

A gyermekbántalmazás transzgenerációs hatásai. Az egészségügyi szakdolgozók társadalmi felfogása és értékítélete

Tománé Mészáros Andrea^{1, 2} ■ Egeresi Fruzsina³ ■ Vingender István dr.⁴

¹Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Doktori Iskola, Budapest

²Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Budapest

³Bare International Hungary Kft., Budapest

⁴Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Tanszék, Budapest

Bevezetés: A gyermekbántalmazás hazánkban és világviszonylatban is aggasztó tendenciát mutat. A közlemény az Egészségügyi Világszervezet által is népegészségügyi problémának minősített gyermekbántalmazás, az ártalmas gyermekkori tapasztalatok hosszú távú káros következményeit mutatja be. Az alapellátásban dolgozók viszonyulása a bántalmazás megelőzéséhez alapvetően befolyásolja a preventív tevékenység minőségét.

Célkitűzés: Felmérni az alapellátásban és a szakellátásban dolgozó gyermekorvosok, védőnők, szülésznők és gyermekápolók ismereteit és véleményét a gyermekbántalmazás témaköréről. A tanulmány kontextusba helyezi a gyermekbántalmazással kapcsolatos értékítéleteket és a társadalmi felfogást a transzgenerációs hatások érdekében.

Módszer: 49 strukturált kérdést tartalmazó önkitöltős, online kérdőíves felmérést végeztünk, mely kitekintéssel volt a válaszadók szocioökonómiai státuszára, a bántalmazás kérdésköréhez való viszonyulásukra, a téma súlyosságának megítélésére, valamint a törvény által szabályozott jelzőrendszeri kötelezettségükre.

Eredmények: Elemzéseink alapján a 195 fős mintán elvégzett kutatás eredményeként megállapítható, hogy az egészségügyi dolgozók a bántalmazást egyértelműen ártalmasnak találják, mégis gyakori jelenségnek érzékelik hazánkban. A válaszadók közel egyötöde szerint a társadalom elfogadó, és enyhén ítéli meg a jelenséget. A bántalmazás megítélésében iskolai végzettség szerint szignifikáns különbséget találtunk a magasan és az alacsonyabban iskolázottak között ($p = 195$), valamint szignifikáns különbséget találtunk a jelzőrendszeri működés tekintetében a munkahely településtípusa ($p = 0,020$) és a munkakör ($p = 0,044$) kategóriáiban.

Következtetés: A kapott eredmények rávilágítottak arra, hogy az egészségügyi dolgozók preventív tevékenysége a transzgenerációs hatások megtörésében kulcsfontosságú. A szerzők szeretnék felhívni a figyelmet arra, hogy az ellátás minőségének javulása jelentősen függ a szakdolgozók tudásától. A folyamatos alap- és továbbképzések, valamint mélyreható ismeretek bővítése szükséges az alapellátásban dolgozók körében.

Orv Hetil. 2022; 163(39): 1544–1552.

Kulcsszavak: gyermekbántalmazás, Adverse Childhood Experiences, jelzőrendszer, szakdolgozók, prevenció

The transgenerational impact of child abuse. Health professionals' social perceptions and values

Introduction: Child abuse is a worrying trend not only in our country but globally. The aim of the article is to present the adverse long-term consequences of child abuse, Adverse Childhood Experiences, which is a classified public health problem according to WHO. The attitude of primary care workers towards the prevention of abuse has a profound impact on the quality of prevention activities.

Objective: To assess the knowledge and perceptions of paediatricians, midwives and paediatric nurses working in primary and specialised care about the topic child abuse. Contextualising value judgements and societal perceptions of child abuse in order to break the transgenerational effects.

Method: A self-completed online survey was conducted with 49 structured, standardised questions, the data provided insights about the socio-economic status of respondents, their attitudes to the issue of child abuse, their perceptions of the seriousness of the issue and their obligation to report it under the law.

Results: Based on our analysis on a sample of 195 respondents, we can conclude that health care workers perceive abuse as clearly harmful, yet it is perceived as a common phenomenon in our country. Nearly one fifth of respondents believe that society is accepting and mildly judges the phenomenon. A significant difference in the perception of

abuse by educational level was found between the high and low educated respondents. We also found significant differences in signalling functioning by type of workplace location ($p = 0.020$) and job category ($p = 0.044$).

Conclusion: The results highlighted that preventive action by health care workers is the key to breaking the transgenerational effects. The authors would like to draw attention to the fact that the improvement of the quality of care depends significantly on the knowledge of professionals. Continuous basic and further training and in-depth knowledge development among primary care workers are necessary.

Keywords: child abuse, Adverse Childhood Experiences, signalling system, professionals, prevention

Tománé Mészáros A, Egeresi F, Vingender I. [The transgenerational impact of child abuse. Health professionals' social perceptions and values]. *Orv Hetil.* 2022; 163(39): 1544–1552.

(Beérkezett: 2022. május 22.; elfogadva: 2022. július 4.)

