

Gyermekbántalmazás és elhanyagolás

Módszertani ajánlás tervezet

Készült az **Országos Gyermekegészségügyi Intézet** gondozásában

Szerkesztette: Dr. Kovács Zsuzsanna, Dr. Scheiber Dóra, Dr. Herczog Mária

Közreműködtek: Asbóth Katalin, Dr. Árki Ildikó, Dr. Gyurkó Szilvia, Dr. Katonáné Dr. Pehr Erika, Dr. Kassai Tamás, Dr. Keller Éva, Dr. Lux Ágnes, Dr. Szolnoki Nikolett, Papp Krisztina, Papp Zsuzsa, Szigeti Vera, Toma Andrea, Zsiros Emese

Az Országos Gyermekegészségügyi Intézet kerekasztal keretében szakmaközi megbeszéléseket kezdeményezett az Gyermekbántalmazás és elhanyagolás Módszertani ajánlás frissítése érdekében többek között a következő intézmények bevonásával:

KIM, NEFMI, TEGYESZ, UNICEF, AJOB, ORFK, NKE, Igazságügyi Orvostani Intézet, CSAGYI, Kékvonal Gyermekkrízis Alapítvány, Gyermekjóléti Központok, NANE, ÉFOÉSZ, MDAC, Jogismeret Alapítvány, Magyar Bírónök Egyesülete, Kézenfogva Alapítvány, Mérei Ferenc Fővárosi Pedagógiai és Pályaválasztási Tanácsadó, Független Média Központ-Pandora Box, PTE, Nevelési Tanácsadók Egyesülete, Osztályfőnökök Egyesülete.

I. Alapvető megfontolások

1. A módszertani ajánlás alkalmazási, érvényességi területe

A gyermekbántalmazás és elhanyagolás megelőzése, felismerése, kezelése és a szükséges intézkedések megtétele a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvényben meghatározott szakterületek feladata, ezen belül kiemelt szerepe van az egészségügynek. Jelen módszertani ajánlás a gyermekegészségügy valamennyi szintjére - alapellátás, járó- és fekvőbeteg ellátás - vonatkozik.

2. Előzmények

A gyermekek helyzete a történelem során sokat változott, sokáig a szülő tulajdonának tekintették őket, bántalmazásukat természetesnek, a nevelés eszközének tartották. Az első, a gyermekek életének védelméről szóló törvényt XIX. század végén, Angliában fogadták el. Azóta sokat finomodott a jogi szabályozás, és változtak a nevelési szokások is. 1989. november 20-án, New Yorkban fogadták el a „Gyermek Jogairól” szóló ENSZ Egyezményt (továbbiakban: Egyezmény), mely külön kiemeli a gyermekek elleni erőszak kérdését: 19. cikk 1. „Az Egyezményben részes államok megtesznek minden arra alkalmas, törvényhozási, közigazgatási, szociális és nevelési intézkedést, hogy megvédjék a gyermeket az erőszak, a támadás, a fizikai és lelki durvaság, az elhagyás vagy az elhanyagolás, a rossz bánásmód vagy a kizsákmányolás - ideértve a nemi erőszakot is - bármilyen formájától”. Az Egyezmény 28. cikke szerint az iskolákban is csak olyan bánásmód megengedett, ami nem sérti a gyermekek emberi méltóságát. A gyermekeket érő erőszak megsérti a gyermek testi integritását és emberi méltóságát, embertelen és megalázó. Az Egyezmény egész szelleme megerősíti a gyermekek jogát a fizikai integritáshoz és az emberi méltóság védelméhez, az erőszakmentes élethez. (21. 38.)

Az Egyezményt 2010-ig 194 ország ratifikálta, tehát a világ - Szomália és USA kivételével - valamennyi országa. Hazánkban az Egyezmény az 1991.évi LXIV. törvénnyel vált a jogrend

részévé. Az ENSZ Gyermekjogi Bizottsága 2011-ben ismét megfogalmazta a tagállamok teendőit a bántalmazás/elhanyagolás visszaszorítása érdekében (14).

A globális egyezmények mellett az Európa Tanács célja a “ bántalmazásmentes” Európa megteremtése, több ajánlásában foglalkozott a bántalmazás/ elhanyagolás kérdéseivel valamint a gyermekek jogaival (15. 16. 17. 22. 24. 25.).

Sok jogrendszerben nincs pontos meghatározás arra vonatkozóan, milyen eset minősül gyermekbántalmazásnak, elhanyagolásnak, e tekintetben a szakemberek között is vita van.

Az ENSZ Egészségügyi Világszervezete (World Health Organization –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, mely a gyermek egészségének, túlélésének, fejlődésének vagy méltóságának tényleges vagy potenciális sérelmét eredményezi egy olyan kapcsolat keretében, amely a felelősségen, bizalmon vagy hatalmon alapul.”

A WHO megállapítása szerint a bántalmazás és elhanyagolás népegészségügyi probléma (64).

Az 1940-es évek végén jelent meg az első alapvető orvosi közlemény a témában (12), azóta is számos szakkönyv és cikk foglalkozik a kérdéssel mind a nemzetközi, mind a hazai szakirodalomban. A média révén világszerte számos megdöbbentő eset válik közismertté.

A hazai jogalkotás több törvényben fogalmazza meg a gyermekbántalmazással és elhanyagolással kapcsolatos teendőket. Különösen kiemelendő, hogy a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. Törvény (továbbiakban Gyermekvédelmi Törvény), melynek 2005. január 1.-től hatályos módosítása a világon 14.-ként mondja ki a testi fenyegetés teljes tilalmát. E szerint „a gyermeknek joga van emberi méltósága tiszteletben tartásához, a bántalmazással - fizikai, szexuális vagy lelki erőszakkal -, az elhanyagolással és az információs ártalommal szembeni védelemhez. A gyermek nem vethető alá kínzásnak, testi fenyegetésnek és más kegyetlen, embertelen vagy megalázó büntetésnek, illetve bánásmódnak.” Az egészségügyi szolgáltatókat az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. Törvény, továbbá az egészségügyi és a hozzájuk kapcsoló személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. Törvény arra kötelezi, hogy értesítsék a gyermekjóléti szolgálatot, ha feltételezhető, hogy a gyermek sérülése vagy betegsége bántalmazás, elhanyagolás következménye, illetve ha a gyermek egészségügyi ellátása során bántalmazására, elhanyagolására utaló körülményről szereznek tudomást. A jelzési, jelentési kötelezettség elmulasztása maga is bántalmazó, elhanyagoló magatartásnak, de legalábbis foglalkozás körében elkövetett gondatlanságnak minősül, mivel ez is veszélyezteti a gyermeket és neki további sérelmet okozhat. Más oldalról a jelzési, jelentési kötelezettség esélyt jelent minden szakembernek arra is, hogy részt vegyen közös cselekvési, intézkedési terv kialakításában. Ez az eljáró szakember számára is védelmet ad az elkövetővel szemben, azáltal, hogy több intézmény és szakember között oszlik meg a döntések súlya.

Azonban hiába adottak a jogszabályi keretek, azok végrehajtása akadozik. A korábban a házi-/gyermekorvosok és védőnők számára az Országos Gyermkegészségügyi Intézet és a Magyar Védőnők Egyesülete által közösen kiadott módszertani levél (30), a különböző oktatási programok nem hoztak elegendő változást a szakemberek szemléletében, pedig családon belüli erőszak áldozatai a felmérések szerint számos alkalommal fordulnak segítségért a legkülönbözőbb intézményekhez, és az első kapcsolódási pont leggyakrabban az egészségügy. Az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosa által 2009-ben végzett vizsgálat adatai is bizonyítják, hogy az egészségügyben dolgozók sajnos még mindig nagyon alacsony

arányban tettek eleget a törvény által előírt a jelzőrendszeri kötelezettségüknek (a jelzések 17,5 %-a származott az egészségügyi ellátók részéről, míg 50%-a az oktatásügy részéről). Mindezek mellett az Ombudsman leszögezi azt is, hogy a jelzés megtétele még csak az első lépés. Emellett szükséges, hogy a jelzést követően a gyermekvédelmi rendszer gyors, pontos, hatékony és kiszámítható módon működjön, ne pedig az egyes szakemberek személyes hozzáállásán, szakmai kompetenciáján múljon egy-egy eset megoldása, kimenetele. Konkrét, meghatározott sorrendben megteendő lépéseket, felelősségi köröket, határidőket, ellenőrzésre és szankcionálásra feljogosított szervet vagy szerveket megnevező protokoll(ok) szükségesek a pozitív változásokhoz (7).

