from unintentional injuries in children: the 'green flag' study. *Archives of Diseases in Childhood*, *102*(12), 1097-1098. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2017-313367>

Pollock, L. (1998). A gyermekkel kapcsolatos attitűdök. In Z. Vajda & B. Pukánszky (Eds.), *A gyermekkor története. Szöveggyűjtemény* (pp.??-??). Eötvös József Könyvkiadó.

*Power to protect' advertisement*. (2017). Retrieved February 1, 2023 from <https://teara.govt.nz/en/video/29236/power-to-protect-advertisement> Letöltve: 2022.09.14.

Rácz, A. (2016). *Gyermekvédelem mint fragmentált társadalmi intézmény: A korporált szülőség értelmezése a hazai gyakorlatban*: Debreceni Egyetemi Kiadó.

- Rácz, A. (2020). Gyermekvédelmi szakemberek kliensekről és szakmáról alkotott képének vizsgálata egy családból való kiemelés története mentén. Retrieved April 17, 2023 from [http://real.mtak.hu/113697/1/raczandea\\_szocialismunkakotet\\_20190916.pdf](http://real.mtak.hu/113697/1/raczandea_szocialismunkakotet_20190916.pdf)  
Letöltve: 2022.09.14.
- Rácz, A. (2022). *Teoriától a gyermekvédelem praxisáig*.  
doi:<https://doi.org/10.21862/2022/RaczPraxis/5442> Letöltve: 2022.09.14.
- Rajzinger, Á., Tóth, K., & Zeller, J. (2010). Rendszer - elmélet? *Család gyermek ifjúság*, 19(2), 37-48.
- Raza, H. F., Archambault, É., Pépin, K., Lord, A., & Frappier, J. Y. (2022). Traumatic head injury due to child maltreatment: epidemiology, cost analysis, and impact of prevention. *Childs Nervous System*. <https://doi.org/10.1007/s00381-022-05560-1>
- Révész, G. (1999). A felnőtt világ gyermekekkel kapcsolatos elvárásai és a gyermekbántalmazás. *Magyar pszichológiai szemle*, 54(3), 387-404.
- Révész, G., & László, J. (2004). *Szülői bánásmód, gyermekbántalmazás*. Új Mandátum Könyvkiadó. <https://hunteska.lib.semmelweis.hu/hu/record/-/recordRECORD199966>
- Roche, A. J., Fortin, G., Labbé, J., Brown, J., & Chadwick, D. (2005). The work of Ambroise Tardieu: the first definitive description of child abuse. *Child Abuse Negl*, 29(4), 325-334. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.04.007>
- Rogers, S. R. (1989). The Social Construction of Childhood In W. S. Rogers, D. Hevey, & E. Ash (Eds.), *Child abuse and Neglect. Facing the Challenge* (pp. 23-30). Batsford Ltd.

- Sato, Y., Yuh, W. T., Smith, W. L., Alexander, R. C., Kao, S. C., & Ellerbroek, C. J. (1989). Head injury in child abuse: evaluation with MR imaging. *Radiology*, *173*(3), 653-657. <https://doi.org/10.1148/radiology.173.3.2813768>
- Scheimberg, I., Cohen, M. C., Zapata Vazquez, R. E., Dilly, S., Adnani, M. A., Turner, K., & Sethuraman, C. (2013). Nontraumatic intradural and subdural hemorrhage and hypoxic ischemic encephalopathy in fetuses, infants, and children up to three years of age: analysis of two audits of 636 cases from two referral centers in the United Kingdom. *Pediatric and Developmental Pathology*, *16*(3), 149-159. <https://doi.org/10.2350/12-08-1232-oa.1>
- Schmidt, L. (2021). *Családon belüli erőszak a koronavírus idején*. Nemzeti Közzolgálati Egyetem Európa Stratégia Kutatóintézet. Retrieved February 1, 2023 from <https://eustrat.uni-nke.hu/hirek/2021/03/12/csaladon-beluli-eroszak-a-koronavirus-idejen> Letöltve: 2022.07.04.
- Sears, R. R. (1941). II. Non-aggressive reactions to frustration. *Psychological Review*, *48*(4), 343–346. doi:<https://doi.org/10.1037/h0059717>
- Segal, E. A. (2018). *Social Empathy: The Art of Understanding Others*. Retrieved from <http://cup.columbia.edu/book/social-empathy/9780231184809>
- Shahar, S. (2000). *Gyermekek a középkorban*. Osiris Kiadó. <https://hunteska.lib.semmelweis.hu/hu/record/-/recordRECORD176372> Letöltve: 2022.03.14.
- Simonson, J., Haglund, K., Weber, E., Fial, A., & Hanson, L. (2021). Probiotics for the Management of Infantile Colic: A Systematic Review. *MNC. The American*

*Journal of Maternal Child Nursing*, 46(2), 88-96.

doi:10.1097/nmc.0000000000000691

Sivasundaram, L., Trivedi, N. N., Gatta, J., Ning, A. Y., Kim, C. Y., & Mistovich, R. J. (2019). Demographics and Risk Factors for Non-Accidental Orthopedic Trauma.

*Clinical Pediatrics*, 58(6), 618-626. <https://doi.org/10.1177/0009922819829045>

Slater, P. J. (1980). The ethological approach to aggression. *Psychol Med*, 10(4), 607-609. <https://doi.org/10.1017/s0033291700054908>

Solt, Á. (2018a). *Bírói ítélezési gyakorlat a kiskorú veszélyeztetése tárgyában (A/III/9.)*.

*Kutatási zárójelentés*. Országos Kriminológiai Intézet. Retrieved February 1, 2023 from

[https://www.okri.hu/images/stories/kutatok/soltagnes/kk\\_vesz\\_2018\\_sec.pdf](https://www.okri.hu/images/stories/kutatok/soltagnes/kk_vesz_2018_sec.pdf)

Letöltve: 2022.09.14.

Solt, Á. (2018b). A „gyermekbarát igazságszolgáltatás repedéseiről. In G. Vókó & A. T.

Barabás (Eds.), *Kriminológiai Tanulmányok* (Vol. 55, pp. 47-62). Országos Kriminológiai Intézet.

[https://okri.hu/images/stories/KT/KT55\\_2018/kt55\\_sec.pdf](https://okri.hu/images/stories/KT/KT55_2018/kt55_sec.pdf) Letöltve:

2022.09.14.

Spencer, N., Wallace, A., Sundrum, R., Bacchus, C., & Logan, S. (2006). Child abuse registration, fetal growth, and preterm birth: a population based study. *Journal of Epidemiology and Community Health*,

60(4), 337-340.

<https://doi.org/10.1136/jech.2005.042085>

St James-Roberts, I., & Halil, T. (1991). Infant crying patterns in the first year: normal community and clinical findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and*

*allied disciplines*, 32(6), 951-968. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1991.tb01922.x>

Starling, S. P., Holden, J. R., & Jenny, C. (1995). Abusive head trauma: the relationship of perpetrators to their victims. *Pediatrics*, 95(2), 259-262.

Starling, S. P., Patel, S., Burke, B. L., Sirotnak, A. P., Stronks, S., & Rosquist, P. (2004). Analysis of perpetrator admissions to inflicted traumatic brain injury in children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158(5), 454-458. <https://doi.org/10.1001/archpedi.158.5.454>

Steele, B. F., & Pollock, C. B. (1974). A psychiatric study of parents who abuse infants and small children. In R. E. Helfer & C. H. Kempe (Eds.), *The Battered Child* (pp. 89-133). University of Chicago Press.

Strauss, D. J., Shavelle, R. M., & Anderson, T. W. (1998). Long-term survival of children and adolescents after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79(9), 1095-1100. [https://doi.org/10.1016/s0003-9993\(98\)90177-0](https://doi.org/10.1016/s0003-9993(98)90177-0)

Sung, V., Collett, S., de Gooyer, T., Hiscock, H., Tang, M., & Wake, M. (2013). Probiotics to prevent or treat excessive infant crying: systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 167(12), 1150-1157. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.2572>

Sung, V., Hiscock, H., Tang, M. L., Mensah, F. K., Nation, M. L., Satzke, C., Heine, R. G., Stock, A., Barr, R. G., & Wake, M. (2014). Treating infant colic with the probiotic *Lactobacillus reuteri*: double blind, placebo controlled randomised trial. *Bmj*, 348, g2107. <https://doi.org/10.1136/bmj.g2107>



*Szakmai irányelvek.* (n.d.). Egészségügyi Szakmai Kollégium Tagozatai és Tanácsai.

Retrieved December 15, 2023 from  
<https://kollegium.aEEK.hu/Iranyelvek/Index?AspxAutoDetectCookieSupport=1>

Szikra, D. (2018). Ideológia vagy pragmatizmus? Családpolitika az orbáni illiberális demokráciában In A. Bozóki & K. Füzér (Eds.), *Lépték és irónia : Szociológiai kalandozások* (pp. 219-240). L'Harmattan : MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont.

Talvik, I., Alexander, R. C., & Talvik, T. (2008). Shaken baby syndrome and a baby's cry. *Acta Paediatrica*, 97(6), 782-785. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00778.x>

Tardieu, A. (1860a). Etude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 13, 361–398.

Tardieu, A. (1860b). Travail des enfants. In *Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité* (2nd ed., Vol. 4) (pp. 258-282). Librairie JB Baillière et Fils.

Thornberry, T. P., Knight, K. E., & Lovegrove, P. J. (2012). Does maltreatment beget maltreatment? A systematic review of the intergenerational literature. *Trauma Violence Abuse*, 13(3), 135-152. <https://doi.org/10.1177/1524838012447697>

Tománé Mészáros, A., Kovács, Z., Domján, G., Gadó, K., & Soósné Kiss, Z. (2018a). Hogyan előzzük meg a gyermekbántalmazást? A prevenciós munka jelentősége és kihívásai. *Egészségfejlesztés = Health Development*, 59(5), 63-69. <https://doi.org/doi: 10.24365/ef.v59i5.323>

Tománé Mészáros, A., Kovács, Z., Domján, G., Gadó, K., & Soósné Kiss, Z. (2018b).

A gyermekbántalmazás és elhanyagolás primer prevenciók vonatkozásai.

*Egészségtudomány*, 62(1-2), 55-57.

Tománé Mészáros, A., & Vingender, I. (2019). A gyermekbántalmazás

kutatásfejlődésének kiemelkedő lépései – A megrázott gyermek szindróma

(Shaken Baby Syndrome - SBS) = Additive information and interesting facts

about the history of child abuse - Shaken Baby Syndrome (SBS). *Kaleidoscope :*

*művelődés-, tudomány- és orvostörténeti folyóirat*, 10(19), 76–91.