Rövidítések

ACE = (Adverse Childhood Experience) ártalmas gyermekkori tapasztalat; COVID–19 = (coronavirus disease 2019) koronavírus-betegség 2019; ENSZ = Egyesült Nemzetek Szervezete; IQ = (international questionnaire) nemzetközi kérdőív; KSH = Központi Statisztikai Hivatal; OKIT = Országos Kríziskezelő és Információs Telefonszolgálat; SBS = (shaken baby syndrome) megrázott gyermek szindróma; SD = standard deviáció; TUKEB = Tudományos és Kutatásetikai Bizottság; UNICEF = (United Nations Children's Fund) az ENSZ nemzetközi gyermekjogi alapja

A gyermekbántalmazás és a gyermekek elhanyagolása általános és egyre aggasztóbb probléma számos társadalomban. A nemzetközi és hazai kutatások alátámasztják a WHO megállapítását, mely szerint a gyermekek bántalmazása bonyolult és nehezen tanulmányozható terület. Régóta ismert tény, hogy a gyermekek viselkedési vagy magatartásbeli nehézségei mögött a legtöbbször rossz bánásmód vagy nélkülözés áll. A gyermekkel való embertelen bánásmód megítélésében országok és kultúrák között nagy különbségek vannak. A jelenséggel kapcsolatos statisztikai adatokat nehéz összehasonlítani, ami egyrészt visszavezethető a rossz bánásmód definíciós problémáira, másrészt a jelenség vizsgálatának nehézségére, harmadrészt a kutatási módszerek különbözőségeire. Számos kutatás alátámasztja, hogy a gyermekek bántalmazásának nemcsak egészségügyi/népegészségügyi következményei vannak, hanem társadalmi, oktatási és gazdasági következményei is súlyosak [1].

Az erőszakos bánásmódot elszenvedett gyermekek felnőve sajátos viselkedési mintázatot tanúsítanak. Kamaszkorukban veszélyeztetettek az addiktív viselkedések, mentális betegségek kialakulására, gyakran találunk körükben szocializációs és beilleszkedési nehézségeket, tanulási nehézségeket, korai iskolaelhagyást, párkapcsolati problémákat, korai terhességet, a hibás szocializációs minták továbbadását. Fiatal felnőttként ezek a hatások gyakran egészségkárosodáshoz, társadalmi deprivációhoz, elszegényedéshez, a kapcsolati háló gyengüléséhez és idő előtti halálához vezetnek. Mielőtt ez bekövet-

kezik, a helyzet számos társadalmi problémát is generál, valamint az államok költségvetését is jelentősen terheli.

Mindezen okok miatt a társadalom elemi érdeke, hogy minden eszközzel segítse a gyermekbántalmazás megelőzését, támogassa az egészségügyi és szociális ellátórendszert a családok segítésében.

Epidemiológia, nemzetközi és magyarországi helyzet

A gyermekkor története szorosan összefonódik a gyermekbántalmazás és a gyermekekkel való rossz bánásmód történetével [2].

Az ártalmas gyermekkori tapasztalatok (Adverse Childhood Experiences, ACE-k) fogalmi rendszerét *Felitti és mtsai* alkották meg, és egyúttal igazolták azt is, hogy az ACE-k hatással vannak felnőttkori egészségünkre [3]. A kutatók igazolták az exponenciális emelkedést a gyermekkori negatív életesemények száma és a felnőttkori betegségek, valamint az egészségi kockázatok közötti összefüggésben.

Magyarországon 2019-ben végeztek először ACE kismintás vizsgálatot intravénás szerhasználók körében a WHO ACE-IQ-kategóriái alapján [4]. A kutatási eredmények szerint csak egy betegnél nem lehetett ACE-t igazolni. A hat vagy annál több ACE-ben érintettek esetében 30-szor nagyobb esély volt a szenvedélybetegség kialakulására. Igazolható volt az összefüggés az önértékelés alacsony szintje, a szorongás és a depresszió gyakorisága az ACE-kel való érintettség emelkedésével. A kutatás rávilágított az ACE-k transzgenerációs hatásaira is.

A magyarországi helyzetet tekintve egy 2009. évi kutatás szerint az alapellátásban gondozott gyermekek 11%-a, míg a védelemben vett gyermekek 91%-a volt bántalmazott. Az esetek 48%-ában megtalálható volt az érzelmi bántalmazás és az elhanyagolás is [5]. A 2020. évi Gyermekjogi Jelentés szerint a magyar gyermekek 10%-a veszélyeztetett (173 604 gyermek); a bántalmazott gyermekek száma valamivel több mint 7000, és ebből több mint 50% fizikailag bántalmazott, továbbá 2018-ban 460 gyermeket vettek védelemben bántalmazás miatt [6].

A bántalmazást mint jelenséget kevésbé lehet látni, kevés az ilyen irányú kutatás, nagy a latencia [7, 8]. Az adatok azonban csak az ismert, felszínre került eseteket mutatják. Kutatók szerint a latencia becsült adata a nyugat-európai országokban 1 : 10, míg Magyarországon 1 : 25 arányú.

A KSH adatai szerint 2019-ben 3849 gyerek volt veszélyeztetett családon belüli fizikai bántalmazás miatt, de a bűnügyi statisztika szerint csak 1163 esetben indult eljárás gyerekekkel szemben elkövetett testi sértés miatt [6]. Az Országos Kriminológiai Intézet korábbi kutatása szerint a veszélyeztetett gyermekek esetében a „cinikus enyhe” bírósági ítéletek alig negyedében szabnak ki letöltendő szabadságvesztést. A legtöbb esetben felfüggesztett börtön vagy közérdekű munka az elmarasztaló ítélet. A gyermekek alig 30%-át emelik ki a családból, és 70%-uk marad a bántalmazó családi közegben [9].

A gyerekekkel szemben elkövetett bűncselekmények száma 2020-ban jelentősen nőtt, közel 500-zal több ilyen esetben (6310) indult eljárás, mint 2019-ben [6].

A felnőttkori káros magatartásformák, úgymint dohányzás, alkohol- és kábítószer-fogyasztás pozitív korrelációt mutatnak a gyermekkori negatív, traumatikus élmények meglétével [4].

Módszer

Az egészségügyi szakemberek körében online kérdőíves felmérést végeztünk 2020. március 11. és 2020. július 30. között. A kérdőív elsősorban a bántalmazást mint társadalmi jelenséget kívánta megközelíteni. A nemzetközi és hazai összecsengő adatok alapján a leggyakrabban a fizikai és érzelmi bántalmazási formák fordulnak elő, így ezekre fókuszáltunk a szakdolgozókat érintő kérdőívben.