A gyermek bántalmazása, elhanyagolása többnyire nem önmagában jelenik meg, hanem együtt jár a gyermek, a szülők, illetve a házastársak számos más problémájával is, melyek feltárása a családdal foglalkozó segítő szakember feladatai közé tartozik. **A jelzőrendszer tagjainak együttműködése elengedhetetlen** mindezek felismerésében és kezelésében, ezért igen fontos e problémák egységes szemlélettel történő értékelése.

Mindezek indokolják a jelen módszertani ajánlás elkészítését, amely reményeink szerint, a napi munka során útmutatást, tájékoztatást és megerősítést tud nyújtani a gyermekekkel foglalkozó egészségügyi és szociális ellátásban dolgozó szakembereknek.

3. Definíció

A magyar jogszabályok szerint egy személy 18 éves életkorig számít „gyermeknek”. Ettől eltérő korhatárokat szabnak meg jogszabályok például a büntetethőségre (14 év), munkaviszony létesítésére (15 év), házasságkötésre (16 év), stb. De a gyermekvédelemre és egészségügyre irányadó szabályok szerint 0-tól (méhmagzat) a 18. életévig terjed a gyermekkor.

A büntetőjog szerint a gyermekekkel szembeni erőszak ugyanúgy büntetendőnek számít, mint a felnőttek sérelmére elkövetett testi sértés, és más élet, testi épség elleni cselekmények.

Az 1978. évi IV. Törvény a büntető törvénykönyvről (Btk.) az élet, a testi épség és az egészség elleni bűncselekmények leírása mellett, a **kiskorú veszélyeztetése** tényállását is megfogalmazza. 195. § (1) szerint „a kiskorú nevelésére, felügyeletére vagy gondozására köteles személy, aki e feladatából folyó kötelességét súlyosan megszegi, és ezzel a kiskorú testi, értelmi vagy erkölcsi fejlődését veszélyezteti, büntetést követ el, és egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő”. Egyes cselekményeknél, így például emberölés esetén minősítő körülményt jelent, ha az áldozat (sértett) 14 éven aluli személy.

A Gyermekvédelmi Törvény szerint: a **gyermek veszélyeztetése**: a gyermek alapvető fizikai és/vagy pszichológiai szükségleteinek tartós elhanyagolása és/vagy a gyermek bántalmazása.

Veszélyeztetettség: olyan - magatartás, mulasztás vagy körülmény következtében kialakult - állapot, amely a gyermek testi, értelmi, érzelmi vagy erkölcsi fejlődését gátolja, vagy akadályozza.

3.1. Elhanyagolás: minden olyan mulasztás vagy baj okozása (akár szándékos, akár tudatlanságból, óvatlanságból, nemtörődomségből ered), amely jelentősen árt a gyermek egészségének vagy lassítja, akadályozza szomatikus, mentális és érzelmi fejlődését.

Az elhanyagolás fajtái:

- **Érzelmi elhanyagolás:** az érzelmi biztonság, az állandóság, a szeretetkapcsolat hiánya, a gyermek érzelmi kötődésének durva mellőzése.
- **Fizikai elhanyagolás:** az alapvető fizikai szükségletek, higiénés feltételek, a felügyelet hiánya, kiemelendő a csecsemő, kisgyermek magára hagyása, bezárása, a gyermek védelmének elmulasztása olyan esetekben, amikor veszélynek van kitéve. Ide sorolható az orvosi ellátás késleltetése, az orvosi utasítások be nem tartása, a védőoltások beadatásának indokolatlan elmulasztása, késleltetése, a gyermek egészségének/gyógyulásának veszélyeztetése a szükséges kezelés visszautasításával, az orvosi tanács ellenére a kórházból „saját felelősségre” való távozás. Számos véletlen baleset hátterében is feltételezhető az elhanyagolás (pl.: autóban biztonsági öv, gyerekülés használatának mellőzése, kerékpározásnál bukósisak hiánya, stb.). Az éheztetés hátterében számos ok állhat (szándékos éheztetés, indokolatlan diétáztatás, indokolt diéta elhagyása, gyermek saját maga hanyagolja az evést pl.: drog-függés, kezeletlen anorexia-bulimia, szociális okok stb.).
- **Oktatási-, nevelési elhanyagolás:** az iskolalátogatási kötelezettség elhanyagolása, iskolai feladatok, teljesítmény-problémák figyelmen kívül hagyása, együttműködés hiánya, vagy szembefordulás az oktatási intézménnyel, annak rendjével vagy a rendelkezésre álló és javasolt speciális képzési, fejlesztési szolgáltatások igénybevételének elmulasztása.

3. 2. Gyermekbántalmazás: 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.

A gyermekbántalmazás fajtái:

- **Érzelmi bántalmazás:** a gyermek érzelmeivel való tartós vagy rendszeres visszaélés, a gyermekekben az értéktelenség, a szeretetlenség, a nem kívánság és a hasznavehetetlenség érzésének keltése, amely önértékelési zavarokhoz, kötődési nehézségekhez vezethet. Az életkornak, vagy a fejlettségnek nem megfelelő elvárások támasztása (pl. a szobatisztaság idő előtti erőltetése, a képességekhez nem igazodó iskolai követelmények), félelemérzet vagy szorongás keltése, megszegyenítés, állandó kritizálás, az érzelmi zsarolás, a gyermek kihasználása. Ide tartozik a bántalmazással, erőszakkal való rendszeres fenyegetés is, amikor az erőszakcselekmény ténylegesen nem következik be, de a gyermeket félelemben, rettegésben tartja (pl. a gyermek játékanak, tulajdonának tönkretétele, izolálás pl. bezárás, társas kapcsolataitól való megfosztás). Az érzelmi bántalmazás súlyos formája, amikor a gyermek tanúja más, gyakran édesanyja bántalmazásának. Ide tartozik a különélő szülővel való kapcsolattartás akadályozása is. Az érzelmi abúzus rendszerint a gyermekkel szembeni rossz bánásmód minden formájával együtt fordul elő, de külön is felléphet.
- **Fizikai bántalmazás:** fizikai sérülés okozása (ütés, rúgás, lekötözés, bezárás, rángatás, rázás, el- vagy ledobás, gondatlan leejtés, mérgezés, megégetés, leforrázás, vízbe fojtás, fojtogatás stb.) Magyarországon a leggyakrabban „testi fenyítés” formájában fordul elő a fizikai bántalmazás, amikor a szülők, a pozitív nevelési technikák ismeretének hiányában pofonnal, veréssel fegyelmezik, büntetik a gyermeküket. Számos országban ide sorolják a közlekedés során elkövetett gondatlan veszélyeztetést is. A fizikai bántalmazás speciális formája a **megrázott gyermek szindróma** (Shaken Baby Syndrome, Shaken Impact syndrome), amikor a gyermek közvetlen megrázása, vagy közvetve valamely tárgyhoz való csapódása egyaránt okozhat károsodást. Az esetleg kialakult subdurális haematoma csak 85 %-ban jár együtt külsérelmi nyommal, 25 %-ban kíséri koponyatörés, mely leggyakrabban

parieto-occipitális elhelyezkedésű. Sokszor tudatlanság, rossz szokások okozhatják, pl. mikor a jóakaró, de tudatlan szülő a kisbabát játékosan dobálja. Máskor a gyermek sírását elviselni képtelen, ideges szülő/gondozó idézi elő azzal, hogy a gyermeket erőteljesen megragadja, megrázza, hogy megijesztésével hagyja abba a sírást. Az erőteljes rázás a sérülékeny csecsemő/kisded koponyáján, szemén belül vérzést okozhat, extrém esetben a gerincvelő sérül, vagy a bordák törnek. Igen alattomos bántalmazási forma, mert nincs külsérelmi nyom, igen nehéz felderíteni és halált vagy súlyos maradandó károsodást okozhat. A kórképet el kell különíteni a hirtelen csecsemőkori haláltól (SIDS), ahol sem a helyszíni, sem a toxikológiai, a mikrobiológiai, kórbonctani, igazságügyi orvostani vizsgálat nem képes azonosítani a halál okát.