<https://doi.org/10.17107/KH.2019.19.76-91>

Tománé Mészáros, A., Egeresi, F., & Vingender, I. (2022). A gyermekbántalmazás

transzgenerációs hatásai : az egészségügyi szakdolgozók társadalmi felfogása és

értékítélete. *Orvosi Hetilap*, 163(39), 1544-1552.

Tóth, T., Palicz, T., & Szócska, M. (2020). A magyar egészségügyi szakemberek digitális

technológiákkal kapcsolatos attitűdjének vizsgálata. *IME Interdiszciplináris*

*Magyar Egészségügy : tudományos folyóirat*, 19(2), 44-48.

Tursz, A., & Cook, J. M. (2014). Epidemiological data on shaken baby syndrome in

France using judicial sources. *Pediatric Radiology*, 44 Suppl 4, S641-646.

<https://doi.org/10.1007/s00247-014-3097-7>

UNICEF. (2009). *Innocenti Social Monitor 2009. Child Well-being at a Crossroads:*

*Evolving challenges in Central and Eastern Europe and the Commonwealth of*

*Independent States*. Retrieved September 18, 2017 from [https://www.unicef-](https://www.unicef-irc.org/publications/?SeriesId=21)

[irc.org/publications/?SeriesId=21](https://www.unicef-irc.org/publications/?SeriesId=21)

- Vermillet, A. Q., Tølbøll, K., Litsis Mizan, S., J, C. S., & Parsons, C. E. (2022). Crying in the first 12 months of life: A systematic review and meta-analysis of cross-country parent-reported data and modeling of the "cry curve". *Child Development, 93*(4), 1201-1222. <https://doi.org/10.1111/cdev.13760>
- Vester, M. E. M., Bilo, R. A. C., Loeve, A. J., van Rijn, R. R., & van Zandwijk, J. P. (2019). Modeling of inflicted head injury by shaking trauma in children: what can we learn? : Part I: A systematic review of animal models. *Forensic Science, Medicine, and Pathology, 15*(3), 408-422. <https://doi.org/10.1007/s12024-019-0082-3>
- Vinchon, M., de Foort-Dhellemmes, S., Desurmont, M., & Delestret, I. (2010). Confessed abuse versus witnessed accidents in infants: comparison of clinical, radiological, and ophthalmological data in corroborated cases. *Child's Nervous System, 26*(5), 637-645. <https://doi.org/10.1007/s00381-009-1048-7>
- Wangenheim, F. V., & Bayon, T. (2004). The effect of word of mouth on services switching: measurement and moderating variables. *European Journal of Marketing, 38*(9/10), 1173-1185. <https://doi.org/https://doi.org/10.1108/03090560410548924>
- Wilkins, N., Tsao, B., Hertz, M., Davis, R., & Klevens, J. (2014). Connecting the Dots: An Overview of the Links Among. Multiple Forms of Violence. Retrieved April 17, 2023 from [https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/connecting\\_the\\_dots-a.pdf](https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/connecting_the_dots-a.pdf)  
Letöltve: 2022.09.14.

- Wilkinson, W. S., Han, D. P., Rappley, M. D., & Owings, C. L. (1989). Retinal hemorrhage predicts neurologic injury in the shaken baby syndrome. *Archives of Ophthalmology*, *107*(10), 1472-1474.  
<https://doi.org/10.1001/archopht.1989.01070020546037>
- Wolfson, D. R., McNally, D. S., Clifford, M. J., & Vloeberghs, M. (2005). Rigid-body modelling of shaken baby syndrome. *Proceedings of the Institution of Mechanical Engineers. Part H, Journal of Engineers in Medicine*, *219*(1), 63-70.  
<https://doi.org/10.1243/095441105x9237>
- World Health Organization. (2002). *World Report on violence and health* Retrieved 2022-03-05  
from:[https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/chap1.pdf?ua=1](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/chap1.pdf?ua=1) Letöltve: 2022.09.14.
- Yu, Y. R., DeMello, A. S., Greeley, C. S., Cox, C. S., Naik-Mathuria, B. J., & Wesson, D. E. (2018). Injury patterns of child abuse: Experience of two Level 1 pediatric trauma centers. *Journal of Pediatric Surgery*, *53*(5), 1028-1032.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2018.02.043>
- Z. Papp, Z. (2017). Az áldizathibáztatás pszichológiai magyarázatai. A kontroll szerepe az áldozatsegítésben. *Alkalmazott pszichológia*, *17*(1), 77-97.  
[http://ap.elte.hu/wp-content/uploads/2017/10/AP\\_2017\\_1\\_Z\\_Papp.pdf](http://ap.elte.hu/wp-content/uploads/2017/10/AP_2017_1_Z_Papp.pdf) Letöltve: 2022.07.04.
- Zeifman, D. M., & St James-Roberts, I. (2017). Parenting the Crying Infant. *Current Opinion in Psychology*, *15*, 149-154.  
<https://doi.org/10.1016/j.copsy.2017.02.009>

Zigler, E. F., & Hall, N. W. (1989). Physical child abuse in America: Past, present, and future. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 38-75). Cambridge University Press.  
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511665707.003>

Zolotor, A. J., Runyan, D. K., Shanahan, M., Durrance, C. P., Nocera, M., Sullivan, K., Klevens, J., Murphy, R., Barr, M., & Barr, R. G. (2015). Effectiveness of a Statewide Abusive Head Trauma Prevention Program in North Carolina. *JAMA Pediatrics*, *169*(12), 1126-1131.  
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.2690>

## 12 Saját publikáció jegyzéke

### 12.1 Az értekezés témájához kapcsolódó publikációk

1. **Tománé Mészáros Andrea**; Egeresi Fruzsina; Vingender István.: A gyermekbántalmazás transzgenerációs hatásai. Az egészségügyi szakdolgozók társadalmi felfogása és értékítélete ORVOSI HETILAP (0030-6002 1788-6120): 163-169 pp 1544-1552 (2022)
2. **Tománé, Mészáros Andrea** ; Vingender, István. A gyermekbántalmazás kutatásfejlődésének kiemelkedő lépései: A megrázott gyermek szindróma (Shaken Baby Syndrome - SBS) KALEIDOSCOPE: MŰVELŐDÉS- TUDOMÁNY- ÉS ORVOSTÖRTÉNETI FOLYÓIRAT 10 : 19 pp. 76-91. , 16 p. (2019)
3. **Tománé, Mészáros Andrea**; Kovács, Zsuzsanna; Domján, Gyula; Gadó, Klára; Soósné, Kiss Zsuzsanna: A gyermekbántalmazás és elhanyagolás primer prevenciók vonatkozásai EGÉSZSÉGTUDOMÁNY 62 : 1-2 pp. 39-57. , 19 p. (2018)
4. **Tománé, Mészáros Andrea**; Kovács, Zsuzsanna; Domján, Gyula; Gadó Klára ; Soósné, Kiss Zsuzsanna: Hogyan előzzük meg a gyermekbántalmazást?: A prevenciók munka jelentősége és kihívásai EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS 59 : 5 pp. 63-69. , 7 p. (2018)
5. Foley, S ; Kovacs, Z ; Rose, J ; Lamb, R ; Tolliday, F ; Simons-Coghill, M ; Stephens, A ; Scheiber, D ; **Toma, A** ; Asbóth, K et al. International collaboration on prevention of shaken baby syndrome - an on going project/intervention PAEDIATRICS AND INTERNATIONAL CHILD HEALTH 33 : 4 pp. 233-238. , 6 p. (2013)

### 12.2 Az értekezés témájától független közlemények

1. Tománé Mészáros Andrea (szerk.) ; Árváné, Egri Csilla ; Csatornai, Sarolta ; Fogarasi-Grenczer, Andrea ; Karamánné, Dr. Pakai Annamária ; Kohut, T. Yoram ; Tobak, Orsolya ; Tománé, Mészáros Andrea ; Tulkán, Ibolya: Függőségek, különös tekintettel a női függőségekre Budapest, Magyarország: AKADÉMIAI KIADÓ, Nemzeti Népegészségügyi Központ (2020) [DOI](https://doi.org/10.1007/9789634546191) ISBN: [9789634546191](https://doi.org/10.1007/9789634546191)
2. Barczy Erika, Bertalan Ildikó, Galvács Henrietta, Járomi Melinda, Karamánné Pakai Annamária, Kárpáti Zsuzsanna, Kiss Laura, Markó-Kucsera Mária, Oláh András, Pállay-

Kovács Szilvia, **Tománé Mészáros Andrea**, Tulkán Ibolya, Ujváriné Siket Adrienn, Zagyva Klára, Zrínyi Miklós.

Elemzés az alapellátásban dolgozó ápolók képzésének, kompetenciáinak nemzetközi gyakorlatáról. Budapest, Magyarország: AKADÉMIAI KIADÓ, ISBN: 9789634546221. (2020) 125

3. Barczy Erika, Breitenbach Zita, Busa Csilla, Czető Ágnes, Csikó Ágnes, Eörsi Dániel, Galvács Henrietta, Gyetvai Györgyi, Hanka Krisztina, Hargittay Csenge, Hegedűs Orsolya, Járomi Melinda, Kalmár Zoltán Józsefné, Karamánné Pakai Annamária, Kárpáti Zsuzsanna, Kerti Emese, Kiss Laura, Kiss Nóra, Kolozsvári László, Kolozsváriné Harsányi Szilvia, Korolovszky Júlia, Markó-Kucsera Mária, Máté Orsolya, Mohos András, Oláh András, Pállay-Kovács Szilvia, Pátri László, Szabó Edit, Szabóné Tamás Hajnalka, **Tománé Mészáros Andrea**, Várnai Réka, Zrínyi Miklós. Konceptió az alapellátási kompetenciabővítő képzésekre. Budapest, Magyarország: AKADÉMIAI KIADÓ, ISBN: 9789634546245. (2020)
4. Barczy Erika, Breitenbach Zita, Busa Csilla, Czető Ágnes, Csikó Ágnes, Eörsi Dániel, Galvács Henrietta, Gyetvai Györgyi, Hanka Krisztina, Hargittay Csenge, Hegedűs Orsolya, Járomi Melinda, Kalmár Zoltán Józsefné, Karamánné Pakai Annamária, Kárpáti Zsuzsanna, Kerti Emese, Kiss Laura, Kiss Nóra, Kolozsvári László, Kolozsváriné Harsányi Szilvia, Korolovszky Júlia, Markó-Kucsera Mária, Máté Orsolya, Mohos András, Oláh András, Pállay-Kovács Szilvia, Szabó Edit, Szabóné Tamás Hajnalka, **Tománé Mészáros Andrea**, Ujváriné Siket Adrienn, Várnai Réka, Zrínyi Miklós.: Fejlesztési terv az egészségügyi szakdolgozók alapellátási és népegészségügyi ismereteinek, kompetenciáinak bővítésére. Budapest, Magyarország: AKADÉMIAI KIADÓ, ISBN: 9789634546238. (2019)

### 13 Köszönetnyilvánítás

Először is szeretnék köszönetet mondani témavezetőmnek, **Dr. Vingender Istvánnak** a fáradhatatlan segítségért és hasznos tanácsaiért. Támogatásának köszönhetően számos olyan lehetőséget kaptam, ami előre lendítette szakmai pályámat és kutatásomat. Hálával tartozom korábbi Országos Gyermekegészségügyi Intézetben dolgozó Kollégáimnak, ezen belül elsősorban **Dr. Kovács Zsuzsanna** házi gyermekorvosnak, aki elindított ebben a témában és akinek emberi és szakmai támogatására mindig számíthatok. Kivételes szakmai felkészültsége és embersége példaértékű számomra. Jelenlegi Kollégáim közül hálával gondolok **Dr. med. habil. Mészner Zsófia** igazgató asszonyra, aki mindig támogatott szakmai munkámban és a **HOGYI Módszertani Igazgatóságának dolgozóira**, akik támogatása nélkül sokkal nehezebbek lennének a mindennapok.