Kutatásunk nagyobbik része egy speciális fizikai bántalmazási formára, a „shaken baby syndrome” (SBS) magyarországi helyzetére irányult. Nem érinti az egyéb bántalmazási formákat.

A jelen kérdőív saját szerkesztésű, melynek elkészítésében Tománé Mészáros Andrea és dr. Vingender István vett részt. Engedélyezésre a kérdőívet a TUKEB-hez nyújtottuk be. A 49 strukturált kérdést és 296 rekordot tartalmazó online kérdőívet 195 fő – közöttük orvos, védőnő, szülésznő, gyermekápoló és egyéb egészségügyi végzettséggel rendelkező szakdolgozó – töltötte ki (n = 195). A kutatás a COVID-19-pandémia első hulláma alatt zajlott. A válaszadók között alacsony számban voltak orvosok, megítélésünk szerint azonban ez a végeredmény szempontjából nem volt torzító hatással. A kutatásnak nem volt célkitűzése, hogy a válaszadók reprezentálják a magyar egészségügyben dolgozókat. Hangsúlyosabb volt, hogy azokat a dolgozókat érjük el, akiknek az SBS felismerésében, kezelésében és megelőzésében szerepük van.

A kérdések három téma köré épültek, melyekből a jelen kézirat szempontjából a legfontosabb a szakdolgo-

zók viszonyulása a bántalmazás kérdésköréhez. Kíváncsiak voltunk oksági magyarázatokra, például arra, hogy mitől függ az emberek viszonyulása a bántalmazáshoz. A kutatás során arra kerestük a választ, hogy a kitöltők életkori, családi, szocioökonómiai háttere, azok az általuk ismert nevelési, fegyelmezési technikák, amelyek között felnőttek, illetve jövedelmi viszonyaik mutatnak-e összefüggést a bántalmazás megítélésével.

A válaszadók saját bántalmazással kapcsolatos élettörténeti tapasztalatait is vizsgáltuk, így rákérdeztünk arra, hogy milyen fegyelmezési/büntetői módszereket alkalmaztak velük szemben a saját szüleik. A szülők által alkalmazott büntetői/fegyelmezési módszerek tekintetében megvizsgáltuk, mely módszereket milyen gyakorisággal alkalmazták. Ennek alapján három kategóriát állítottunk fel:

- gyakori módszerek: megpofozás, szidalmazás, eszközzel való bántás;
- közepesen gyakori módszerek: megszegényítés, életvitelben való korlátozás, eltiltás a barátoktól, rángatás, megrázás;
- kevésbé gyakori módszerek: fülhúzás, hajhúzás, kommunikációs szünet, zsebpénzmevönás.

A kategóriák alapján klaszterelemzést hajtottunk végre, melynek során arra akartunk rálátni, hogy van-e valamilyen különbség a válaszadó csoportok között a büntetői módok alkalmazása gyakoriságának tekintetében.

Fajsúlyos kutatási szegmens volt, hogy a válaszadók milyen ismeretekkel rendelkeznek a bántalmazással kapcsolatban, milyen fegyelmezési módokat tartanak elfogadhatónak és melyeket elfogadhatatlannak. Továbbá kíváncsiak voltunk arra, hogy a gyakorlatban mit tesznek, ha gyermekbántalmazásról tudomást szereznek, hogyan működtetik a törvény által előírt gyermekjóléti jelzőrendszert.

A kérdőív második és harmadik része az SBS-ben érintett korosztály, vagyis a 0–2 éves korú gyermekeket érintő kórképre vonatkozó ismereteket térképezte fel.

A 195 válaszadóból mindössze öt volt férfi (2,6%), ezért a kérdések elemzésekor nemi szerepet nem tudtunk vizsgálni.

A kutatás tervezetét és a kérdőívet a TUKEB a IV/409-4/2020/EKU számon engedélyezte.

Statisztikai módszerek

A kutatási eredmények elemzése leíró, valamint matematikai statisztikai módszerekkel, IBM SPSS Statistics 25 (International Business Machines Statistical Package for Social Sciences; IBM Corporation, Armonk, NY, USA) elemzőszoftverrel történt, az adatokat Microsoft Excel-program (Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA) segítségével dolgoztuk fel. A leíró statisztikai módszereknél átlagot, szórást számoltunk, valamint keresztátlakat elemeztünk, khi-négyzet-próbát, faktor- és klaszteranalízist végeztünk.

Eredmények

Kutatásunkat jelentős mértékben befolyásolta a COVID-19-pandémia, mely az egészségügyi szakdolgozókra soha nem látott terheket rótt. Ezáltal az előzetes kutatási tervhez képest lényegesen kevesebb választ tudtunk realizálni.

A kitöltött 197 kérdőívből 195 kérdőívet lehetett felhasználni statisztikai elemzéshez. A válaszadók átlagéletkora 39 év (SD: $\pm 1,15$ év) volt. A munkakört tekintve a válaszadók 44%-a védőnő (n = 85), ezen belül harmaduk vegyes körzetet ellátó, míg kétharmaduk területi védőnő. A gyermekápolók 28%-ot (n = 55), míg a szülésznők 10%-ot (n = 20) tesznek ki. Jelentős, mintegy 13% (n = 25) azok aránya, akik „egyéb” egészségügyi szakemberként dolgoznak, és mindössze 5% (n = 10) a házi gyermekorvos válaszadók száma. 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 gyakoriságok a főváros felé billenek (a főváros vonzáskörzetében élők ingáznak a munkahelyükre).