- **Szexuális abúzus:** gyermek, vagy fiatal szexuális tevékenységekre való kényszerítését vagy csábítását jelenti, függetlenül attól, hogy az áldozat tisztában van-e azzal, mi történik vele. E körbe tartozik a tényleges szexuális aktuson kívül a molesztáló, simogató, csábító tevékenység magamutogatás is, a gyermek bevonása pornográf anyagok megtekintésébe, vagy készítésébe, vagy a szülő/gondozó szexuális tevékenységének figyelésébe. Incesztus vagy vérfertőzés során a bántalmazó egyenesági rokonával (pl. gyermekével, unokájával) létesít szexuális kapcsolatot. A Btk. büntethetőség szempontjából különbséget tesz, ha az elkövető is 18 évnél fiatalabb. A szexuális abúzust elkövetők 70-80%-a a gyermek számára ismerős személy, rokon, hozzátartozó, családtag vagy barát. Szexuálisan érett emberek nemileg éretlen gyermekek iránti szexuális vonzódása a pedofília, a serdülőkhöz való szexuális vonzódást pedig efebofiliának nevezzük, bár a köznyelv nem tesz különbséget a kettő között. A pedofília szexuális és nemi identitási zavar, az elkövető visszaesésre hajlamos. A szexuális visszaélés ma már nemzetközi problémává nőtt formája a gyermek-kereskedelem, a kereskedelmi célú szexuális kihasználás, kizsákmányolás.
- **Egyéb formák:** koldulásra, lopásra, prostitúcióra, hazugságra kényszerítés, gyermekkel koldulás, a gyermek korának nem megfelelő, ill. rendszeres megterhelő munka végeztetése. Új fogalomként jelent meg a **szociális bántalmazás** (jelenleg még az angol nyelvű - social abuse- kifejezés ismertebb). Ez jelenti a bántalmazott bezárását, a lakás vagy a szoba elhagyásának akadályozását, szociális kapcsolatainak lehetetlenné tételét (találkozás, telefonálás megakadályozása), utána való leleselkedést stb. **Gazdasági bántalmazás** (economic abuse) elsősorban partnerek között lép fel, mely során a bántalmazó gazdaságilag ellehetetleníti a partnerét. Ez főleg válás után a gyermeket is érintheti, amikor a gyermeket nevelő felet gazdaságilag indokolatlanul nehéz helyzetbe hozzák (tartásdíj megtagadása, lakhatás lehetetlenné tétele stb.).

A gyermekbántalmazás különleges formái:

- **Méhmagzatot károsító magatartás:** ha a várandós – az erről való felvilágosítás ellenére – életmódjával magzata egészségét veszélyezteti. Ez elsősorban a várandósság alatti drog és alkoholfogyasztást, a mértéktelen dohányzást, a prostitúciót jelenti. A várandós bántalmazása, a nem gondozott, titkolt terhesség is árthat a magzatnak. Ebbe a csoportba sorolandó az **újszülött gyilkosság**, amikor az anya (általában titkolt terhességet követően) közvetlenül a szülés után, illetve néhány órán belül az újszülött halálát okozza tevőlegesen, vagy magára hagyással (háttérben sokszor az anya pszichés zavara áll) ez büntetőjogilag is külön elbírálás alá esik.
- **Alkohol és drog abúzus:** a szülők vagy gondviselők alkohol, drog fogyasztásának olyan következményei lehetnek, amelyek a gyermekre veszélyt jelentenek. Ilyenkor

vizsgálni és mérlegelni kell, hogy az alkohollal, droggal való visszaélés ellenére/mellett a szülő- támogató segítség nyújtása mellett, azzal együttműködve - képes-e megfelelő módon gondozási, felügyeleti és nevelési feladatainak ellátására, vagy a függőség ezt lehetetlenné teszi. A várandósság gyakran motivációt jelent az alkohol-, drogfogyasztás megszakításához. Ezért kell a gyermekekkel foglalkozó szakembereknek ismerni azokat a segítő szervezeteket, amelyek az alkohol- és drogfüggőkkel foglalkoznak, hogy szükség esetén igénybe vehessék szolgálataikat. Minden segítséget meg kell adni az anyának, apának, vagy más a gyermek gondozását végző személynek, hogy kezeltesse függőségét, mert ez a megszületendő gyermek érdekeit és egészségét is védi. Az alkohol-, vagy drogfüggő szülő gyermekének nagyobb az esélye arra, hogy betegnek szülessen (pl.: magzati alkohol szindróma), fejlődése zavart szenvedjen, későbbiekben alkohol, vagy drogfogyasztóvá váljon.

- **„Münchhausen by proxy” szindróma:** igen ritka, sokszor súlyos következményekkel járó bántalmazási forma, melyet az anya azzal követ el, hogy a gyermekénél szándékosan betegséget idéz elő, majd orvostól-orvoshoz viszi, hogy így az egészségügyben kapja meg azt a figyelmet, amire máshol hiába vágyik. Ezek az édesanyák általában pszichés zavartól szenvednek.
- **A gyermek önmagát veszélyezteti:** az önsértés, azaz a gyerekek a saját maga ellen irányuló erőszakos magatartása (pl.: falcolás), melynek súlyosabb formája az öngyilkosság, öngyilkossági kísérlet. Ide sorolhatók az egyéb veszélyeztető magatartási formák: elszökés, csavargás, drogfogyasztás, alkoholizálás stb. Ezek hátterében gyakran családi diszfunkció, nyomasztó családi légkör, félelem, elhanyagolás, családi erőszak, kortársbántalmazás, iskolai problémák, kudarc stb. állnak.

Az elkövetés helye szerinti felosztás:

- **Családon belüli erőszak:** ha valaki hozzátartozója biztonságát, testi - lelki épségét veszélyezteti, vagy károsítja, önrendelkezésében korlátozza, testi erőszakot követ el ellene vagy annak elkövetésével fenyeget, illetve tulajdontárgyait tönkreteszi, az áldozat számára elviselhetlenné teszi az együttélést. A partnerét bántalmazó szülő 50-70%-ban gyermekét is bántalmazza, illetve a gyermek tanújává válik a bántalmazásnak (1). Az elszökött gyermekek több mint 80%-a bántalmazott (1). A családon belüli erőszakra a ciklicitás jellemező, „mézeshetekkel” kezdődik, majd a „feszültségfelgyülemelés” fázisa következik, végül ismét erőszakba fordul. A bántalmazott szülő rendszerint megfélemlítés alatt él, ezért különösen nehéz az áldozatnak az erőszakhelyzetből való kilépés, és a szakembereknek a feltárás. Jellemző, hogy:

- retteg a partner dühétől,
- gyakran hivatkozik a partnerére,
- szorong, ha kapcsolatukról beszél,
- feltűnően igyekszik partnere kedvére tenni,
- képtelen cselekedni saját érdekében,
- munkahelyéről rendszeresen késik vagy hiányzik,
- lehangolt, vagy pont ellenkezőleg túlfűtött,
- sérüléseit takarja (napszemüveg, smink, nyáron hosszú ujjú ruha stb.).

A nők bántalmazásának kezdete sokszor egybeesik a várandóssággal. Gyakran nem fizikai, hanem lelki, esetleg szexuális abúzus előzi meg, társul hozzá. Az ilyen párkapcsolatok disszonáns, gyanút keltő elemeket hordoznak pl. a nő folyamatos leminősítése, akaratának semmibevétele fizikai, anyagi korlátozása, a partnerek

addiktív életmódja, vagy pszichés zavara, frusztrált helyzete (pl. egzisztenciális problémák) is állhatnak a háttérben. A bántalmazott a poszttraumás stressz miatt tompulttá válhat, visszavonhatja vádját. Számolni kell az u.n. Stockholm szindrómával is (az áldozat, a kiszolgáltatott helyzetben levő szeretetet kezd érezni az elhanyagolóval, bántalmazóval szemben, kötődik hozzá), ezért a szakember által felajánlott segítséggel sokszor képtelen élni, ami megnehezíti, néha lehetetlenné teszi a segítségnyújtást. Másrészt az esetek magas száma miatt kialakult egyfajta intézményi passzivitás, háritás. További problémákat okoz a felkészületlenség, a szakmaközi együttműködés hiányossága, a szupervízió elégtelensége. A hazai szemléletben a konzervatív nevelési elvek, a patriarchális családműködés, a fizikai erőfölény érvényesítésének széleskörű elfogadottsága és az erőszakkal szembeni tompultság, társadalmi közöny miatt, az érintettek sok esetben nem kapnak hathatós segítséget, és bizalmukat veszítik a szakemberekkel szemben, beletörődnek sorsukba. Ide tartozik a zaklatás, amikor (jellemzően) a volt partner rendszeresen felhívja, személyesen vagy más módon megkeresi, zaklató tartalmú üzeneteket juttat el a volt partnerhez, illetve annak családtagjaihoz, munkahelyére, stb. **Mindezek érintettje lehet a gyermek is!**

Ha a családi erőszak, zaklatás áldozata büntetőeljárást kezdeményez, igénybe veheti a távoltartás intézményét, mely szerint a bántalmazót maximum 30 nap időtartamra hatósági rendelkezés tiltja el az áldozattal (és annak családjával, munkahelyével, stb.) való kapcsolatfelvételtől.