Szeretnék köszönetet mondani a Semmelweis Egyetemen, elsősorban **Dr. habil. Réthy Lajos** tanszékvezető úrnak és **kollégáimnak**, akik lehetővé tették, hogy a témám beépülhessen a védőnők tudástárába. Nagy köszönet illeti a XV. kerület védőnőit **Réder Robertina** vezetésével, akik a COVID pandémia alatt is vállalták, hogy segítenek a kutatásban, valamint mindazokat a védőnő kolleganőket, akik egyénileg, a téma elkötelezettjeiként sok-sok várandóshoz juttatták el a kérdőívemet.

Továbbá szeretnék köszönetet mondani az Egészségtudományi Kar Könyvtári Dolgozóinak, **Áncsán Gizellának**, **Sóki Editnek**, valamint **Tampu Ferencnek** a publikációkkal kapcsolatos segítségnyújtásért. Barátomnak **Egeresi Fruzsínának** a statisztikai feldolgozással és értékeléssel kapcsolatos iránymutatásaiért.

Külön köszönöm a **Barátaimnak**, hogy kitartottak mellettem, ami gyakran nem volt könnyű. Nem tudom eléggé megköszönni a rengeteg szakmai segítséget, útmutatást és emberi támogatást **Dr. Galvács Henrietta** és **Tóth Csilla** barátomnak.

Végül a legfontosabb, hálás köszönettel tartozom a **Férjemnek**, **Anyukámnak**, **Családomnak**, **Gyermekeimnek** és **Unokámnak**, hogy mindvégig támogattak, bíztattak, kibírtak, segítettek a doktori tanulmányaim során, akik a biztos pont az életemben. Nélkülük ez soha nem sikerült volna.



## **Ábrajegyzék**

- 1 ábra: Az erőszak formáinak WHO csoportosítása (saját fordítás és szerkesztés)
- 2 ábra: Veszélyeztetés, elhanyagolás, bántalmazás csoportosítása (saját szerkesztés)
- 3 ábra: A szakdolgozói kérdőív kitöltőinek száma és százalékos aránya
- 4 ábra: A szülői kérdőív kitöltőinek életkori megoszlása
- 5 ábra: A szakdolgozók emlékei a saját gyermekkorukban megtapasztalt büntetési módokról
- 6 ábra: A megrázással okozott leggyakoribb sérülések megoszlása
- 7 ábra: A szülői szégyenérzetről, ha a hétköznapi nevelési problémákat nem tudják megoldani
- 8 ábra: Kivel vette fel a kapcsolatot, amikor nem tudta kezelni a baba sírását?
- 9 ábra: A megosztási hajlandóságról
- 10 ábra: A videó hasznosságáról
- 11 ábra: Az edukációs kisfilm hatása a megrázás veszélyességének megítélésére

## **Táblázatok jegyzéke**

- I. táblázat: Összefoglaló táblázat a bántalmazásról, mint társadalmi jelenségről a válaszadók szempontjából
- II. táblázat: A bántalmazás megítélése iskolai végzettség szerint
- III. táblázat: A válaszadók munkaköri megoszlása - klaszterelemzés
- IV. táblázat: A válaszadók saját élményei a szülei nevelési eszközeiről
- V. táblázat: A bántalmazás megítélésének összefüggései - Chi-négyzet próbák
- VI. táblázat: Az iskolai végzettség és a bántalmazás megítélése
- VII. táblázat: Szakdolgozók véleménye a korábban elfogadott fegyelmezési módokról
- VIII. táblázat: Szakdolgozók véleménye a korábbi fegyelmezési módszerekről - faktoranalízis
- IX. táblázat: Jelzőrendszeri intézkedési sorrend a szakdolgozók szerint
- X. táblázat: Jelzőrendszeri intézkedési sorrend - statisztikai próbák
- XI. táblázat: Szakdolgozók megoszlása a munkavégzésük helye szerint – jelzőrendszeri klaszterek
- XII. táblázat: Szakdolgozók megoszlása munkakör szerint – jelzőrendszeri klaszterek

- XIII. táblázat: Korábban honnan hallott az SBS-ről - szakdolgozói válaszok
- XIV. táblázat: A megrázással ártalmat okozunk a babának - statisztikai elemzés a videó megnézése előtt és utáni válaszok
- XV. táblázat: A megrázással ártalmat okozunk a babának- statisztikai elemzés a videó megnézése utáni és visszajelző kérdőív válaszai között
- XVI. táblázat: Összehasonlító táblázat a megrázás következtében előálló sérülésekről a videó előtt és után
- XVII. táblázat: Statisztikai próbák a sérülésekről a videó megnézése előtt és után
- XXVIII. táblázat: Összehasonlító táblázat a megrázás következtében előálló sérülésekről a videó után és a visszajelző kérdőívénél
- XIX. táblázat: Szakemberek becslése a csecsemők napi sírás mennyiségére vonatkozóan
- XX. táblázat: Szakemberek becslése a csecsemők napi alvásmennyisége kapcsán
- XXI. táblázat: Páros mintás t-próba az egészséges csecsemők sírásáról a videó megnézése előtt és után
- XXII. táblázat: Szakdolgozói válaszok a síró csecsemő megnyugtatóására
- XXIII. táblázat: Kitől kérnek segítséget a szülők
- XXIV. táblázat: A csecsemő ellátása/gondozása frusztráló és szorongással teli lehet
- XXV. táblázat: Miért sír a baba – szülői válaszok
- XXVI. táblázat: Miért sír a baba – összehasonlító táblázat a videó utáni válaszok és a visszajelző kérdőív válaszai között
- XXVII. táblázat: Milyen megnyugtatósi technikákat ismernek a leendő szülők-páros mintás t-próba
- XXVIII. táblázat: Mit tesznek a szülők, ha vigasztalhatatlanul sír a gyermekük-független mintás t-próba
- XXIX. táblázat: Megnyugtatósi technikák - összehasonlító táblázat a videó megnézése utáni és a visszajelző kérdőív válaszai alapján – független mintás t-próba
- XXX. táblázat: Az edukációs kisfilm ismertsége a várandósok és társaik körében
- XXXI. táblázat: Visszajelző kérdőív – információk hasznossága
- XXXII. táblázat: Szakdolgozók szakmai ismereteinek forrásai
- XXXIII. táblázat: Szakdolgozók szakmai ismereteinek forrása – kollegák közötti kommunikáció

- XXXIV. táblázat: Szakdolgozók ismeretei az internetes szakmai oldalakról
- XXXV. táblázat: Szülői válaszok az intervenciók videófilm megjelenési felületeiről
- XXXVI. táblázat: Szakdolgozók ismeretei a magyar nyelvű „Sose rázd a kisbabádat” programról
- XXXVII. táblázat: Hatékony szülőiséget támogató programok átadásának feltételei – szakdolgozói vélemények
- XXXVIII. táblázat: Szakdolgozói vélemények a prevenciók programok milyenségéről
- XXXIX. táblázat: Milyen támogatást szeretnének a szakemberek a bántalmazás prevenciók munkához
  - XL. táblázat: Egyéb szakemberek bevonásának arányai a szülőiségre való felkészítési programokban
  - XLI. táblázat: A speciális SBS program beépítésének lehetősége – szakdolgozói vélemények

## 14 Mellékletek

1. számú melléklet: Szakdolgozói kérdőív

### **A prevenció perspektívái a gyermekbántalmazás jelenségvilágában és társadalmi gyakorlatában, különös tekintettel a „megrázott gyermek”, „Shaken Baby Syndrome” (SBS) kórképre**

A Semmelweis Egyetem Doktori Iskolájának PhD hallgatója vagyok. Kutatásom fő kérdése a gyermekbántalmazás megelőzhetősége, különös tekintettel a SBS elsődleges prevenciójára.

A tudományos kutatás háttere:

Magyarországon a felsőoktatásban és a postgraduális képzésben csak nagyon kis óraszámokban oktatják a gyermekbántalmazás megelőzést. Speciális, rendszerbe illesztett SBS megelőző oktatóprogram nem létezik. A tudományos kutatás célja:

Jelen kérdőív keretében szakdolgozói attitűdöket vizsgálunk az elfogadható/elfogadhatatlan szülői nevelési módszerek kapcsán, valamint vizsgáljuk, hogy milyen ismeretekkel rendelkeznek a SBS kórkép és annak primer prevenció feladatai kapcsán.

A kérdőív kitöltése kb. fél órát vesz igénybe.

Tisztelt Kolléga!

Kutatásunk keretében, válaszaival kérem, segítse munkánkat! A válaszok minél szélesebb körű megismerése érdekében kérjük, amennyiben lehetősége engedi, a kérdőívet továbbítsa mind az alapellátásban, mind a szakellátásban dolgozó kollégái részére!

Válaszait kizárólag tudományos célból anonim módon gyűjtjük. A kutatás feldolgozott eredményeit, melyek anonim módon tartalmazzák az egyes kitöltők adatait, tudományos és ismeretterjesztő közlemények formájában publikáljuk. A személyes adatok felhasználása a vonatkozó adatvédelmi törvény szigorú betartásával történik. Köszönöm, hogy részt vesz a kutatásban!

Ahhoz, hogy az Ön által kitöltött kérdőívet, a személyi adatok teljes titokban tartásával, tudományosan elemezhessek, a személyiségi jogok értelmében az ön beleegyezése szükséges. Ezért kérem a tájékoztatót, olvassa el és alább töltsen ki a nyilatkozatot!