A nemzetközi és a csekély hazai adatok szerinti közlések és az általunk talált eredmények némileg eltérnek.

Válaszadóink közel 75%-a (n = 145) szerint a legtöbbször a családon belül bántják a gyermekeket, ám több mint 11%-uk (n = 22) nem tudta megítélni a kérdést, és közel 14%-uk (n = 28) vitatta ezt a szakmai álláspontot. Némi ellentmondás látszik azonban abban, hogy a válaszadók több mint 34%-a (n = 67) gondolja úgy, hogy az erőszakos bűncselekményeket inkább az utcán, köztereken, az otthonon kívül követik el, és majdnem 12% (n = 23) nem tudja megítélni ezt a kérdést.

A gyakorisági kérdést nehéz vizsgálni. Alig valamivel több mint 50% (n = 105) szerint annak ellenére, hogy a

bántalmazást gyakori és ártalmas jelenségnek tartják, mindössze 17%-uk szerint születik súlyos ítélet. Az ellátórendszer csak az esetek kis részét érzékeli.

A megkérdezetteket klaszterelemzéssel szegmentáltuk azzal kapcsolatban, hogy milyen tettet, cselekedetet tekintenek bántalmazásnak. Négy csoportba soroltuk a megkérdezetteket. A négy csoportból az elsőben lévő megkérdezettek (n = 32, 16%) szerint az eszközzel való bántás, rángatás, megrázás, megszegyenítés, ételmegvonás és az életvitelben való korlátozás számít bántalmazásnak. A második csoportban lévők (n = 40, 21%) szerint már bántalmazás a megpofozás, fülhúzás, hajhúzás és szidalmazás is. A harmadik csoportban lévők (n = 71, 36%) szerint az is bántalmazásnak minősül ezek mellett, ha a szülő nem beszél a gyermekkel. Az utolsó csoportban lévők (n = 52, 27%) szerint pedig minden felsorolt példa bántalmazásnak minősül (1. táblázat).

A bántalmazás megítélésében a válaszadók csoportja csak két szempontból differenciálódik. Szignifikáns különbség van a bántalmazás megítélésében iskolai végzettség ($p < 0,001$) és munkakör ($p = 0,024$) szerint. Az alacsony iskolai végzettségűek (szakképző, érettségi és szakosító képzés) többsége (n = 22, 39%) szerint csak a szélsőséges példák (eszközzel való bántás, rángatás, megrázás, megszegyenítés, ételmegvonás és az életvitelben való korlátozás) minősülnek bántalmazásnak. Az ennél magasabb iskolai végzettségűek (n = 46, 33%) körében a felsoroltak közül szinte minden bántalmazásnak minősül (2. táblázat). Munkakör szerint a gyermekápolók egyharmada (n = 18), a szülésznők 20%-a (n = 4) szerint csak a szélsőségek minősülnek bántalmazásnak.

A büntetési/fejelmezői módszerek elfogadhatósága koronként és társadalmanként változó. A megkérdezettek saját élettörténeti tapasztalatait is vizsgáltuk az egyes fejelmezői módszerekkel kapcsolatban. A megkérdezetteket klaszteranalízissel három csoportba soroltuk.

1. táblázat | A bántalmazás megítélése szerint készített klaszterek és a munkakör összevetése

		Milyen munkakörben dolgozik Ön?						Összesen	
		Házi gyermekorvos	Területi védőnő	Vegyes körzetet ellátó védőnő	Gyermekápoló	Szülésznő	Egyéb egészségügyi szakember		
Ön szerint mi minősül bántalmazásnak? – Klaszterek	A felsoroltak közül csak a szélsőséges példák minősülnek bántalmazásnak	n	0	6	1	18	4	3	32
		%	0,0	10,2	3,8	32,7	20,0	12,0	16,4
	Minden testi fenyegetés bántalmazás	n	3	13	6	10	3	5	40
		%	30,0	22,0	23,1	18,2	15,0	20,0	20,5
	A szélsőséges büntetések és a testi fenyegetés mellett a kommunikációs szünet is bántalmazás	n	3	19	12	20	10	7	71
		%	30,0	32,2	46,2	36,4	50,0	28,0	36,4
	A felsoroltak közül minden bántalmazásnak minősül	n	4	21	7	7	3	10	52
		%	4,0	35,6	26,9	12,7	15,0	40,0	26,7

2. táblázat | Saját élettörténeti tapasztalatok – a gyermekkorban alkalmazott nevelési módszerek szerint készített klaszterek és az iskolai végzettség összevetése

			Iskolai végzettsége					Összesen
			Szakképző	Érettségi + szakosító képzés	Főiskola	Más orvos vagy egészség tudományi egyetemi végzettség	Védőnői szakirányú egyetemi végzettség	
Milyen nevelési eszközöket használtak az Ön szülei az Ön gyermekkorában? – Klaszterek	Maximum megbeszélés, következmények nélkül	n	0	14	23	5	3	45
		%	0,0	26,4	26,1	16,7	15,0	23,1
	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

Az első klaszterben lévő megkérdezettekkel (n = 49, 25%) szemben jellemzően nem alkalmazták a szülei a kérdőívben felsorolt büntetési módszereket, ha mégis büntették őket, akkor a megpofozást választották. A második klaszterben lévőkkel (n = 112, 57,4%) szemben a leggyakrabban a szidalmazást, ritkábban a megpofozást, eltiltást a barátoktól és a kommunikációs szünetet alkalmazták. A harmadik klaszterben lévőkkel (n = 34, 17,4%) szemben az ételmegvonáson kívül minden büntetési módszert alkalmaztak a szülei (3. táblázat).