- **Családon kívüli erőszak:** ha az elkövető nem családtag.

Ezen belül külön ki kell emelni a **rendszer-abúzust**, ez esetben a gyermekek védelmére létrehozott és működtetett rendszer diszfunkcionálisan működik, és ezzel hozzájárul a bántalmazás késedelmes elhárításához, vagy be nem avatkozásával, a jelentési kötelezettség elmulasztásával a további károsodáshoz. Állampolgári Jogok Biztosa által végzett vizsgálatból az is kiderült, hogy a tragikus kimenetelű esetek majd mindegyikében már hónapok, évek óta veszélynek voltak kitéve a gyermekek, azonban a jelzésre kötelezett szakemberek nem tettek eleget törvényi kötelezettségüknek, nem léptek közbe időben.

- Ide tartozik még **gyermekvédelmi rendszerrel** kapcsolatba került gyermekek esetében a gyermek tájékoztatásához és véleménynyilvánításhoz fűződő jogainak figyelmen kívül hagyása, vagy megtagadása, valamint a szülőktől való indokolatlan elválasztás.
- Az **oktatási nevelési intézményben** is történhet bántalmazás/elhanyagolás, amit a gyermek felügyeletével megbízott pedagógus/óvónő/gondozó vagy a gyermek kortársa követhet el. Különösen veszélyeztetettek a bentlakásos intézményben nevelkedő, a sérült, speciális gondozási/nevelési igényű, és a szüleiktől elválasztott – állami gondozott, migráns, illetve kísérő nélkül érkező – gyermekek.
- Az **egészségügyi ellátás** keretében is bántalmazottá válhat a gyermek:
 - szükségtelen, vagy nem körültekintő orvosi vizsgálatok,
 - indokolatlan kórházba utalás,
 - a szülőtől való szükségtelen elválasztás,
 - a szülők/gyermekek tájékoztatásának elmulasztása, vagy megtagadása,
 - értelmetlenül mellőzött fájdalomcsillapítás (pl.: kamra punkció koraszülötteknél, appendicitis diagnózisával műtétre váró beteg),
 - hosszadalmas várakozási idő (különösen, ha a váróhelység nem felel meg a gyermekek igényeinek),

- a szemérem tiszteletének mellőzése (pl. nem elkülönített térben való vizsgálat) miatt.
- o Ide sorolható a **nyomozási, jogi eljárás során** a szükségtelen számú és nem megfelelő formájú kihallgatás, kikérdezés, vizsgálat, vagy ha az eljárás indokolatlanul elhúzódik. Ha a vizsgálatot nem megfelelően felkészült szakember végzi, és ha a beérkező információkat nem elsősorban a gyermekek érdekében megfelelően mérlegelik.

A **média-erőszak** általános társadalmi probléma és igen káros a fejlődő gyermeki lélekre. Bár a Médiatörvény szabályozza a műsorszolgáltatók kötelezettségeit, hogy megvédje a kiskorúakat a káros tartalmaktól, azonban az ORTT vizsgálatai szerint a magyar médiában még a gyermekműsorokban, ill. műsorsávokban is rendszeresen találkozhatunk erőszakos tartalmakkal (5). Emellett rendszeresen előfordul, hogy megsértik a gyermekek személyiségi jogait a kép, ill. hangfelvétel felhasználása során (pl. egy bántalmazásról szóló interjúban a kiskorú felismerhető).

Az **internet világában on-line abúzus** - formák jelentek meg. Az elmagányosodó, szilárd családi, baráti kapcsolatokat nélkülöző gyermekek közül sokan virtuális kapcsolatokban élnek, ami újabb veszélyforrás lehet. Felnőtt elkövetők többnyire szexuális szándékkal az interneten keresztül létesítenek kapcsolatot fiatalokkal. Kezdetben ártalmatlan levelezés után erotikus fényképek kérése, esetleg webkamerán keresztül szexuális játék is megtörténhet. Az on-line módon kötött kapcsolatok az esetek egy részében személyes találkozáshoz is vezethetnek, ami további veszélyeket rejt magában.

Utóbbi időkben figyeltek fel az erőszak különböző formáira, melyeket **a sportéletben** követnek el, pl.: indokolatlan nyomásgyakorlás a teljesítmény elérése érdekében, olyan táplálkozás vagy fogyókúra, amely evészavarokhoz vezethet.

Kortársbántalmazás, zaklatás (bullying): amikor egy gyermeket egy másik gyermek, vagy gyermekek csoportja ismételten bántalmaz. Számos formában nyilvánulhat meg. Közös jellemzői az egyenlőtlen erőviszonyok, az ártalom és az ismétlődés.

Különböző formái:

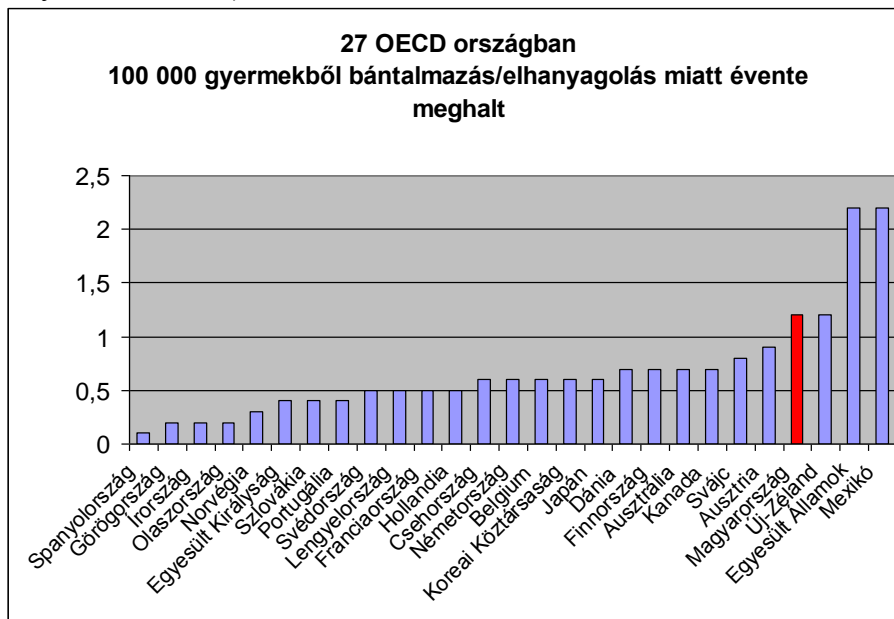
- o fizikai (lökés, rúgás, verés, a másik tulajdonának elvétele, tönkretétele, megalázó beavatás, stb.)
- o verbális (fenyegetés, sértegetés, gúnynév, megalázó beszólások, stb.),
- o szimbolikus (grimasz, mutogatás),
- o indirekt (kiközösítés, pletyka terjesztése, stb.),
- o cyber-bullying (fenyegető üzenetek e-mailben, sms-ben).
- o szexuális (molesztálás).

3. 3. Incidencia, morbiditás, mortalitás

Hazánkban évente kb. 30 gyermek hal meg bántalmazás vagy elhanyagolás következtében. Egy éves életkor felett külső okokból következik be a legtöbb haláleset, ezen belül a legtöbb gyermek véletlen baleset következtében hal meg, de ide sorolják azokat a haláleseteket is, ahol a szülőt felelősség terheli az elvárható felügyelet és a biztonságos környezet kialakításának elmulasztása, tehát elhanyagolás miatt. A bántalmazott gyermekek 12 %-a 3 évnél fiatalabb, 20%-a 4-6 éves, 26 %-a 7-14 éves. A KSH adatai szerint 2010-ben a gyermekjóléti szolgálatok 191185 veszélyeztetett gyermeket tartottak nyilván. Fizikai elhanyagolástól 12 362 érzelmi elhanyagolástól pedig 9741 gyermek szenvedett, 3127 gyermeket ért fizikai, 5499 gyermeket érzelmi bántalmazás és 374-en szenvedtek el szexuális

abúzust (25). Az adatok azonban csak a jéghegy csúcsát jelentik, szakemberek becslései alapján Nyugat-Európában egy feltárt esetre 10, Magyarországon pedig 25 rejtett eset jut! 2010-ben 50 fiatalkorú vetett véget az életének Magyarországon, de becslések szerint ennek tízszerese azoknak a száma, akik sikertelen öngyilkossági kísérletet követtek el. Rendőrségi források szerint 2010-ben Magyarországon 7496 gyerek eltűnését regisztrálták, kisebb részük 14 év alatti (összesen 1788-an), a többiek 14 és 18 év közöttiek.