**\*Kötelező**

**1. A résztvevői tájékoztatót elolvastam, tisztában vagyok a kutatás céljaival és menetével.** *Soronként csak egy oválist jelöljön be!*

- Igen  
 Nem

Személyes Adatok

Kérem, minden adatot töltsön ki!

**2. Neme** *Soronként csak egy oválist jelöljön be!*

- nő  
 férfi

**3 Életkora** *Soronként csak egy oválist jelöljön be!*

- 18-27 év  
 28-37 év  
 38-47 év  
 48-57 év  
 58-67 év  
 68 év felett

**4. Iskolai végzettsége** *Soronként csak egy oválist jelöljön be!*

- Szakképző  
 Szakközépiskolai érettségi után 3 éves főiskola  
 Gimnáziumi érettségi után 3 éves főiskola  
 Szakközépiskolai érettségi után 4 éves főiskola  
 Gimnáziumi érettségi után 4 éves főiskola  
 Egyetem

**5. Családi állapot** *Válassza ki az összeset, amely érvényes!*

egyedülálló

házas

élettárs/partner

elvált

özvegy

**6. Település, ahol él** *Soronként csak egy oválist jelöljön be!*

Főváros

Megyeszékhely

Város

Falu/község

**7. Település, ahol dolgozik** *Soronként csak egy oválist jelöljön be!*

Főváros

Megyeszékhely

Város

Falu/község

**8 Milyen területen dolgozik?** *Soronként csak egy oválist jelöljön be!*

Házi gyermekorvos

Vegyes körzetet ellátó felnőtt háziorvos

Területi védőnő

Vegyes körzetet ellátó védőnő

Ápoló

Gyermekápoló

Szülésznő

Szülész-nőgyógyász

orvos Egyéb: \_\_\_\_\_

**9. Mennyi az Ön havi bruttó jövedelme?** *Soronként csak egy oválist jelöljön be!*

- 1.000.000 fölött
- 500.000-1.000.000
- 250.000-500.000
- 250.000 alatt
- Nem válaszol

10. **Mennyi az ön háztartásának bruttó havi jövedelme?** *Soronként csak egy oválist jelöljön be!*

- 1.000.000 fölött
- 500.000-1.000.000
- 250.000-500.000
- 250.000 alatt
- Nem válaszol

11. **Hányan élnek tartósan, bejelentve az Ön háztartásában Önt is beleértve?**

*Válassza ki az összeset, amely érvényes!*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 5+

12 **Van-e gyermeke?** *Soronként csak egy oválist jelöljön be!*

- igen, saját eltartott
- kiskorú igen, nevelt
- eltartott kiskorú
- igen, felnőttkorú
- igen, felnőttkorú, de eltartott
- nincs

Gyermekbántalmazásra és szülői attitűdre vonatkozó kérdések

13. **Mennyire ért egyet az alábbi állításokkal?** *Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

	Egyetért	Nem ért egyet	Nem tudja
Az utóbbi években egyre több az erőszakos bűncselekmény	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sokszor fenyegetve érzem magam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A legtöbb erőszakos bűncselekményt az áldozat által ismert személy követi el.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A gyermekek ellen elkövetett bűncselekményeket sokszor a szülő követi el.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A legtöbb erőszakos bűncselekményt az áldozat otthonán kívül ( utcán, egyéb közterületen) követik el	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. **Az alábbi állítások közül Ön szerint mennyire elfogadható**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

	Elfogadható	Nem elfogadható	Nem tudja
Ha bliccel a járműveken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha alkohol fogyasztás után járművet vezet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha bántja a gyermekét nyilvánosan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha kiabál a társával	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Büntessék meg azt a szülőt, aki bántja a gyerekét	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. **Ön szerint mennyire súlyos probléma ma Magyarországon a gyermekbántalmazás? Jelölje be a skálán 1-5, melynél az 1 a nem súlyos, az 5 a nagyon súlyos probléma! Soronként csak egy oválist jelöljön be!**

1      2      3      4      5



---

---

16. **Ön szerint mennyire gyakori probléma ma Magyarországon a gyermekbántalmazás? Jelölje be a skálán 1-5, melynél az 1 a ritka, az 5 a nagyon gyakori probléma! Soronként csak egy oválist jelöljön be!**

1      2      3      4      5

---

---

17. **Kiskorú veszélyeztetése (elhanyagolása és/vagy bántalmazása) esetén Ön szerint Magyarországon milyen az ítélkezés? Jelölje be a skálán, ahol az 1 enyhén bírálják el, az 5 súlyosan elítélik!**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be!*

1    2    3    4    5

---

---

18. **Ön szerint mennyire elfogadó a magyar társadalom a gyermekbántalmazással szemben? Jelölje be a skálán, ahol az 1 elfogadó, az 5 elítélő! Soronként csak egy oválist jelöljön be!**

1    2    3    4    5

---

---

19. **Ön szerint mi minősül bántalmazásnak? (több válasz lehetséges) Válassza ki az összeset, amely érvényes!**

- megpofozás
- eszközzel (nadrágszój, bot, vasalózsínórral, stb.) való
- bántás szidalmazás
- fülhúzás, hajhúzás
- rángatás, megrázás
- eltiltás a barátoktól
- kommunikációs szünet
- megszégyenítés
- ételmegvonás
- zsebpénz megvonás

**20 Milyen büntetési módokat alkalmaztak az Ön szülei Önnel szemben gyermekkorában, ha valamilyen hibát (pl. iskolai lógás, szemtelen beszéd, valaminek az el nem végzése, stb.) vétett? (több válasz lehetséges) *Válassza ki az összeset, amely érvényes!***

- megpofozás
- eszközzel (nadrágszój, bot, vasalózsínórral, stb.) való
- bántás, szidalmazás
- fülhúzás, hajhúzás
- rángatás, megrázás
- eltiltás a barátoktól
- kommunikációs
- szünet
- megszégyenítés
- ételmegvonás
- zsebpénz megvonás

Egyéb:

**21. Milyen nevelési módokat használtak az Ön szülei az Ön gyermekkorában? (több válasz lehetséges)**

*Válassza ki az összeset, amely érvényes.*

- szobafogság
- zsebpénz megvonás
- pofon
- kedvenc foglalatosságától/sportolástól való
- eltiltás hosszas megbeszélés ("lelkifröccs")
- fizikai munka jóvátételként
- hosszas kommunikációs szünet
- lehetőséget adtak jóvátenni a vétséget
- megbeszéltük és utána nem kaptam büntetést
- szeretet megvonás
- zsarolás/egyezkedés
- partnerként beszéltek velem
- szigorú, de szeretet teljes megbeszélés
- Egyéb:

**22. Felnőttként mit gondol most azokról a fegyelmezési módszerekről, melyek az Ön gyermekkorában elfogadottak voltak? Soronként csak egy oválist jelöljön be!**

	teljesen egyetérték	inkább egyetérték	inkább nem érték egyet	nem érték egyet	nem tudom/nem válaszok
Most is egyetérték a többségével	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jobb lenne, ha ma is használnák, mert a mai gyerekek nem értenek a szóból	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magam is használom, mert beváltak, ember lett belőlem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Máig emlékszem a büntetésekre, rossz élmény	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Megérdemeltem, tanultam belőle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elfogadhatatlan, jó, hogy már nem használjuk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vannak jobb módszerek, azt használom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Ha hétköznapi szituációban (pl. iskolai lógás, szemtelen beszéd, valaminek az el nem végzése, stb.) Önnek fegyelmeznie kell a gyermekét, akkor milyen büntetési módokat tart elfogadhatónak? (több válasz lehetséges) *Válassza ki az összeset, amely érvényes!*

- szobafogság pofon kedvenc
- foglalatosságától/sportolástól való
- eltiltás hosszas megbeszélés
- ("lelkifröccs") fizikai munka
- jóvátételként hosszas kommunikációs
- szünet lehetőséget adni a jóvátételre a
- helyzet megbeszélése büntetés nélkül
- szeretet megvonás
- zsarolás/egyezkedés partnerként
-

megbeszélni szigorú, de szeretetteljes  
megbeszélés egyéb

**24. Jelölje be milyen sorrendben intézkedne, ha azt tapasztalja (hallja, látja, beszél a gyermekkel), hogy egy gyermeket az otthonában bántanak? \***

*Válassza ki az összeset, amely érvényes!*

	1	2	3	4	5	6	7	8
Szólok a szülőnek, hogy tudok erről a helyzetről és ez elfogadhatatlan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jelzek a Család és gyermekjóléti szolgálat felé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semmit, mert nem tudok megbizonyosodni a gyermek állításának valóságáról	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beszélgetek a szülővel és megpróbálok neki segíteni, hogy jobb szülő legyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szólok a rendőrségnek, ők tudnak intézkedni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beszélek a gyermekkel és közvetlenül neki próbálok segíteni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segítő szervezetek elérhetőségeit adom át a gyermeknek, mert ők jobban tudnak segíteni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szólok a kollégámnak és vele beszélem meg a lehetséges választások közül a gyermek számára leghasznosabbat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sírásértésre és a "Shaken Baby Syndrome" (SBS) vonatkozó kérdések

**25. Kérem, írja be, mit gondol mennyi egy egészséges 0-1 hónapos gyermek napi sírás mennyisége (óra)!**

\_\_\_\_\_

**26. Kérem, írja be, mit gondol mennyi egy egészséges 1-4 hónapos gyermek napi sírás mennyisége (óra)!**

\_\_\_\_\_

27. Kérem, írja be, mit gondol mennyi egy egészséges 4-12 hónapos gyermek napi sírás mennyisége (óra)!

---

28. Kérem, írja be, mit gondol mennyi egy egészséges 0-1 hónapos gyermek napi alvás mennyisége (óra)!

---

29. Kérem, írja be, mit gondol mennyi egy egészséges 1-4 hónapos gyermek napi alvás mennyisége (óra)!

---

30 Kérem, írja be, mit gondol mennyi egy egészséges 4-12 hónapos gyermek napi alvás mennyisége (óra)!

---

31. Hallott-e arról, hogy a kisbabák feldobálása/megrázása veszélyes?

igen nem

32. Ha hallott róla, hol hallotta? (több válasz is megadható) *Válassza ki az összeset, amely érvényes!*

olvastam az interneten

konferencián hallottam az

egyetemen hallottam

továbbképzésen hallottam

olvastam szakirodalomban

halottam a rádióban

láttam a tévében

nem tudja/nem emlékszik

Egyéb:

**33 Mennyire ért egyet a következő állításokkal?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

	Egyetért	Inkább egyetért	Inkább nem ért egyet	nem ért egyet	nem tudja/nem válaszol
Minden csecsemő sír pár órát naponta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A szülők rövid időn belül meg tudják különböztetni a csecsemőjük jelzéseit (sírását)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A szülőkben növekszik az agresszió szintje, ha hosszan sír a gyermek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A szülőkben növekszik a tehetetlenség érzése, ha hosszan sír a gyermekük	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A szülők eszköztelennek érzik magukat, ha nem tudják megvigasztalni a gyermeküket	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A szülők kevés gyakorlati segítséget kapnak a síró csecsemőre vonatkozóan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A szülők többsége nem ismeri a csecsemők napi ritmusát (evés/alvás/ébredés)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A szülők többségének kevés ismerete van a sírásról, mint kommunikációs eszközről	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**34. Ön szerint milyen sérüléseket lehet okozni a kisbabák feldobálásával/megrázásával?**

**(több válasz lehetséges)** *Válassza ki az összeset, amely érvényes!*

- agyvérzést agyzúzódást
- koponyatörést
- csonttöréseket végtagokon
- zsigeri szervek sérüléseit
- halálos sérüléseket
- mozgásszervi sérüléseket
- halláskárosodást
- szemsérüléseket
- értelmi képességek csökkenését
- beilleszkedési/magatartási
- zavarokat bordatörést nem
- tudja
- Egyéb:

**35 Ön szerint hány éves korig veszélyes dobálni/megrázni a babákat? Soronként**

*csak egy oválist jelöljön be!*

- 0-1 hónapos
- 0-6 hónapos
- 0-1 éves
- 0-2 éves
- 0-3 éves
- 0-5 éves

Egyéb: \_\_\_\_\_

**36. Ön mit tenne, ha nap, mint nap, akár több órán át sírna a gyermeke? Jelölje be mennyire ért egyet a felajánlott választási lehetőségekkel! Soronként csak egy oválist jelöljön be.**



	Egyetértek	Inkább egyetértek	inkább nem értek egyet	nem értek egyet	nem tudom
Ölbe venném és sétálnék vele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Simogatnám az ágyában	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Biztonságban van az ágyában, hagynám sírni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kihívnám az orvost, hogy megvizsgálja, mert biztos van valami baja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elvinném az ügyeletre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A férjemre/feleségemre bíznám és én kiszellőztetném a fejem, elmennék sétálni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Más segítőre (nagyszülő, babysitter, stb.) bíznám, amíg én megnyugszom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magamhoz ölelném és énekelnék neki	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumit adnék, hogy megnyugodjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Segítséget (segélyvonalat) hívnék, adjanak tanácsot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kocsiba ülnék a gyerekekkel, vagy bekapcsolnám a porszívót, mert a monoton zaj megnyugtató és elalszik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Felhívnám a barátnőmet, hogy mit csináljak a gyerekekkel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Újra végig mennék a gondozási soron hátha az segít (ismét megegetném, megnézném a pelenkáját, hőmérsékletet és a nyugodt körülményeket ellenőrizném, stb.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hagynám sírni, mert így megtanulja, hogyan kell megnyugtató magát	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Primer prevencióra vonatkozó kérdések

- 37. Mit gondol, a szülők szégyennek élik-e meg, ha a gyermekekkel kapcsolatos hétköznapi nevelési problémáikkal szakemberhez fordulnak? Soronként csak egy oválist jelöljön be!**

- igen  
 Nem  
 nem tudom  
 Egyéb: \_\_\_\_\_

38. **Mit gondol mitől lesz valaki elég jó szülő?** Soronként csak egy oválist jelöljön be!

	Egyetértek	Inkább egyetértek	Inkább nem értek egyet	Nem értek egyet	Nem tudom
Megengedi a hibázást	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mindig törekszik arra, hogy a feladatokat a lehető legjobban csinálja meg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hallgat a saját megérzéseire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jártas a gyermeknevelési szakirodalomban	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A gyermek igényeit érzékelve annyit és akkor ad, amennyire a gyermeknek szüksége van rá	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hagyja, hogy a gyermeke megtapasztalja saját határait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha jól össze tudja hangolni a saját és gyermeke ritmusát	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Igyekszik átadni a gyermekének minden tapasztalatát	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mindig reagál a gyermeke igényeire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39. **Kérem, jelölje be milyen forrásokat használ ismeretei felfrissítésére, ha gyermeknevelési kérdésekben elbizonytalanodik.(több válasz is lehetséges)**  
*Válassza ki az összeset, amely érvényes!*

régebbi, bevált könyveim megvannak azokat használom

- heti szinten olvasok szakirodalmat, jól tájékozottnak érzem
- magam
- a leggyorsabb az internet, ezt használom
- megkérdezek kollégákat
- megkérdezek szakértőket
- laikusoktól is sok használható választ kapok
- segítő oldalakat keresek meg és ott kérdezek
- keresek csoportokat, akik hasonló érdeklődésűek, csatlakozom, kérdezek

Egyéb

- 40 **Kérem, soroljon fel pár olyan oldalt, melyeket ismer és hitelesnek tart gyermekbántalmazás megelőzése kérdésben!**

---

---

---

41. **Kérem, soroljon fel pár olyan oldalt, melyeket ismer és hiteles oldalként tart gyermeknevelési kérdésekben!**

---

---

---

42. **Kérem, soroljon fel olyan segítő programokat, melyek a szülői kompetenciákat támogatják!**

---

---

---

43. **Ön szerint mennyire fontosak az alábbi feltételek a szülők számára szervezett szülőseget támogató tanfolyam szervezésekor? \* Soronként csak egy oválist**

*jelöljön!*

	Nem fontos	Kevésbé fontos	Fontos	Nagyon fontos	Nem tudom
Legyenek demonstrációs eszközök	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kis erőfeszítéssel legyen elérhető (pl. 1 órán belül) a helyszín	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A foglalkozások ne legyenek hosszabbak, mint 1,5 óra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legyen lehetőség gyermekmegőrzésre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legyen lehetősége a szülőknek a gyakorlati feladatokat gyakorolni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interaktív, színes legyen a foglalkozás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legyen az apákkal/nagyszülőkkel közös a program	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kapjanak írásos anyagot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fix időpontban legyen, mindig ugyan akkor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**44 Mit gondol, a szülőknek szóló primer prevenciós programoknak milyenek kellene lenniük? Soronként csak egy oválist jelöljön be!**

	Egyetért	Inkább egyetért	inkább nem ért egyet	nem ért egyet	nem tudja
Hiteles információkat kapjanak a szülők	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hiteles személyek legyenek az előadó/előadók	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Általános információk kerüljenek átadásra, melyeket mindenki megért	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Az információk legyenek egyediek, célcsoportra optimalizáltak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A programok legyenek univerzálisak, hogy az alacsonyabban iskolázottak is értsék	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A különböző tudásszinten állóknak más-más információ kell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Módszertanilag legyen megalapozott	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Folyamatosnak kellene lennie (pl. kéthetente más-más témával)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Egy-egy témára fókuszálva, alkalmanként kellene megszervezni (pl. negyedévente egyszer)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kiscsoportos foglalkozások hatékonyabban (max. 10 fő)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nagyobb előadások jobbak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rövid előadás után interaktív foglalkozások legyenek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tudjak az előadás után, akár napokkal is kérdezni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**45. Szakemberként Ön milyen segítségnek örülne, ha prevenciós programot kellene tartania? (több válasz is jelölhető) Válassza ki az összeset, amely érvényes!**

- Álljon a rendelkezésemre szakanyag
- Módszertani támogatást szeretnék
- Tudjak konzultálni szakértővel
- Legyenek demonstrációs eszközeim
- Legyenek speciális módszertani továbbképzések
- Egyéb

**46 Ön szerint, egy szülőséget támogató programban milyen szakemberek vegyenek részt? (több válasz lehetséges) Válassza ki az összeset, amely érvényes!**

- Védőnők
- Gyermekorvosok
- Szülésznők
- Pszichológusok
- Szülész orvosok
- Egyéb szakemberek (pl. dúlák)
- Civil/önsegítő szervezetek munkatársai
- Egyházi szervezetek mentálhigiénés
- szakemberei Egyéb

**47. Tapasztalata szerint, ha a szülők nehéz helyzetben vannak a gyermekükkel és tanácsra szorulnak, kihez fordulnak segítségért? Kérem, állítsa sorrendbe őket (1 akihez legelőször fordulnak) \* Válassza ki az összeset, amely érvényes.**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Házi gyermekorvoshoz/orvoshoz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Védőnőhöz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saját szüleikhez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baráthoz/barátnőhöz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interneten keresnek választ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Civil szervezethez/csoporthoz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyházi szervezethez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pszichológushoz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyéb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**48. Ha lenne speciális SBS prevenció program, akkor azt be tudná építeni a munkájába? Soronként csak egy oválist jelöljön be.**

- Igen, fontosnak tartom
- Nem, mert így is túl vagyunk terhelve, erre már nem lenne idő
- Nem tudom, lehetséges, többet kellene tudnom a programról
- Ha a feltételek adottak lennének, akkor igen
- Nem
- tudom

Egyéb:

49. **Ismeri Ön a "Sose rázd a kisbabádat" programot?** *Soronként csak egy*

*oválist jelöljön* Igen, ismerem, használom a várandós gondozásban

Hallottam róla, de nem használom

Nem hallottam róla, de szeretném megismerni

Nem ismerem, nem hallottam róla

Egyéb:

2. számú melléklet: Tájékoztató felkérő, levél szakdolgozóknak

Kutatásban résztvevő orvosok és szakdolgozók tájékoztatója

A Semmelweis Egyetem Doktori Iskolájának PhD hallgatója vagyok. Kutatásom fő kérdése a gyermekbántalmazás megelőzhetősége, különös tekintettel a SBS elsődleges prevenciójára.

A tudományos kutatás háttere:

Magyarországon a felsőoktatásban és a postgraduális képzésben csak nagyon kis óraszámokban oktatják a gyermekbántalmazás megelőzést. Speciális, rendszerbe illesztett SBS megelőző oktatóprogram nem létezik.

A tudományos kutatás célja:

Jelen kutatás keretében szakdolgozói attitűdöket vizsgálunk az elfogadható/elfogadhatatlan szülői nevelési módszerek kapcsán, valamint kíváncsiak vagyunk arra, hogy milyen ismeretekkel rendelkeznek a SBS kórkép és a bántalmazás primer prevenció feladatai kapcsán.

Tisztelt Kolléga!

Kutatásunk keretében, válaszaival kérem, segítse munkánkat! A válaszok minél szélesebb körű megismerése érdekében kérjük, amennyiben lehetősége engedi, a kérdőívet továbbítsa mind az alapellátásban, mind a szakellátásban dolgozó kollégái részére!

Válaszait kizárólag tudományos célból anonim módon gyűjtjük. A kutatás feldolgozott eredményeit, melyek anonim módon tartalmazzák az egyes kitöltők adatait, tudományos és ismeretterjesztő közlemények formájában publikálom. A személyes adatok felhasználása a vonatkozó adatvédelmi törvény szigorú betartásával történik.