A kapott eredmények szerint nincs szignifikáns különbség ($0,332 < p < 0,875$) egyik klaszterben belül sem a büntetési módszerek alkalmazásában, amit a leginkább a minta alacsony elemszámával, a hasonló foglalkozási és munkaorientációval és a résztvevők közel azonos társadalmi csoporthoz való tartozásával magyaráztunk.

A bántalmazás transzgenerációs hatásai szempontjából releváns a megkérdezettek visszatekintése a gyermekko-

rukban alkalmazott fegyelmezési módszerekre. Két klaszterben találtunk figyelemre érdemes adatokat. A „szakképzőben” szerzett képesítéssel és a „más orvos vagy egészség tudományi egyetemi végzettséggel” rendelkezőkkel szemben szigorú nevelési módszereket alkalmaztak, gyakori pofon és szobafogság kísérte életüket, közepesen gyakran fordult elő a kedvenc foglalatosságtól való eltiltás, a zsarolás/egyezkedés, megvonták a zsebpénzüket, vagy éppen szeretet- és kommunikáció-megvonásban részesültek. Az első és a második klaszterben lévő válaszadók (n = 107, 54,9%) esetében többségében a szigorú, de szeretetteljes megbeszélést és a jóvátételi lehetőséget alkalmazták. Ugyancsak érdekes a válaszadóknak a jelen élettapasztalatuk és tudásuk alapján való visszatekintése az átélt nevelési módszerek és azok jelenkori megélése szempontjából. Nem találtunk szignifikáns különbséget egyik demográfiai mutató szerint sem ($0,236 < p < 0,812$). 37,9%-ban (n = 55) a válaszadók úgy látják, hogy a gyermekkorukban használt büntetési módszerek többsége helyénvaló volt, és megérdemelték, tanultak belőle. Úgy gondolják, jobb lenne, ha ma is használnák ezeket („mert a mai gyerekek nem értenek a szóból”, illetve ők maguk is használják, mert „beváltak, ember lett belőlük”). A válaszadók 62,1%-a (n = 90) viszont inkább egyetért azzal, hogy a gyermekkorukban használt büntetési módszerek többsége elfogadhatatlan, jó, hogy már nem használják őket, úgy gondolják, vannak jobb módszerek, inkább ezeket használják. Máig emlékeznek a büntetésekre, amelyek rossz élményként maradtak meg emlékezetükben.

A megkérdezettek 79,1%-a (n = 154) szerint a kommunikációs nevelési eszközök mellett lehetőséget kell adni a gyermeknek a jóvátételre, 21,0%-uk (n = 41) pedig csak a kommunikációs eszközöket tartja elfogadhatónak.

Vizsgáltuk, hogy a megkérdezettek a jelenben használják-e a korábban saját gyermekkorukban megismert/elszenvedett technikákat. Saját gyermekük nevelésekor 85,5%-ban (n = 59) a szigorú, de szeretetteljes megbe-

3. táblázat | A transzgenerációs hatások felülírása – a gyermekkorban szélsőséges módszerekkel büntetett megkérdezettek által választott nevelési módszerek

Milyen nevelési módszereket alkalmaz a saját gyermeke esetében?	Lehetőséget adni a jóvátételre	82,0%
	Szigorú, de szeretetteljes megbeszélés	81,0%
	Partnerként megbeszélni	62,5%
	A helyzet megbeszélése büntetés nélkül	52,2%
	Hosszas megbeszélés („lelki fröccs”)	46,4%
	Kedvenc foglalatosságától/sportolástól való eltiltás	23,8%
	Szobafogság	22,4%
	Fizikai munka jóvátételként	7,7%
	Hosszasan nem beszélek vele	1,5%
	Pofon	1,4%
	Zsarolás/egyezkedés	0,2%
Egyéb	6,4%	

4. táblázat | A jelzőrendszer használata szerint készített klaszterek és a munkahely településtípusának összevetése

			Milyen településen dolgozik?				Összesen
			Falu/község	Más város	Megyeszékhely	Főváros	
Jelzőrendszer – Klaszterek	Először jelent	n	27	29	23	41	120
		%	84,4	55,8	51,1	62,1	61,5
	Először elbeszélget	n	5	23	22	25	75
		%	15,6	44,2	48,9	37,9	38,5

5. táblázat | A jelzőrendszer használata szerint készített klaszterek és a munkakör összevetése

			Milyen munkakörben dolgozik Ön?						Összesen
			Házi gyermekorvos	Területi védőnő	Vegyes körzetet ellátó védőnő	Gyermek-ápoló	Szülésznő	Egyéb egészségügyi szakember	
Jelzőrendszer – Klaszterek	Először jelent	n	6	43	20	27	12	12	120
		%	60,0	72,9	76,9	49,1	60,0	48,0	61,5
	Először elbeszélget	n	4	16	6	28	8	13	75
		%	40,0	27,1	23,1	50,9	40,0	52,0	38,5
Összesen		n	10	59	26	55	20	25	195
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

szélést használják, 82,8%-ban ($n = 53$) lehetőséget adnak a jóvátételre; 81,3%-ban ($n = 26$) a partnerként való megbeszélésre és 76,5%-ban ($n = 39$) a helyzet büntetés nélküli megbeszélésére törekednek azok a megkérdezettek, akik ezeket a módszereket tapasztalták gyermekkorukban. A legkevesebben, 3,4%-ban ($n = 1$) a kommunikációs szünetet és 2,5%-ban ($n = 2$) a pofont alkalmazzák, zsarolást pedig senki nem alkalmaz azok közül, akiket így neveltek gyermekkorukban.