Nemzetközi összehasonlítás szerint hazánk 27 legfejlettebb OECD ország közül hátulról a 4. helyen áll (1. ábra):



Forrás: Innocenti Research Center (31)

A bántalmazás/elhanyagolás különböző formáinak megoszlása: hazai és nemzetközi vizsgálatok szerint az esetek 48-50 %-a elhanyagolás, 25%-a fizikai, 20 %-a érzelmi bántalmazás, 5 % szexuális abúzus. Természetesen ezek a bántalmazási/elhanyagolási formák a legtöbb érintettnél keverednek. (2. ábra)

Forrás: Barkó Éva (10)

Hazánkban a gyermekbántalmazás 80 %-át családon belül követik el, 41 %-ban a vér szerinti apa, 39 %-ban pedig a vér szerinti anya a bántalmazó, illetve gyakran az egy háztartásban élő nem vér szerinti szülő (nevelőapa, nevelőanya) (56).

3. 4. Kiváltó tényezők

Társadalmi-gazdasági tényezők:

- kedvezőtlen társadalmi folyamatok (gazdasági krízis, radikális politikai átalakulás stb.)
- az erőszakos magatartás társadalmi elfogadottsága,

- a családok stabilitásának, megtartó erejének csökkenése,
- pozitív családi minták, pozitív nevelési technikák hiánya,
- a többgenerációs családok együttélésének hiánya,
- a helytelen nevelési szokások (rendszeres testi fenyítés),
- a szélsőségesen patriarchális attitűdök, a női/férfi szerepek merev kezelése, a merev alá-/fölérendeltségi viszonyok,
- a konfliktusok kezelésének hiányzó kultúrája,
- a veszélyeztetett családok izolációja,
- az ellátó rendszer működési zavarai és hiányosságai stb.

Gyermekbántalmazás minden társadalmi rétegben előfordul, de kialakulásában számos családi és egyéni rizikófaktor játszik szerepet. A magasabb társadalmi helyzetű családok esetében nem feltétlenül kevesebb a bántalmazás, felfedésük azonban nehezebb, mivel ezek a családok tájékozottabbak, érdekeiket jobban védik. A szakemberek is kevésbé gyanakodnak rájuk, esetleg a szülők társadalmi helyzete miatt jobban félnek eleget tenni jelzési kötelezettségüknek.

A bántalmazás kialakulásában szerepet játszó rizikófaktorok:

Az alább felsorolt rizikófaktorok nem feltétlenül vezetnek bántalmazáshoz, de az ellátás, kiemelten a megelőzés szempontjából fokozott figyelmet érdemelnek.

Családi körülmények:

- erőszak a családtörténetben (a szülő bántalmazott, vagy elhanyagolt gyermek volt),
- erőszak a családban (elfogadott a verbális és fizikai erőszak)
- szegénység, hajléktalanság, munkanélküliség,
- egyedülálló, különélő szülők, mostoha szülő, bizonytalan kapcsolódású partner,
- a család diszfunkcionális működése
- zavarok a családi kapcsolatrendszerben,
- elszigetelt család,
- szüléskor az anya 18 évesnél fiatalabb,
- az anya rövidebb-hosszabb időre külön él a gyermektől
- a szülő és a gyermek temperamentuma között diszharmónia.

Egyéni rizikófaktorok:

A szülő személyiségével összefüggő problémák:

- közömbös, túlaggódó, intoleráns a gyermekkel,
- éretlen, vagy sérült személyiség,
- mentális betegség (depresszió, szorongás - kiemelendő a posztpartum depresszió és pszichózis!)
- kötődési problémák,
- alkohol-, drogfüggőség,
- deviáns magatartás,
- a szülőnek a saját szüleivel rossz vagy ambivalens kapcsolata volt,
- a szülő is bántalmazott gyermek volt,
- a szülő intézetben nevelkedett.

A gyermekkel kapcsolatos tényezők:

- nem kívánt vagy titkolt terhességből született gyermek,

- koraszülött, kis súlyú gyermek,
- az újszülöttet több mint 24 órára elválasztották az anyától,
- két gyerek születése között kevesebb, mint 18 hónap telt el,
- testi vagy értelmi fogyatékkal élő, illetve krónikus beteg gyermek,
- nyugtalan, nehezen megnyugtatható, sírós csecsemő,
- magatartási, tanulási zavarral küzdő gyermek.

Hangsúlyozni kell, hogy több rizikófaktor együttes jelenléte sem vezet szükségszerűen bántalmazáshoz, elhanyagoláshoz. Nagyon kedvezőtlen körülmények között is élnek gyermekek harmonikus, szerető, védelmező légkörben, ugyanakkor optimálisnak látszó és kiegyensúlyozott családban is megtörténhet a gyermek bántalmazása. Az itt felsorolt egyéni és családi jellemzőkkel rendelkező családok esetében fokozott odafigyelés, támogatás szükséges.

II. Felismerés, diagnózis

A gyermek elhanyagolásának, a rossz bánásmódnak a jeleit, azok a szakemberek észlelhetik elsősorban, akik napi kapcsolatban vannak a gyermekkel, ismerik a családot, a gyermeket (orvos, védőnő, bölcsődei gondozó, óvónő, pedagógus, pszichológus stb.). Kívánatos, hogy a gyermekkel foglalkozó szakemberek olyan kapcsolatba kerüljenek a családdal és egymással, hogy azok a jelek is felismerhetők legyenek, amelyek sokszor nem egyértelműek. Az áldozattól nem várhatjuk a gyanú megerősítését, így a szakember könnyen elbizonytalanodhat. Nehezíti helyzetét, hogy – főleg elhanyagolás, vagy érzelmi, szexuális bántalmazás esetén – a testi jelek hiánya nem zárja ki a bántalmazás lehetőségét. A bántalmazás jelei a gyermek életkorával is eltérő formákat ölthetnek, és pubertás korban még nehezebbé válik a viselkedésben deviáns és normális magatartás elkülönítése. A gyanújelek lehetnek általánosak vagy specifikusak. Jelentkezhetnek testi, viselkedésbeli, érzelmi szinteken.

Elhanyagolás, bántalmazás gyanúját felvető szülői magatartás:

- italos, drogos állapot, kontrollálatlan magatartás,
- türelmetlen, agresszív szülő, a gyermeket indokolatlanul rossznak, butának, ügyetlennek, kifejezetten tehernek stb. tartja,
- apatikus, gyermekével szemkontaktust nem tartó szülő,
- túlaggódó, (indokolatlanul) gyakran orvoshoz forduló szülő,
- pszichésen terhelt szülő (pl. posztpartum depresszió, pszichózis)
- a sérülés nem egyeztethető össze az előadott történettel,
- a gyermek a sérülésről másképp számol be, mint a szülő,
- a sérülés után nem fordul azonnal orvoshoz,
- a csecsemőről való gondoskodás elutasítása, hátrítása,
- orvosi, védőnői, ápolói tanácsok be nem tartása, védőoltások indokolatlan elmaradása,
- betegség, aggasztó tünetek esetén orvosi vizsgálat elmulasztása,
- nagy változás a szülő viselkedésében a különböző találkozások során.