Köszönöm, hogy részt vesz a kutatásban!

Ahhoz, hogy az Ön által kitöltött kérdőívet, a személyi adatok teljes titokban tartásával, tudományosan elemezhessek, a személyiségi jogok értelmében az ön beleegyezése szükséges. Ezért kérjük, olvassa el és töltsse ki az alábbi nyilatkozatot!



### 3. számú melléklet: Védőnői útmutató SBS kutatáshoz

Kedves Kollégák!

Hálásan köszönöm, hogy a mostani nehéz helyzetben segítetek egy olyan kutatásban, mely a védőnői munka szempontjából hiánypótló, de Nélkületek ezt nagyon nehéz lenne megcsinálni. A kutatás teljes mértékig on-line, csak a várandóshoz és párjához kell eljuttatni az anyagokat a következő módon.

#### Kutatás felépítése:

Kétkörös adatfelvétel a várandósok és az apák körében a védőnők segítségével. Egy 2010-ben publikált ausztrál kutatás adaptált kérdőíveit és módszertanát használom. III. trimeszterben lévő várandósok és az apák számára on-line kutatási kérdőív linkjének eljuttatása. Szülés után 3 hónappal a „Visszajelző lap” kitöltetése (on-line, de ezt már teljesen én csinálom)

#### Feladat:

Összegyűjteni az összes olyan várandóst (és párjaikat), aki tervezetten augusztus 31-ig (+1 hét) fog megszülni. A várandósok nevére e-mail címére és telefonszámára is szükségem lenne. Ezek az adatok fognak szerepelni a beleegyező nyilatkozaton is. Az adatokat elkülönítve kezelem, a kérdőív válaszaival nem beazonosítható.

Tájékoztatni a várandóst a kutatásban való részvételről. Ezt meg tudjátok tenni telefonon, vagy elektronikusan is. Csatoltan megküldöm a „SBS tájékoztató” c. dokumentumot, és a „Beleegyező nyilatkozat várandósok és társaik” c. dokumentumot. Ezeket oda kell nekik adni (vagy tájékoztató után az e-mail címükre elküldeni mindkettőt). Ha mailen küldöd, akkor a „Levél kíséző” doksit másold be az e-mailba, azon minden feladatleírás és adat megvan. Átadni/elküldeni nekik a kérdőív linkjét: Itt található:

<https://docs.google.com/forms/d/1bqpfvUt3j8K-Sgo9mXYBQLTUks5OAgEpRi6DqtF4gSo/edit>

Átadni nekik az e-mail címemet, a [toma.andrea66@gmail.com](mailto:toma.andrea66@gmail.com) címet (erre kérem a beleegyező nyilatkozatok elküldését, mert innentől kezdve az összes adminisztrációt és a visszajelző kérdőív kitöltetését is én csinálom). FONTOS – amennyire lehet, szeretném bevonni az apákat is, mert ma Magyarországon alig van apákat célzó, apává válást segítő prevenciós program, ezért nagyon szeretném, ha az ő véleményük is megjelenne a kutatásban.

Nagyon-nagyon köszönöm mindenki részvételét: Toma Andrea védőnő, PhD hallgató

4. számú melléklet: Síró babára vonatkozó szülői kérdőív

**Síró babára vonatkozó kérdőív**

A kérdőív a F. Tolliday, M. Simons, S. Foley, S. Benson, A Stephens, D. Rose által vezetett "From Inspiration to Action: The Shaken Baby Prevention Project in Western Sydney" ausztrál kutatás kérdőívének magyar adaptációja.

I. rész Egészítse ki a megadott helyen a kérdéseket válaszaival, vagy jelölje a megfelelőnek tartott válasz rubrikáját!

1. Mit gondol, mi lehet az oka a csecsemő sírásának? (Több válasz lehetséges, jelölje, amivel egyetért!) *Válassza ki az összeset, amely érvényes.*

- Beteg
- Fáradt
- Éhes
- Elkényeztetett
- Nedves/piszkos a pelenkája
- Szenved valamitől
- A tápszere nem megfelelő
- Huncut
- Rossz természete van
- Azt akarja, hogy csak vele foglalkozzanak
- Unatkozik
- Boldogtalan
- Sírós természetű
- Makacs
- Csak úgy sír valamiért
- Türelmetlen
- Ok nélkül sír
- Karban akar lenni
- Azért sír, mert a szülő/gondozó feszült
- Zajos a környezete

2. Kérem, sorolja fel mi az a 3 dolog, amit megtehet, ha a baba nem hagyja abba a sírást?

---

Jelölje az ön által helyesnek vélt választ a következő állításokra vonatkoztatva!

3. A normál, egészséges csecsemők naponta 2-3 órát is sírhatnak *Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- Teljesen egyetértek
- Egyetértek
- Nem vagyok biztos benne/nem tudom
- Nem értek egyet
- Egyáltalán nem értek egyet

4. Káros, ha megrázzuk a babát *Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- Teljesen egyetértek
- Egyetértek
- Nem vagyok biztos benne/nem tudom
- Nem értek egyet
- Egyáltalán nem értek egyet

5. Mi történik a babával, ha megrázzuk? (Több válasz is megjelölhető) *Válassza ki az összeset, amely érvényes.*

- Semmi
- Vakságot okoz
- Nyugtalanná válik
- Sérül a teste
- Sérül az agya
- Sérül a feje
- Aluszékony lesz
- Megsérülnek a szemei
- Meghal

6. A csecsemő ellátása/gondozása, frusztráló és szorongással teli lehet *Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- Teljesen egyetértek
- Egyetértek
- Nem vagyok biztos benne/nem tudom
- Nem értek egyet
- Egyáltalán nem értek egyet

2. rész Egészítse ki a megadott helyen a kérdéseket válaszaival, vagy jelölje a megfelelőnek tartott válasz rubrikáját!

1. Az Ön életkora

---

2. Az Ön neme *Soranként csak egy oválist jelöljön be.*

- nő  
 férfi

3. Van Önnek már gyermeke? *Soranként csak egy oválist jelöljön be.*

- Igen  
 Nem

4. Vigyázott gyermekre/gyermekekre korábban? *Soranként csak egy oválist jelöljön be.*

- Igen  
 Nem

5. Hányszor vigyázott korábban gyermekre/gyermekekre? *Válassza ki az összeset, amely érvényes.*

- Egyszer vagy többször egy héten  
 Egyszer egy hónapban  
 Kevesebb, mint egyszer egy hónapban

6. Mi az Ön legmagasabb iskolai végzettsége? *Soranként csak egy oválist jelöljön be.*

- Egyetem, főiskola  
 Középiskolai érettségi  
 Szakmunkásképző/szakiskola  
 8 általános iskola  
 Kevesebb, mint 8 általános

7. Az ön utolsó munkájának, szakmájának megnevezése?

---

Kérem, tekintse meg a „Sose rázd a kisbabádat” című videófilmet!



<http://youtube.com/watch?v=i7SWkcpv2Jw>

**A videófilm megtekintése utáni kérdőív**

3. rész Egészítse ki a kérdéseket válaszaival a megadott helyen, vagy jelölje a megfelelőnek tartott válasz rubrikáját!

1. Mit gondol, mi lehet az oka a csecsemő sírásának? (Több válasz lehetséges, jelölje, amivel egyetért!) *Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- Beteg
- Fáradt
- Éhes
- Elkényeztetett
- Nedves/piszkos a pelenkája
- Szenved valamitől
- A tápszere nem megfelelő
- Huncut
- Rossz természete van
- Azt akarja, hogy csak vele foglalkozzanak
- Unatkozik
- Boldogtalan
- Sírós természetű
- Makacs
- Csak úgy sír valamiért
- Türelmetlen
- Ok nélkül sír
- Karban akar lenni
- Azért sír, mert a szülő/gondozó feszült
- Zajos a környezete

2. Kérem, sorolja fel mi az a 3 dolog a videó szerint, amit tehet, ha a baba nem hagyja abba a sírást?

---

---

3. Jelölje az Ön által helyesnek vélt választ a következő állításokra vonatkoztatva. A normál, egészséges csecsemők naponta 2-3 órát is sírhatnak *Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- Teljesen egyetértek
- Egyetértek
- Nem vagyok biztos benne/nem tudom

- Nem értek egyet  
 Egyáltalán nem értek egyet
4. Jelölje az ön által helyesnek vélt választ a következő állításokra vonatkoztatva. Káros a baba megrázása? *Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- Teljesen egyetértek  
 Egyetértek  
 Nem vagyok biztos benne/nem tudom  
 Nem értek egyet  
 Egyáltalán nem értek egyet

5. Mi történhet a babával ha megrázzuk? (Több válasz is megjelölhető) *Válassza ki az összeset, amely érvényes.*

- Semmi  
 Vakságot okoz  
 Nyugtalanná válik  
 Sérül a teste  
 Sérül az agya  
 Sérül a feje  
 Aluszékony lesz  
 Megsérülnek a szemei  
 Meghal

6. A csecsemő ellátása/gondozása, frusztráló és szorongással teli lehet *Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- Teljesen egyetértek  
 Egyetértek  
 Nem vagyok biztos benne/nem tudom  
 Nem értek egyet  
 Egyáltalán nem értek egyet

7. Jobban értem, hogy miért nem szabad a babát megrázni *Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- Teljesen egyetértek  
 Egyetértek  
 Nem vagyok biztos benne/nem tudom  
 Nem értek egyet

Egyáltalán nem értek egyet

8. Van esetleg pár ötlete, hogy az Ön által látott videó hol jelenhetne még meg?

---

2. rész

1. A videó megtekintését hasznosnak találta? *Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- Igen  
 Nem  
 Nem tudom

2. Korábban kapott (látott-e) olyan szórólapot, melynek címe „Sose rázd a kisbabádat”? *Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- Igen  
 Nem  
 Nem tudom

3. Korábban látta valahol ezt a videót? *Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- Igen, a szülés előtti felkészítésben, a kórházban  
 A védőnő mutatta meg számomra a várandósságom alatt  
 Igen, a védőnőnél, a szülés utáni tájékoztatásban (gyermekágyas látogatásoknál) \_\_\_\_\_  
Egyéb:

4. Beleegyezik-e, hogy a védőnő 1 alkalommal, visszajelző kérdőívet vegyen fel Önről és gyermekéről az elkövetkezendő 3 hónapban? *Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- Igen  
 Nem

Köszönöm a felmérésben való részvételét!