Azon megkérdezettek közül, akiket a testi fenyegetés valamely formájával vagy más szélsőséges módszerekkel (megszégyenítés, ételmegvonás, bezárás) büntettek gyermekkorukban, 82,0% ($n = 37$) lehetőséget szokott adni gyermekének a jóvátételre, 81,0% ($n = 38$) a szigorú, de szeretetteljes megbeszélést választja, 62,5% ($n = 29$) szeretné partnerként megbeszélni a problémát. Csupán 1,4% ($n = 1$) válaszolta, hogy meg szokta pofozni a gyermekét (4. táblázat).

Végül a jelzőrendszer használatát vizsgáltuk. Csak két kategóriában: a munkahely településtípusa ($p = 0,020$) és a munkakör ($p = 0,044$) kategóriái között találtunk szignifikáns különbséget. A falvakban és a fővárosban dolgozók többsége először jelent a család- és gyermekjóléti szolgálat felé (a védőnők több mint 70%-a). A szakellátásban dolgozók jelzési hajlandósága alacsonyabb, 40–60%, melyet erősen befolyásol a gyermekről szóló információkhoz való hozzáférés. A megyeszékhelyen, illetve más városban dolgozók az első lépések között inkább közvetlenül a gyermekekkel beszélnek, és megpróbálnak segíteni nekik. Ezt követően a kollégákhoz fordul-

nának, 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 szolgálatnak. Az először jelentők munkaköri megoszlás alapján 76,9%-ban ($n = 20$) vegyes körzetet ellátók, 72,9%-ban ($n = 43$) pedig területi védőnők. Ők először jelentenek, és csak utána beszélnek a szülővel, illetve próbálnak segíteni a gyermeknek (5. táblázat).

A veszélyeztetettség esetén való jelzés a gyermekjóléti szolgálatok felé kötelező, így bár elsőre magasnak tűnik a jelzési hajlandóság (különösen a védőnők esetében a legmagasabb: 70%-os), ez a törvényi előírások tekintetében még mindig elmarad a kívánatostól. Pozitív eredmény azonban az áldozatok szempontjából, hogy a válaszadók az utolsó/utolsó előtti helyen jelölték meg a „nem teszek semmit” választ, mert nem tudnak megbizonyosodni a gyermek állításainak valóságáról.

Megbeszélés

Kutatásunk bemutatott szegmense arra irányult, hogy megvizsgáljuk az egészségügyi szakdolgozók viszonyulását a gyermekbántalmazás témaköréhez. A válaszadók többsége szerint gyakori jelenség ma Magyarországon a gyermekbántalmazás, és az emberek többsége ezt el is fogadja. Annak ellenére, hogy gyakorinak és ártalmasnak gondolják a gyermekbántalmazást, az ítékezés mégis csak a felszínre került esetek kevesebb mint ötödében

szigorú. Bár a válaszadók háromnegyede szerint a bántalmazás elkövetői a legtöbbször a szülők, főleg az alacsonyabban iskolázott válaszadók szerint inkább idegenek, a lakás falain kívül élők, a gyermekek számára ismeretlenek az elkövetők. A felmérésben részt vevő egészségügyi dolgozók közel ötöde gondolja úgy, hogy Magyarországon az emberek elfogadóak a gyermekbántalmazással szemben.

A gyermek bántalmazását a hazai és külföldi szakirodalmi adatok szerint a családon belül, a legtöbbször a gyermek által ismert személy, a szülő követi el [10, 11]. Világtendencia, de hazánkban is megfigyelhető, hogy 2020-ban – feltehetően a COVID-19-járvány okozta összeczártság, valamint az anyagi bizonytalanság miatt – tovább romlottak az adatok: a 2019-es évhez viszonyítva háromszor annyi volt a kapcsolati erőszakban érintett gyermekbántalmazási eset, és megduplázódott az Országos Kríziskezelő és Információs Telefonszolgálat (OKIT) segélyvonalát keresők száma [6]. Saját kutatásunk igazolja a szakirodalmi adatokat. Válaszadóink háromnegyedének ismerete szerint a gyermekbántalmazások a legtöbbször a zárt ajtók mögött a családban történnek. A kutatás kerete nem engedte, hogy megvizsgáljuk, vajon mi lehet azon ellentmondó eredmény mögött, mely szerint a válaszadók több mint egyharmada a bántalmazás elkövetési helyszínének az utcákat, köztérket jelölte meg.

A szakirodalom egyértelműen ártalmas jelenségnek tartja a gyermekbántalmazást, és a mi megkérdezetteink is többségében ($n = 124$) egyetértenek ezzel [12]. Azt, hogy milyen gyakran fordul elő ez a jelenség a társadalomban, meglehetősen nehéz vizsgálni. Gyakran a válaszadók érzékenységén és észlelésén, szubjektív megítélésén múlik, mennyire érzik gyakori jelenségnek. A válaszadók alig valamivel több mint fele ($n = 105$) gondolja úgy, hogy gyakori jelenségről beszélünk. Ezt alátámasztják a KSH-nak a védőnői adatszolgáltatáson alapuló és a gyermekjóléti szolgálatok éves jelentését összegző adatai, melyek szerint a gyermekek közel 10%-a veszélyeztetett [13]. Annak ellenére, hogy a szakemberek ártalmasnak tartják és gyakori jelenségnek érzékelik a bántalmazást, kevesebb mint ötödük ($n = 34$) szerint születik súlyos ítélet. Az ellátórendszer fókuszába csak az esetek kis része kerül. A hazai latenciadatokat is csak becsülni tudjuk. Bár a korábban említett, 2020. évi Gyermekjogi Jelentés szerint a szülők közel 40%-a szerint elfogadott nevelési eszköz a pofon, ennek ellenére számos kutatás támasztja alá a fizikai és érzelmi bántalmazás káros hatásának kapcsolatát a későbbi gyengébb kognitív képességekkel és iskolai teljesítményekkel [14].