A gyermeknél észlelhető általános viselkedési gyanújelek:

- kifejezéstelen arc, üres tekintet, szemkontaktus hiánya,
- autóagresszivitás pl. hajtépés,
- megretten váratlan érintéskor, simogatáskor elrántja a fejét, fél a fizikai érintéstől,

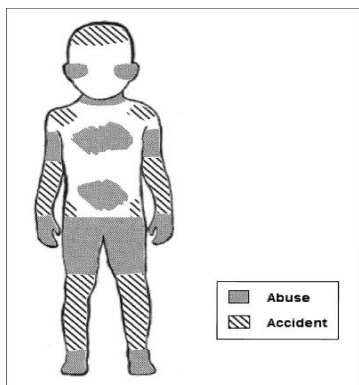
- feltűnően készséges, túlságosan alázkodó, engedékeny viselkedés,
- túlságosan éber, vibráló, válogatás nélkül figyelmet követelő,
- szokatlanul félénk, riadt, túlérzékeny,
- bizalmatlan, különösen a közel állókkal szemben, fél a szülőtől,
- félelem bizonyos személyektől, vagy bizonyos típusú emberektől (pl.: férfiak, katonák),
- alvászavarok, evészavarok,
- regresszív viselkedés,
- regulációs zavarok,
- enuresis, encopresis,
- pszichoszomatikus tünetek,
- gyermekközösségekben kapcsolatteremtési problémák, passzivitás, izolálódás vagy agresszivitás,
- megváltozott gyermeki magatartás, beállítódás (pl.: extrovertáltból introvertálttá válik).

Az elhanyagolás testi gyanújelei a gyermeknél:

- alultápláltság, leromlott fizikai-lelki állapot,
- piszkos, az időjárási viszonyoknak nem megfelelő ruházat,
- ápolatlan, feltűnően piszkos bőr, elhanyagolt bőrfertőzések, rovarcsípések nyomai, korábbi sérülések hegei,
- túl gyakran történik a gyermekkel baleset, sérülés,
- ismeretlen eredetű eszméletvesztés,
- túl gyakran kerül kórházba.

Fizikai bántalmazásra utaló testi gyanújelek/jelek a gyermeknél:

- a bántalmazás látható jelei, foltogatás, verés nyomai,
- szájüregi sérülések keresése, mely felveti szexuális abúzus gyanúját is (eszközlenyomat, petechiák, lágú- és keményszájpad erythema, kémiai behatások, frenulum szakadás, egyéb szájnyálkahártya sérülések),
- radiológiai eltérések keresése (többszörös bordatörés, szegycsont haránt irányú törése, csont-porc határ szétválása, kulcsont-, lapocka-, gerinctörés, különböző idejű törések, izolált spiráltörés a combcsonton, kiterjedt csontkörüli reakció)
- nem baleseti jellegű sérülések, égés, forrázás nyomai (pl.: szimmetrikus forrázás nyomok mindkét farpofán, alsó végtagon),
- az előzményben korábbi sérülések, többszörös, a gyógyulás különböző stádiumait mutató zúzódások, vérömleny, karmolás,
- 1 év alatti gyermek csonttörése (1 év alatt a csonttörések 56%-a, 3 év alatt 30%-a bántalmazás következménye!) (34),
- spirális végtagtörés,
- többszörös törések egyidejű jelenléte, ide tartozik a megragadás következtében létrejövő sorozatos bordatörés,
- gyógyulás különböző fázisában lévő csonttörések,
- nem a megszokott helyeken látható a zúzódás (térd, tenyér, könyök, homlok), hanem pl. tarkó, törzs, fül, hajjas fejbőr



3. ábra Forrás: Keller Éva (36.)

- ellentmondásos történet a sérülésről (más története van a sérülésről a gyermeknek, mint a szülőnek, vagy a gyerek másként meséli a sérülés körülményeit a különböző találkozásokkor)
- a gyermek szinte szó szerint ismétli a szülő történetét a sérülésről,
- nem baleseti jellegű mérgezés.

Fizikai/érzelmi bántalmazás viselkedésbeli/pszichés gyanújelei a gyermeknél:

Ld. fent a gyermeknél észlelhető általános viselkedési gyanújelek, ezeken kívül:

- iskolai teljesítmény romlása,
- izoláció, befelé fordulás,
- agresszivitás
- depressziós tünetek,
- deviáns magatartás, csavargás, elszökés,
- drogozás, alkoholizálás
- önagresszió, öngyilkossági kísérlet stb.

A szexuális bántalmazás jelei/gyanújelei

A fent leírt viselkedési gyanújeleken kívül nem specifikus jelek:

- a gyermek korához nem illő szexualizált viselkedés, szóhasználat,
- nemi aktus eljátszása,
- fokozott, az életkornak nem megfelelő érdeklődés a szexualitás iránt,
- alhasi fájdalom,
- a végbél és a nemi szervek fájdalma, váladékozása, viszketése,
- fájdalmas vizelés, makacs húgyúti fertőzések.

Specifikus jelek:

- a végbél sérülése, váladékozása, széklettartási zavarok,
- a genitália makacs gyulladása, sérülése, a hymen sérülése,
- a kiskorú terhessége,
- a kiskorú nemi betegsége
- szájüregben észlelt sérülések esetén is gondolni kell szexuális abúzusra.

A tapasztalat azt mutatja, hogy az első esemény és a bejelentés között több hónap, esetleg egy év is eltelik. A szexuálisan bántalmazott gyermek segítségkérését kiemelten komolyan kell venni, mert a jelzés késése leginkább abból a félelemből ered, hogy nem hisznek neki. A segítségkérést gyakran nehezíti az is, hogy a gyermeknek sokszor büntudata van, szégyelli magát, fél saját maga és családja megbélyegzésétől, fél az elkövetőtől.

A bántalmazással/elhanyagolással kapcsolatban használható BNO kódok:

Z59 lakástalanság
Z5910 rossz lakáskörülmények
Z5940 megfelelő táplálék hiánya
Z5950 nagyfokú szegénység
Z6010 rendellenes nevelési körülmények
Z6090 gondok a szociális környezettel
Z6140 probléma a gyermek kárára elkövetett nemi visszaélés
Z6150 probléma a gyermek kárára elkövetett nemi zaklatás
Z6160 gyermek fizikai kihasználása
Z6180 egyéb kedvezőtlen hatású gyermekkori esemény
Z6200 alkalmatlan szülői gondozás
Z6240 gyermek érzelmi mellőzése
Y04H0 testi erővel elkövetett testi sértés
Y0610 elhanyagolás és elhagyás szülő által
Y0710 egyéb rossz bánásmód szülő által
Y0790 egyéb rossz bánásmód k.m.n. személy által
Y08H0 egyéb megjelöl módon elkövetett testi sértés
Y09H0 k.m.n. módon elkövetett testi sértés

III. Differenciáldiagnózis

A szakemberek alapvető feladata, hogy abúzus gyanújele esetén is minden esetben kizárják a belgyógyászati, sebészeti, pszichiátriai, pszichológiai kórképeket. A bántalmazás megítélése szempontjából az összképet kell tekinteni, kiragadott tünetek önmagukban félrevezetőek lehetnek. pl.:

- különböző stádiumban lévő szuffúziók, hematómák (hematológiai megbetegedések, szepszis, ritka gyógyszer mellékhatások)
- koponyaűri vérzés (baleset, hematológiai megbetegedések)
- csecsemőkori sorvadás (anyagcsere betegségek, táplálék allergiák, felszívódási zavarok, súlyos krónikus betegségek)
- különböző stádiumban gyógyuló csonttörések (osteogenesis imperfecta)
- a végbél sérülése, váladékozása, széklettartási zavarok (gyulladásos bélbetegségek)
- szemkontaktus hiánya, fizikai érintés hátrítása (mentális retardáció, vakság, autizmus spektrum zavar)
- túlzottan barátságos viselkedés, mentális retardáció (Williams szindróma, Down szindróma)
- pszichés zavarok, deviancia, iskolai teljesítmény zavar (pl.: részképesség zavar diszlexia, diszgráfia, diszkalkulia).

IV. Prognózis

A bántalmazás/elhanyagolás az akut sérüléseken túlmenően hosszú távon a gyermek személyiségfejlődésére is káros hatással van, mely kezelést igényel. Számolni kell a poszttraumás stressz szindrómával (PTSD), mely abban az esetben jelentkezik, ha a személy olyan eseményt élt át, vagy volt a tanúja, melyben valóságos vagy fenyegető haláleset, súlyos

sérülés vagy a saját vagy mások testi épségének veszélyeztetése valósult meg (DSM IV-TR). E tünetegyüttesre jellemző triász:

- szorongás (a napi tevékenység megakadását okozza, gátolhatja a trauma feltárását is)
- emlékbetörés (a trauma ismételt újraélése a legváratlanabb helyzetekben)
- tudatbeszűkülés (emiatt gátlódhat a trauma emléke).