5. számú melléklet: Síró babára vonatkozó visszajelző kérdőív

**Síró babára vonatkozó visszajelző kérdőív**

(szülés után 3 hónappal, otthoni látogatás, vagy telefonos lekérdezés útján)

**1. Emlékszik a korábban megtekintett videóra? („Sose rázd a kisbabádat”)**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

Igen

Nem

2. Hol látta először ezt a videót?

\_\_\_\_\_

Fel tudja eleveníteni mennyi információ volt az Ön számára hasznos? Ha igen kérem, írja le pár mondatban!

\_\_\_\_\_

3. Kapott „Sose rázd a kisbabádat” című szórólapot? *Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

Igen

Nem

4. Elolvasta a szórólapot? *Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

Igen

Nem

5. Ha igen, a szórólap hasznos volt az Ön számára? *Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

Igen

Nem

6. Tudna említeni egy példát, hogy melyik információ volt hasznos?

\_\_\_\_\_

**7. Ha nem kérem, indokolja meg miért nem?**

\_\_\_\_\_

8. Megosztotta-e másokkal a videóban szereplő információkat (férjjel, nagyszülővel, testvérrel, stb.)? *Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

Nem Igen



9. Mit gondol, mi lehet az oka a baba sírásának?

---

**10. Mit tesz, ha a baba nem hagyja abba a sírást?**

---

11. Hogyan kezeli a saját frusztrációját, vagy szorongását ebben a helyzetben?

---

**Ha a résztvevő válaszai között szerepel, hogy segítséget kér rokontól, baráttól, egészségügyi személytől akkor a következő kérdések ebben az esetben is felteendők.**

**12. Felvette ön a kapcsolatot nehéz helyzet esetén, mikor már nem tudta a baba sírását kezelni rokonnal, baráttal ismerőssel, vagy egészségügyi dolgozóval?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- rokonnal
- baráttal, ismerőssel
- egészségügyi dolgozóval

13. Emlékszik a videóból vagy a szórólapból arra, hogy mi történik, ha megrázzuk a babát?

---

14. Mit gondol, a baba megrázása okozhat hosszú távú problémát/egészségkárosodást?

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- Teljesen egyetértek
- Egyetértek
- Nem vagyok biztos benne/nem tudom
- Nem értek egyet
- Egyáltalán nem értek egyet

15. Mit gondol, Ön tudna tenni valamit, ha bárki megrázná saját gyermekét?

---

16. Vannak esetleg további észrevételei, amit szívesen megosztana velünk?

---

Köszönöm szépen a részvételét a felmérésben! Egészen biztos, hogy hozzájárult a jövőbeni szülők segítségéhez, ezzel megóvva a gyermekeik egészségét.

6. számú melléklet: Nyilatkozat várandósok és társaik részére (adatkezeléshez való hozzájárulás)

## NYILATKOZAT

Várandósok és társaik részére

### HOZZÁJÁRULÁS ADATKEZELÉSHEZ

Alulírott, \_\_\_\_\_, (e-mail címe: \_\_\_\_\_, telefonszáma: \_\_\_\_\_) aláírással hozzájárulok ahhoz,

hogy *Tománé Mészáros Andrea a Semmelweis Egyetem Patológiai Doktori Iskola PhD hallgatója*, mint Adatkezelő az általa 2020. \_\_\_\_\_ napján megrendezett adatfelvétel során „A prevenció perspektívái a gyermekbántalmazás jelenségvilágában és társadalmi gyakorlatában, különös tekintettel a „megrázott gyermek” „Shaken Baby Syndrome” (SBS) kórképre” c. kutatás során a gyűjtött adatokat

- az esemény dokumentálása,
- az eseményről való beszámolás a fenti célokból határozatlan ideig felhasználja (elemzésre, jegyzőkönyvre), ennek keretén belül
- disszertációban
- tudományos publikációkban és tudományos előadásokban

Tudomásul veszem, hogy

- Az adatok szolgáltatása önkéntes és bármikor önként visszavonható
- az adatkezelés jogalapját a jelen hozzájárulásom biztosítja az adatkezelőnek;
- az Adatkezelő az alábbi adatbiztonsági intézkedésekkel biztosítja a kezelt adatok védelmét és bizalmasságát: Adatkezelő saját tűzfalal védett szerveren, jelszóval védett adatbázisban;
- a nyilatkozó kérheti az adatainak törlését
- jogaim megsértése esetén panasztétellel a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz (1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/C; [ugyfelszolgalat@naih.hu](mailto:ugyfelszolgalat@naih.hu)) vagy a szokásos tartózkodási helyem, munkahelyem vagy a jogsértés helye szerinti tagállamban illetékes adatvédelmi hatósághoz, valamint bírósághoz fordulhatok
- 16 év alatt a jelen hozzájárulásom csak szülői vagy törvényes képviselő hozzájárulással együtt érvényes.

Budapest, 2020. ....Aláírás

7. számú melléklet: Facebook felhívás kísérő szöveg

Kedves Babavárók!

Olyan lelkes, nyitott II.- III. trimeszterben lévő várandósok és társaik segítségét szeretném kérni, akik KÉT rövid (10-15 perces) ANONIM Online kérdőív kitöltésével (I. kérdőív: terhesség alatt, II. kérdőív: kisbabájuk 3. hónapjában) tudják támogatni kutatásomat, amit a Semmelweis Egyetem Doktori Iskolájának PhD hallgatójaként végzek.

- Több éves védőnői pályafutásom mellett célként tűztem ki a lent található témakörök kutatását, ismeretterjesztését és a leendő szülők és gyermekeik támogatását a kiegyensúlyozott, boldog, zökkenőmentes családi légkör megteremtésére.

Témakörök: SBS = megrázott gyermek szindróma, sírásértés, frusztráció kezelés, feldobálhatjuk - e játékosan a gyermekünket - biztosan nem okozunk vele maradandó károsodást?

Ha szeretnél a kutatásban részt venni és még több információt kapni - keress bátran: [toma.andrea66@gmail.com](mailto:toma.andrea66@gmail.com) E-mail címen.

Köszönettel: Toma Andrea védőnő

8. számú melléklet: Visszajelző kérdőív kiküldéséhez kísérő levél

Kedves XY és XY!

Eltelt 3 hónap a gyermekük születése óta, így ígéretemhez híven jelentkezem a visszajelző kérdőívvel. Kitöltése max. 10 percet vesz igénybe.

A link itt:

[https://docs.google.com/forms/d/1NoMfcwuDFnmEj2NQ5y4ieN1KzfGO8E\\_RmLSLxwRG-5o/edit](https://docs.google.com/forms/d/1NoMfcwuDFnmEj2NQ5y4ieN1KzfGO8E_RmLSLxwRG-5o/edit)

Tisztelettel kérném, hogy mindketten külön-külön töltsék ki!

Ezzel le is zárult a kutatás az Önök részéről. Hálásan köszönöm a részvételt és ha az eredmények érdekelnék Önöket, akkor azt a jövő év elején-közepén fogják tudni megtekinteni (szaklapokban fogom publikálni és a nevemre rákeresve el fogják tudni elérni)

Nagyon köszönöm a részvételt és további minden jót kívánok az életükben.

Üdvözlettel:

Toma Andrea védőnő

9. számú melléklet: Szakdolgozók által ismert, hitelesnek tartott internetes weboldalak gyermekbántalmazás megelőzése kapcsán

Kérem, soroljon fel pár olyan internetes weboldalt, melyeket ismer és hitelesnek tart gyermekbántalmazás megelőzése kérdésben!		Ön hány éves most?				
		18-27 év	28-37 év	38-47 év	48-57 év	58 év felett
Gyermekalapellátás	n	0	0	2	1	0
	%	0.0%	0.0%	3.2%	1.7%	0.0%
Gyermekbántalmazas.hu	n	6	7	6	9	1
	%	28.6%	22.6%	9.7%	15.0%	4.8%
Ogyei.hu	n	0	0	1	3	2
	%	0.0%	0.0%	1.6%	5.0%	9.5%
Csagyi.hu	n	0	3	5	1	0
	%	0.0%	9.7%	8.1%	1.7%	0.0%
Ijsz.hu - Integrált Jogvédelmi Szolgálat	n	0	0	1	0	0
	%	0.0%	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%
Szuloklapja.hu	n	0	1	2	1	0
	%	0.0%	3.2%	3.2%	1.7%	0.0%
Hintalovon.hu	n	2	0	1	2	1
	%	9.5%	0.0%	1.6%	3.3%	4.8%
Bantalmazas.hu	n	0	0	0	0	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.8%
Nem ismerek ilyen oldalt	n	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>36</b>	<b>31</b>	<b>14</b>
	%	<b>42.9%</b>	<b>58.1%</b>	<b>58.1%</b>	<b>51.7%</b>	<b>66.7%</b>
Ifjusagi-lelkisegegy.hu	n	2	3	2	4	1
	%	9.5%	9.7%	3.2%	6.7%	4.8%
TASZ.hu - Társaság a Szabadságjogokért	n	0	1	0	0	0
	%	0.0%	3.2%	0.0%	0.0%	0.0%
Yelon.hu	n	0	0	1	0	0
	%	0.0%	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%
MAVE.hu - Magyar Védőnők Egyesület	n	1	0	1	2	2
	%	4.8%	0.0%	1.6%	3.3%	9.5%
NANE.hu - Nők a Nőkért Együtt az Erőszak Ellen	n	1	0	0	2	0
	%	4.8%	0.0%	0.0%	3.3%	0.0%
Medical online	n	0	0	0	0	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.8%
ANTSZ.hu	n	1	1	2	7	2

	%	4.8%	3.2%	3.2%	11.7%	9.5%
Babaszoba.hu	n	0	0	1	2	1
	%	0.0%	0.0%	1.6%	3.3%	4.8%
Unicef	n	3	1	5	3	1
	%	14.3%	3.2%	8.1%	5.0%	4.8%
Ökumenikus Segélyszervezet	n	1	0	1	0	0
	%	4.8%	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%
Macsgyoe.hu	n	0	0	1	0	0
	%	0.0%	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%
Childhub	n	0	0	2	0	0
	%	0.0%	0.0%	3.2%	0.0%	0.0%
Novakhumor.hu	n	1	0	0	0	0
	%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Okri.hu	n	0	0	0	1	0
	%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%
Kekvonal.hu	n	2	0	0	1	1
	%	9.5%	0.0%	0.0%	1.7%	4.8%
Goodnews.hu	n	0	0	0	1	0
	%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%
Chicoca fája	n	0	0	0	1	0
	%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%
Tudatosszulo.hu	n	0	0	1	0	0
	%	0.0%	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%
OEFI	n	0	0	1	0	0
	%	0.0%	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%
WHO	n	0	0	1	0	0
	%	0.0%	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%
SZGYF.gov.hu	n	0	1	1	3	1
	%	0.0%	3.2%	1.6%	5.0%	4.8%
Webbeteg	n	0	1	2	1	0
	%	0.0%	3.2%	3.2%	1.7%	0.0%
Dokianyu	n	0	0	0	1	0
	%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%
Semmelweis.hu	n	0	0	2	0	0
	%	0.0%	0.0%	3.2%	0.0%	0.0%
Babafalva	n	0	0	1	0	0
	%	0.0%	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%