Bemutatott eredményeink szerint a bántalmazás megítélése szempontjából szignifikáns különbséget találtunk az iskolai végzettség és a betöltött munkakör alapján. Az alacsonyabb iskolai végzettségű dolgozók szerint csak a szélsőséges példák tartoznak a bántalmazás körébe, míg a magasabb iskolai végzettségűek szerint a felsoroltak mindegyike bántalmazásnak minősül. Eredményünk

tükrözi az UNICEF 2017-ben végzett 1000 fős kutatásának eredményeit, melyek szerint minél magasabb a válaszadók iskolai végzettsége, annál kevésbé elfogadott körükben a fizikai bántalmazás [12].

Összegzés

A gyermekbántalmazás szakirodalma szerint sokáig a nevelés passzív elszenvetőjeként tekintettek a gyermekekre. Mára ez a felfogás megváltozott, és a szülő-gyermek közötti interakciókon van a hangsúly. Kutatásunkban vizsgáltuk azt a nehezen megközelíthető kérdéskört, hogy mit tartunk bántalmazásnak, milyen eszközök fogadhatók el nevelési eszközöknek, és melyek azok az eszközök, amelyeket a megkérdezettek maguk is használnak gyermekeik nevelése során.

A jelzőrendszer működtetésére adott válaszokból nagyon pozitívnak értékeltük, hogy gyermekbántalmazás esetén mindenképpen cselekednének, és nem mennének el egy ilyen eset mellett. A jelzési kötelezettséget azonban nagyban befolyásolja a település szerkezete. Feltehetően erős befolyást gyakorol az intézkedésre az ellátórendszer elérhetősége. Az intézkedési jogkörrel felruházott Család- és Gyermekjóléti Szolgálat a fővárosban, illetve a nagyvárosokban könnyebben elérhető, így inkább jelentenek nekik az alapellátásban dolgozók. Ha azonban a gyermek a szakellátásba kerül (például kórházi ellátásban a gyermekápolóval kerül kapcsolatba), ott hangsúlyosabb a beszélgetés, és csak az információk birtokában jeleznek a dolgozók. A jelzőrendszeri kérdésre adott válaszokból az is kitűnik, hogy a problémát inkább a szociális szféra felé tolják a megkérdezettek, és kevésbé érzik ezt saját feladatuknak. A gyermekbántalmazás primer prevenció munkája nagyon időigényes, magas szintű szakmai ismereteket igényel, továbbá a feladathoz rendelt eszközöket és forrásokat.

Következtetés

A fentiekből kitűnik, hogy Magyarországon is súlyos probléma a gyermekek bántalmazása, melynek megelőzése több pilléren nyugszik. A biztos kiindulási alap a társadalom hozzáállása a bántalmazás témaköréhez és a bántalmazás minden formájának elutasítása [15, 16].

A törvényi szabályozás tekintetében Magyarország nagyon korán, már 1991-ben csatlakozott a gyermekek jogairól szóló ENSZ-egyezményhez (1991. évi LXIV. törvény) [16]. Magyarországon az 1997. évi XXXI. törvény rendelkezik a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról. A törvény 2002. évi módosítása értelmében ma Magyarországon a gyermekekkel szembeni bántalmazással kapcsolatban zéró tolerancia van, vagyis „a gyermek nem vethető alá kegyetlen, embertelen, megalázó testi fenyegetésnek, büntetésnek vagy bánásmódnak” [17].

A bántalmazás megelőzésével foglalkozó kutatások egyértelműen alátámasztják, hogy a szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szak-

mai irányelvek, tudományos vizsgálatok javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi dolgozók számára 2020-ban újították meg a szakmai irányelvet (2004 óta ez a 3. átdolgozott kiadás), amely rögzíti a bántalmazás és az elhanyagolás tünettanát, felismerését és a dolgozók teendőit is [10].

Az egészségügyi szakembereknek különösen nagy szerepük van az ACE-k felismerésében, a transzgenerációs hatások megtörésében.

Kutatásunkból kiderült, hogy a legerősebb összefüggést a szakszemélyzet iskolázottsága mutatja a gyermekbántalmazáshoz való viszonyulással. Ez a tény a preventív munka hatékonyságát is jelentősen befolyásolja. Minél iskolázottabb a szakszemélyzet, annál kevésbé elfogadó a gyermekbántalmazás jelenségkörével. Társadalmi felelősség a megfelelően képzett szakszemélyzet kialakítása és a rendszer folyamatos fenntartása. Különösen fontos a védőnői, ápolói és orvosi kompetenciák növelése, a tudásszint emelése és a téma iránti érzékenyítés. Ez a munka megkezdődik az egyetemen, de célszerű lenne beépíteni a kötelező szakmacsoportos képzések, valamint a szabadon választható képzések tematikájába. Interdiszciplináris oktatások keretében ezt a tudást hozzáférhetővé kell tenni a szociális szféra és más egészségügyi dolgozók számára [18]. Ez azonban a szektor belső strukturális átalakításán, az egészségügyön túlmutató intézkedéseket igényel.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: T. M. A.: A kutatás végzése, a tanulmány elkészítése. E. F.: Szakmai tanácsadás a kutatómunka során, a tanulmány véglegesítésében. V. I.: A tanulmány saját szakmaterület szerinti kiegészítése, szakmai tanácsadás a kutatómunka során, a tanulmány véglegesítésében. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Köszönetnyilvánítás

Hálásan köszönöm minden közreműködőnek az értékes segítségét.