A PTSD következtében alvászavarok, depresszió, szuicid készlettség, agresszió, teljesítményzavar stb. alakulhatnak ki. A koragyermekkorban elszenvedett bántalmazás/elhanyagolás következtében kialakuló krónikus stressz állapot károsítja a kisgyermek fejlődő idegrendszerét, a gyermek szellemi, érzelmi és szociális fejlődését. A bántalmazott gyermekek körében felnőtt korban sokkal gyakoribb az öngyilkosság, a pszichés zavarok, a különböző deviáns magatartási formák, a bűnözés, az agresszivitás, a depresszió, az alkoholizmus, a drogozás stb. (52). Amerikai adatok szerint a bántalmazástól szenvedett gyermekek esélye a bűnelkövetésre az átlag populáció kétszerese (18). Ma már közismert, hogy a történelem néhány rettenetes diktátora bántalmazott gyermek volt (44). A szexuálisan bántalmazottak körében sokan válnak prostituálttá. Nagyon gyakori, hogy a bántalmazott gyermek felnőtt korában bántalmazó társat választ magának vagy maga is bántalmazó szülővé válik, ezért igen fontos, hogy megtörjük ezt az ördögi kört. Minél fiatalabb korban éri a gyermeket a bántalmazás/elhanyagolás, annál súlyosabb következményekre lehet számítani. Az ismétlődő bántalmazás hatásai súlyosabbak, mint az egyszeri eseteké. Hosszú távon különösen káros, ha a bántalmazó a gyermek közeli hozzátartozója, akitől függ, akivel szoros érzelmi kapcsolatban van.

V. Teendők

A gyermekkel először találkozó szakemberek megismerik a történések egy részét, de nem feladatuk az előzmények részletes feltárása. A helyes attitűd ezért, hogy a történetekkel kapcsolatos kérdéseiket a fontos eseményekre fókuszálják. A kérdések legyenek egyszerűek, rövidek, egyértelműek. Cél azon alapvető információk gyűjtése, amelyekkel a jelzés megalapozottá válhat. A válaszokat ne minősítsük, ne fűzzünk hozzá megjegyzést. Az attitűd legyen elfogadó, megértő, empatikus, törekedjünk a gyermek büntudatának enyhítésére. Biztosítsuk a gyermeket, hogy velünk biztonságban van, a beszélgetés részletei nem kerülnek jogosulatlan személy tudtára. Biztosítsuk a gyermeket, hogy mi nem ítéljük el őt valamilyen előző tettéért, pl. amiért a bántalmazást elszenvedte. Adjuk a gyermek tudtára, hogy azért beszélgetünk vele, hogy segítsünk rajta. Törődjünk a gyermek alapvető szükségleteivel - étel, biztonság, meleg, kényelem, ne hagyjuk egyedül. Lássuk el a gyermeket információval - hol van, kik vagyunk, mutatkozzunk be, mondjuk el, mi történik vele. Kérdéseire életkorához igazodóan válaszoljunk. Kisebb gyermek esetén ezt a gyermek számára érthető rajzok is segíthetik. Várakozási idő alatt lássuk el a gyermeket életkorának megfelelő tevékenységgel, játékkal. Biztosítsunk neki kapcsolatot hozzátartozóival, ismerőseivel. Idősebb gyermek számára is biztosítsunk felügyeletet, a gyermeket ne hagyjuk magára.

Az akut ellátás után az eset súlyosságának függvényében jelezni kell a gyermekjóléti szolgálat, gyámhatóság, illetve a rendőrség felé. Sokan arra hivatkoznak, hogy nem mernek fellépni az agresszív elkövetővel szemben. Azonban ez nem lehet mentség, a törvényekben megfogalmazott jelzési kötelezettség elmulasztása felelősségre vonást von maga után. Az a kívánatos, hogy a gyermekek védelmével foglalkozó szakemberek, és intézmények tevékenysége legyen összehangolt, a közös fellépés a sértett gyermek érdekét szolgálja, emellett védelmet is ad az elkövetővel szemben. (Ma már a rendőrség számára is előírás, hogy ha az áldozat 14 év alatti gyermek a részletes explorációt a másodlagos viktimizáció elkerülése miatt gyermekmehallgató szobában kell végezni szakértő, és pszichés támogatást nyújtó gyermekek ellátására specializált szakember jelenlétében, ahol kép- és

hanganyagrögztítés biztosított, és ezzel a többszörös kihallgatások lehetőség szerint elkerülhetők.)

Elvárás, hogy **a házi-/gyermekorvos, a védőnő, valamint a gyermekjóléti szolgálat** törekedjen olyan partneri szemléleten alapuló **együttműködés** kialakítására, amely előtérbe helyezi a közös gondolkodást, problémamegoldást, a személyes vagy telefonos tájékozódást, információ-cserét a jelzés fogadását, illetőleg a visszajelzést is.

Szexuális bántalmazás esetén törekedjünk arra, hogy a bántalmazottal azonos nemű személy végezze a vizsgálatot. A későbbi szakellátás során szükséges vizsgálatok: terhességi teszt, VDRL, HIV, Hepatitis B, Gonorrhoea, Chlamydia vizsgálat, javasolt egységcsomag kialakítása (36).

Amennyiben a bántalmazó a gyermek törvényes képviselője, és az együttműködési nyilatkozat kitöltését elutasítja, az elutasítás és annak okának feljegyzése, lehetőség szerint annak szülő általi aláíratása szükséges. A szükséges vizsgálat és sürgősségi ellátás ennek hiányában is elvégzendő, a szülői felügyelet felfüggesztésének indítványozása indokolt.

A Gyermekvédelmi Törvény 17.§- a szerint a gyermekvédelmi rendszerhez kapcsolódó feladatot látják el

(1)

a) az egészségügyi szolgáltatást nyújtók, így különösen a védőnői szolgálat, a házi orvos, a házi gyermekorvos,

b) a személyes gondoskodást nyújtó szolgáltatók, így különösen a családsegítő szolgálat, a családsegítő központ,

c) a közoktatási intézmények, így különösen a nevelési-oktatási intézmény, a nevelési tanácsadó,

d) a rendőrség,

e) az ügyészség,

f) a bíróság,

g) a pártfogó felügyelői szolgálat,

h) az áldozatsegítés és a kárenyhítés feladatait ellátó szervezetek,

i) a menekülteket befogadó állomás, a menekültek átmeneti szállása,

j) a társadalmi szervezetek, egyházak, alapítványok.

k) a munkaügyi hatóság.

(2) Az (1) bekezdésben meghatározott intézmények és személyek kötelesek

*a) **jelzéssel élni** a gyermek veszélyeztetettsége esetén a gyermekjóléti szolgálatnál,*

*b) **hatósági eljárást kezdeményezni** a gyermek bántalmazása, illetve súlyos elhanyagolása vagy egyéb más, súlyos veszélyeztető ok fennállása, továbbá a gyermek önmaga által előidézett súlyos veszélyeztető magatartása esetén.*

Ilyen jelzéssel és kezdeményezéssel bármely állampolgár és a gyermekek érdekeit képviselő társadalmi szervezet is élhet.

*(3) Az (1) és (2) bekezdésben meghatározott személyek, szolgáltatók, intézmények és hatóságok a gyermek családban történő nevelkedésének elősegítése, a veszélyeztetettség megelőzése és megszüntetése érdekében **kötelesek egymással együttműködni és egymást kölcsönösen tájékoztatni.***

*(4) Ha az (1) bekezdés a)-i) és k) pontjában meghatározott személy vagy az (1) bekezdés a)-i) és k) pontja szerinti szerv alkalmazottja a (2) vagy (3) bekezdésben foglalt **jelzési vagy együttműködési kötelezettségének nem tesz eleget**, a gyámhivatal - jelzésre vagy hivatalból - értesíti a fegyelmi jogkör gyakorlóját és javaslatot tesz az érintett személlyel szembeni*

fegyelmi felelősségre vonás megindítására. A gyermek sérelmére elkövetett bűncselekmény gyanúja esetén a gyámhivatal büntetőeljárást kezdeményez.

(5) A gyámhivatal a (4) bekezdésben foglaltakkal egyidejűleg egyeztető megbeszélést tart és a gyermekjóléti szolgálatnál kezdeményezi a külön jogszabály szerinti esetmegbeszélés megtartását.

V.1. A házi-/gyermekorvos, védőnő, első ellátó orvos, nővér, teendői:

- **Rizikótényezők fennállnak, de veszélyeztető magatartás nem igazolható**

Ez esetben a gyermeket **háziorvosa és védőnője** fokozott gondozásba veszi: fokozott segítséget nyújt a gyermek gondozásában, nevelésében, rendszeresen látogatja a szülőket, felvilágosítja, tájékoztatja. Védőnő szükség esetén a háziorvoshoz irányítja. A háziorvos a szakma szabályai szerint szakellátó segítségével (pszichológus, pszichiáter, családterapeuta, addiktológus) gondozza.