Gyerepszichológusok oldalai	n	0	0	0	1	0
	%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%
Védőháló	n	0	0	1	0	0
	%	0.0%	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%
Mamablog	n	1	0	0	0	0
	%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Egyéb	n	0	1	1	2	2
	%	0.0%	3.2%	1.6%	3.3%	9.5%

10. melléklet: Szülői kompetenciákat támogató programok ismertsége munkaköri bontásban

Kérem, soroljon fel olyan segítő programokat, melyek a szülői kompetenciákat támogatják!		Milyen munkakörben dolgozik Ön?					
		Házi gyermekorvos	Területi védőnő	Vegyes körzetet ellátó védőnő	Gyermek ápoló	Szülésznő	Egyéb egészségügyi szakember
Baba-Mama és szülői klubok	n	1	14	11	5	4	3
	%	10.0%	24.1%	42.3%	9.1%	20.0%	12.0%
Szoptatás Világnapja rendezvények	n	1	1	1	0	0	0
	%	10.0%	1.7%	3.8%	0.0%	0.0%	0.0%
Szülés felkészítő tanfolyamok	n	0	10	6	1	3	0
	%	0.0%	17.2%	23.1%	1.8%	15.0%	0.0%
Terápiás csoportok	n	1	2	2	3	0	0
	%	10.0%	3.4%	7.7%	5.5%	0.0%	0.0%
Felelős Szülők Iskolája	n	0	1	0	0	0	0
	%	0.0%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Biztos Kezdet Gyerekház programok	n	0	1	0	0	0	1
	%	0.0%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	4.0%
Babamasszázs, babatorna foglalkozások	n	0	3	1	0	0	1
	%	0.0%	5.2%	3.8%	0.0%	0.0%	4.0%
Családbarát ország	n	0	1	0	0	0	0
	%	0.0%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nem ismerek ilyen programot	n	5	28	12	37	11	15
	%	<b>50.0%</b>	<b>48.3%</b>	<b>46.2%</b>	<b>67.3%</b>	<b>55.0%</b>	<b>60.0%</b>
Egyéb	n	1	5	0	8	4	4
	%	10.0%	8.6%	0.0%	14.5%	20.0%	16.0%
Tudatos Szülő csoportok	n	0	1	0	0	0	0
	%	0.0%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Álommanó	n	0	1	0	0	0	0
	%	0.0%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Szülőnek lenni	n	0	1	0	0	0	0
	%	0.0%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%



Szülők fóruma	n	0	1	0	2	0	0
	%	0.0%	1.7%	0.0%	3.6%	0.0%	0.0%
Elsősegély tanfolyamok	n	0	5	0	1	1	0
	%	0.0%	8.6%	0.0%	1.8%	5.0%	0.0%
Süss fel nap program	n	0	1	0	0	0	0
	%	0.0%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Tücsök tanya	n	0	1	0	0	0	0
	%	0.0%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Panka játszóház	n	0	1	0	1	0	0
	%	0.0%	1.7%	0.0%	1.8%	0.0%	0.0%
Szülő-suli	n	0	0	0	0	0	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.0%
Iskolai preventív előadások	n	0	0	1	0	0	0
	%	0.0%	0.0%	3.8%	0.0%	0.0%	0.0%
Énidő Klub	n	0	1	0	0	0	0
	%	0.0%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Egyszülős Központ	n	0	1	0	0	0	0
	%	0.0%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Hiperaktív szülőcsoport	n	0	1	0	0	0	0
	%	0.0%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Koragyerekkori program	n	2	1	1	0	0	1
	%	20.0%	1.7%	3.8%	0.0%	0.0%	4.0%

11. számú melléklet: Szakemberek ismeretei a gyermeknevelésben segítő hiteles weboldalakról életkori bontásban

Kérem, soroljon fel pár olyan internetes weboldalt, melyeket ismer és hiteles oldalként tart gyermeknevelési kérdésekben!		Ön hány éves most?				
		18-27 év	28-37 év	38-47 év	48-57 év	58 év felett
Gyermekalapellátás	n	1	0	3	3	1
	%	4.8%	0.0%	4.8%	5.0%	4.8%
Gyermeknevelés.hu	n	0	3	6	6	0
	%	0.0%	9.7%	9.7%	10.0%	0.0%
Csaladinet.hu	n	1	1	4	3	1
	%	4.8%	3.2%	6.5%	5.0%	4.8%
Cukimamik	n	0	0	1	0	0
	%	0.0%	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%
Felelős Szülők Iskolája	n	1	0	2	1	1
	%	4.8%	0.0%	3.2%	1.7%	4.8%
Szuloklapja.hu	n	2	2	9	6	2
	%	9.5%	6.5%	14.5%	10.0%	9.5%
Hintalovon.hu	n	1	0	1	0	1
	%	4.8%	0.0%	1.6%	0.0%	4.8%
Szoptatasportal.hu	n	0	0	0	1	0
	%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%
Nem ismerek ilyen weboldalt	n	<b>8</b>	<b>17</b>	<b>26</b>	<b>30</b>	<b>12</b>
	%	<b>38.1%</b>	<b>54.8%</b>	<b>41.9%</b>	<b>50.0%</b>	<b>57.1%</b>
Kismamablog.hu	n	2	2	1	0	0
	%	9.5%	6.5%	1.6%	0.0%	0.0%
Eletrevalogyerek.hu	n	0	1	1	0	0
	%	0.0%	3.2%	1.6%	0.0%	0.0%
MAVE.hu - Magyar Védőnők Egyesülete	n	0	0	2	0	0
	%	0.0%	0.0%	3.2%	0.0%	0.0%
KoloKnet.hu	n	0	0	0	0	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.8%
Babadoktor.hu	n	1	0	0	0	0
	%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Koragyermekkor.hu	n	2	0	1	1	0
	%	9.5%	0.0%	1.6%	1.7%	0.0%
Babaszoba.hu	n	1	2	3	8	3
	%	4.8%	6.5%	3.2%	10.0%	4.8%

	%	4.8%	6.5%	4.8%	13.3%	14.3%
Unicef	n	1	0	0	1	0
	%	4.8%	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%
Ökumenikus Segélyszervezet	n	1	0	0	0	0
	%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
lill.hu - La Leche Liga	n	1	0	1	2	0
	%	4.8%	0.0%	1.6%	3.3%	0.0%
Nutriklub	n	0	0	1	0	0
	%	0.0%	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%
Novakhunor.hu	n	1	0	1	0	0
	%	4.8%	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%
Krisztamami.blog	n	0	0	1	0	0
	%	0.0%	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%
Digitális család	n	0	0	0	1	0
	%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%
Kölyökszerviz.hu	n	0	0	0	1	0
	%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%
Tudatos szülő	n	0	0	1	0	0
	%	0.0%	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%
ANTSZ.hu	n	0	0	0	0	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.8%
Ogyei.hu - Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet	n	0	0	0	0	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.8%
Nyitott akadémia	n	0	0	1	1	0
	%	0.0%	0.0%	1.6%	1.7%	0.0%
Gyermekeketető	n	0	0	0	1	0
	%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%
Webbeteg	n	0	0	1	1	1
	%	0.0%	0.0%	1.6%	1.7%	4.8%
Lelkünk titkai	n	0	0	1	0	0
	%	0.0%	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%
Simmelweis.hu	n	0	0	1	1	0
	%	0.0%	0.0%	1.6%	1.7%	0.0%
Babafalva	n	0	0	2	0	0
	%	0.0%	0.0%	3.2%	0.0%	0.0%
Gyerepszichológusok oldalai	n	1	2	5	5	0

	%	4.8%	6.5%	8.1%	8.3%	0.0%
Egyéb	n	1	4	5	7	4
	%	4.8%	12.9%	8.1%	11.7%	19.0%

12.számú melléklet: Szakemberek ismeretei szülői kompetenciákat támogató programokról életkori bontásban

Kérem, soroljon fel olyan segítő programokat, melyek a szülői kompetenciákat támogatják!		Ön hány éves most?				
		18-27 év	28-37 év	38-47 év	48-57 év	58 év felett
Baba-Mama és szülői klubok	n	6	1	12	15	4
	%	28.6%	3.2%	19.4%	25.0%	20.0%
Szoptatás Világnapja rendezvények	n	1	0	0	1	1
	%	4.8%	0.0%	0.0%	1.7%	5.0%
Szülés felkészítő tanfolyamok	n	5	3	6	5	1
	%	23.8%	9.7%	9.7%	8.3%	5.0%
Terápiás csoportok	n	1	0	3	4	0
	%	4.8%	0.0%	4.8%	6.7%	0.0%
Felelős Szülők Iskolája	n	0	0	0	0	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%
Biztos Kezdet Gyerekház programok	n	1	0	1	0	0
	%	4.8%	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%
Babamasszázs, babatorna foglalkozások	n	0	1	0	3	1
	%	0.0%	3.2%	0.0%	5.0%	5.0%
Családbarát ország	n	0	0	0	1	0
	%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%
Nem ismerek ilyen programot	n	<b>9</b>	<b>23</b>	<b>36</b>	<b>28</b>	<b>12</b>
	%	<b>42.9%</b>	<b>74.2%</b>	<b>58.1%</b>	<b>46.7%</b>	<b>60.0%</b>
Egyéb	n	2	5	7	8	0
	%	9.5%	16.1%	11.3%	13.3%	0.0%
Tudatos Szülő csoportok	n	0	0	0	1	0
	%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%
Álommanó	n	0	0	0	0	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%
Szülőnek lenni	n	0	0	0	0	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%
Szülők fóruma	n	0	0	1	1	1
	%	0.0%	0.0%	1.6%	1.7%	5.0%
Elsősegély tanfolyamok	n	2	2	3	0	0
	%	9.5%	6.5%	4.8%	0.0%	0.0%
Süss fel nap program	n	0	0	0	1	0
	%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%

Tücsök tanya	n	0	0	0	0	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%
Panka játszóház	n	1	0	0	0	1
	%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%
Szülő-suli	n	0	0	0	1	0
	%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%
Iskolai preventív előadások	n	0	0	0	0	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%
Én idő Klub	n	0	0	0	1	0
	%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%
Egyszülős Központ	n	0	0	0	1	0
	%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%
Hiperaktív szülőcsoport	n	0	0	1	0	0
	%	0.0%	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%
Koragyerekkori program	n	0	0	2	3	0
	%	0.0%	0.0%	3.2%	5.0%	0.0%