Irodalom

- [1] World Health Organization. Child maltreatment. Geneva, 8 June 2020. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> [accessed: Január 3, 2022].
- [2] Tománé MA, Vingender I. Additive information and interesting facts about the history of child abuse – Shaken Baby Syndrome (SBS). [A gyermekbántalmazás kutatásfejlődésének kiemelkedő lépései – A megrázott gyermek szindróma. (Shaken Baby Syndrome – SBS).] Kaleidoscope 2019; 19: 76–91. [Hungarian]
- [3] Felitti V, Anda R, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med. 1998; 14: 245–258.
- [4] Makara M, Gál M, Matuszka B. The psychological background of drug and alcohol abuse: negative experiences in childhood. [A kábítószer- és a rendszeres alkoholfogyasztás lelki háttere: a negatív élmények a gyermekkorban.] Orvostovábbk Szle. 2020; 26: 56–59. [Hungarian]
- [5] Tománé MA, Kovács Z, Domján Gy, et al. Primary prevention aspects of child abuse and neglect. [A gyermekbántalmazás és elhanyagolás primer preventív vonatkozásai.] Egészségtudomány, 2018; 62: 39–57. [Hungarian]
- [6] Híntalovon Foundation. Children’s Rights Report – 2020. [Híntalovon Alapítvány. Gyermekjogi Jelentés – 2020.] Available from: <https://hintalovon.hu/gyermekjogi-jelentes/> [accessed: Január 22, 2022]. [Hungarian]
- [7] Office of the Commissioner for Fundamental Rights of Hungary. About child abuse, the abused child. [Alapvető Jogok Biztosának Hivatala. A gyermekbántalmazásról, a bántalmazott gyermekről. AJB-2031/2011.] Available from: <https://www.ajbh.hu/-/a-gyermekbantalalmazasrol> [accessed: 19. March 2022]. [Hungarian]
- [8] Pintér Á, Tóth JN. Abused children – Children’s rights and child abuse. [A bántalmazott gyermekek – Gyermekjogok és gyermekbántalmazás.] Statisztikai Szle. 2022; 95(8–9): 847–872. Available from: https://www.ksh.hu/statszemle_archive/2017/2017_08-09/2017_08-09_847.pdf [accessed: March 19, 2022]. [Hungarian]
- [9] Solt Á. On the cracks of “child friendly justice”. [A „Gyermekbarát igazságszolgáltatás” repedéseiről.] OKRI Kriminológiai Tanulmányok, 55. Budapest, 2018; 47–63. Available from: https://www.okri.hu/images/stories/KT/KT55_2018/kt55_sec.pdf [accessed: January 18, 2022]. [Hungarian]
- [10] Ministry of Human Resources. Health professional guidelines on the responsibilities of health care providers in cases of suspected child abuse and neglect, 2020. [Egészségügyi szakmai irányelv – Az egészségügyi ellátók feladatairól gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának gyanúja esetén.] Emberi Erőforrások Minisztériuma, Egészségügyért Felelős Államtitkárság, Budapest, 2020. Available from: <https://kollegium.aek.hu/Iranyelvek/Index> [accessed: December 13, 2021]. [Hungarian]
- [11] Hillis S, Mercy J, Amobi A, et al. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. Pediatrics 2016; 137: e20154079.
- [12] Publicus Intézet, UNICEF Magyarország. Research on child abuse 2020. [Kutatás a gyermekbántalmazásról, 2020.] Available from: <https://publicus.hu/blog/kutatas-a-gyermekbantalalmazasrol/> [accessed: February 10, 2022]. [Hungarian]
- [13] Hungarian Central Statistical Office. Data on guardianship. In: Yearbook of Welfare Statistics, 2019. [Gyámügyi adatok. In: Szociális statisztikai évkönyv, 2019.] Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2020; pp. 56–60. Available from: https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/evkonyv/szocialis_evkonyv_2019.pdf [Hungarian]
- [14] N. Kollár K, Szabó É. Psychological handbook for teachers. [Pedagógusok pszichológiai kézikönyve.] Osiris Kiadó, Budapest, 2017; pp. 175–177. Available from: http://publicatio.bibl.u-szeged.hu/17571/7/3237405_Pszichoped_2016_1_indd.pdf [accessed: February 20, 2022]. [Hungarian]
- [15] Tománé MA, Kovács Zs, Domján Gy, et al. How to prevent child abuse? Importance and challenges of prevention. [Hogyan előzzük meg a gyermekbántalmazást? A preventív munka jelentősége és kihívásai.] Egészségfejlesztés 2018; 59 (2. különszám): 63–69. [Hungarian]

- [16] Act LXIV of 1991. Conventions on the rights of the child. [1991. évi LXIV. törvény, Egyezmények a gyermekek jogairól. New York, 1989. november 20.] Available from: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99100064.tv> [accessed: 18 December 2021].
- [17] Act IX of 2002 amending Act XXXI of 1997 on the protection of children and the administration of guardianship. [2002. évi IX. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény módosításáról. – Törvények és országgyűlési határozatok.] [Mkogy.jogtar.hu](https://mkogy.jogtar.hu), 2020. Available from: <https://mkogy.jogtar.hu/?page=show&docid=a0200009.TV> [accessed: December 18, 2021]. [Hungarian]
- [18] Tamás RB, Perczel-Forintos D, Máté O, et al. Treatment of somatic symptom disorder in childhood: evidence-based psychotherapy interventions. [Szomatizációs zavarok kezelése gyermekkorban: bizonyítottan hatékony pszichoterápiás módszerek.] *Orv Hetil.* 2020; 161: 1050–1058. [Hungarian]

(Tománé Mészáros Andrea,
Budapest, Üllői út 86., 1089
e-mail: toma.andrea66@gmail.com)

„In malis sperare bene nisi innocens nemo solet.”
(Csapások közepette csak az ártatlan reménykedik.)

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)