Ajánlás: az észlelést és tanácsadást követően legkésőbb **2 héten belül személyesen** meg kell győződni arról, hogy nem alakult e ki veszélyeztető magatartás. Amennyiben kedvező változás nem észlelhető, vagy visszajelzés, további információ nem szerezhető be a gyermekről, a gyermekjóléti szolgálatot írásban kell értesíteni.

- **Veszélyeztető magatartás igazolható**

1. Akut egészségügyi ellátás a gyermek állapotának megfelelően:

A szakma szabályai kell igénybe venni szakellátó intézmény (kórház, szakorvos, pszichológus) segítségét.

2. Azonnali jelzés a Gyermekjóléti Szolgálat felé, emellett elhanyagolás/bántalmazás súlyosságának megfelelő intézkedés:

Mérsékelt veszélyeztető magatartás: mérsékelt testi fenyegetés, a vétséggel nem arányos büntetés, indokolatlan iskolai hiányzások, túlzott elvárások, a gyermek érzelmi manipulálása családi konfliktusok során, zilált családi körülmények, a szülők alkoholizálása, a gyermek korának nem megfelelő dolgoztatása, a gyermek devianciája stb.

Teendők:

- **a háziorvos és védőnő** saját hatáskörben fokozott gondozásba vesz a családot, ld. fent,
- **jelzés a gyermekjóléti szolgálat felé.** A gyermekjóléti szolgálattal együttműködve, a szolgálat által szervezett esetmegbeszélésen gondozási, cselekvési terv kialakítása.
- A háziorvos és a védőnő az esetet hosszú távon követi (legalább 1 éven keresztül).

Nagyon fontos, hogy a szülővel együtt készüljön el a felmérés, és az azt követő beszélgetés, tervezés is. Ez részben jobb eredményt hoz a feltárásban, jobb esélyt ad a család együttműködésére, szükségleteik és igényeik megfogalmazására, ezáltal lehetőség nyílik a teendők reális tervezéséhez és végrehajtásához. Fontos kihangsúlyozni, hogy a bántalmazó szülő sokszor maga is sérült vagy egyszerűen tudatlan és nem feltétlenül az a célja, hogy gyermekének ártson. Ha a szülő is humánus eljárásban részesül, nagyobb az esélye, hogy meg lehet törni az erőszakhoz vezető ördögi kört.

Súlyosan veszélyeztető magatartás: folyamatos vagy nagyon gyakori elhanyagolás, vagy az életet, egészséget, fejlődést súlyosan veszélyeztető magatartás, nyilvánvaló bántalmazás jelei.

Teendők:

- *Az ide vonatkozó rendelet 1997. évi XLVII. Törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről a következő kötelezettségeket sorolja:*

24§ (1) Az **érintett első ízben történő orvosi ellátásakor**, ha az érintett 8 napon túl gyógyuló sérülést szenvedett és a sérülés feltehetően bűncselekmény következménye, a kezelőorvos a rendőrségnek haladéktalanul bejelenti az érintett személyazonosító adatait.

(2) hatályon kívül helyezve

(3) A kiskorú érintett első ízben történő ellátásakor – a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény 17.§-ára tekintettel – az ellátást végző egészségügyi szolgáltató ezzel megbízott orvosa köteles az egészségügyi szolgáltató telephelye szerinti illetékes gyermekjóléti szolgálatot haladéktalanul értesíteni, ha

a) feltételezhető, hogy a gyermek sérülése vagy betegsége bántalmazás, illetve elhanyagolás következménye,

b) a gyermek egészségügyi ellátása során bántalmazásra utaló körülményekről szerez tudomást.

(4) Az (1)-(3) bekezdés szerinti adattovábbításhoz az érintett, illetve az adattal kapcsolatosan egyébként rendelkezésre jogosult beleegyezése nem szükséges.

Mindezek ismeretében:

- a történetek jellege szerint **azonnali szakellátás**, orvos/kórház igénybe vétele dokumentálás, látlelet felvétele.
(Előfordulhat, hogy a látlelet mellett szükség van az elváltozás fénykép formájában történő rögzítésére is, amely az egészségügyi dokumentáció részét képezi. A hatályos jogszabályok alapján fotó a törvényes képviselő engedélyével készíthető. Bántalmazás gyanúja esetén azonban ellenérdekeltség van a törvényes képviselő - leggyakrabban a szülő - és a kiskorú gyermek között és előfordulhat, hogy nem engedélyezi a felvételt, mely a bántalmazás egyik bizonyítékául szolgálhat. Ilyenkor eseti gondnok vagy ügygondnok rendelésére kell kérni a gyámhivatalt, aki ezután hozzájárulást adhat a felvétel készítéséhez. Ha a képmás/ hangfelvétel készítését az egészségügyi törvény hatálya alá tartozó betegellátó vállalja, az szenzitív adatnak számít, amit célhoz kötötten – ilyen a folyamatban lévő vagy elindult büntetőeljárás - lehet kezelni és használni, tehát a megfelelő hatóság kikérheti.)
- **azonnali telefonos, majd írásbeli jelzés** a gyermekjóléti szolgálatnak, azonnali intézkedést kérve, jelzés a gyámhatóság felé
- amennyiben **kórházban, egyéb egészségügyi intézményben** igazolódik a bántalmazás elhanyagolás gyanúja, **az első ellátó orvos** köteles látleletet venni, jelezni a kórházi szociális munkásnak, védőnőnek, és az intézmény köteles jelezni a területileg illetékes gyermekjóléti szolgálat felé.
- **bűncselekmény gyanúja**, illetve 8 napon túl gyógyuló sérülés esetén haladéktalan **rendőrségi feljelentés** és együttműködés a bűnüldöző szervekkel,
- 8 napon belül gyógyuló sérülés esetén egyéni mérlegelés tárgyát képezi a rendőrségi feljelentés, azonban 0-7 év közötti gyermekek esetében ez inkább a feljelentés irányába tolódik,
- továbbiakban történik a gyermek védelembe vétele, ennek keretében gyermekjóléti szolgálattal együttműködve, esetmegbeszélés keretében gondozási, cselekvési terv kialakítása az érintett szakemberek közötti feladatmegosztással a veszély megszüntetése és családba visszahelyezés érdekében.
- **követés** hosszú távon a gondozási, cselekvési terv szerint (legalább 2 éven keresztül).

Élet veszélyeztetése: akut életveszély gyanúja vagy hosszú távú/ életet veszélyeztető lélektani, fizikai károkozás.

Teendők: az előbb felsoroltak a következő kiegészítéssel

- a bántalmazó/elhanyagoló helyzet **azonnali** megszüntetése
- szükség esetén a gyermek kórházi elhelyezése,
- dokumentálás, látlelet, szükség esetén fényképes dokumentáció
- rendőrségi feljelentés
- azonnali telefonos és írásbeli jelzés a gyermekjóléti szolgálat felé, az eset dokumentálása (ha a szülő az elkövető, az ő megkerülésével ld. fent),
- javaslat a gyermek kiemelésére
- a továbbiakban a fent leírtak szerint kell eljárni.
- követés hosszú távon a gondozási, cselekvési terv szerint az érintett szakemberek közötti feladatmegosztással a veszély megszüntetése és családba visszahelyezés érdekében (amíg erre szükség van).

A mind nagyobb számban feltárt bántalmazási ügyek miatt kívánatos, hogy a különböző területen dolgozó **szakemberek szorosan együttműködjenek a gyermekvédelemben**. A szakemberek gyakran szembesülnek azzal, hogy az erőszak áldozata, illetve törvényes képviselője nem együttműködő. További nehézséget jelenthet a túlterheltség, az eljárásoktól való tartózkodás, a titoktartási kötelezettség elmosódó határai, a jelzési és együttműködési kötelezettség elmulasztására adott intézményi válasz hiánya, a speciális képzés hiánya, a hatósági fellépés elégtelensége. Előfordulhat az is, hogy a szakember maga is fél a bántalmazótól. Ez esetben még fokozottabban fennáll az áldozat kívülről történő segítségének követelménye, hiszen ha még a szakember is fél, akkor nyilvánvalóan nem várható el a bántalmazottól, hogy egyedül védje meg magát. Kívánatos, hogy az ügyben eljáró szakemberek közösen alakítsanak ki cselekvési tervet, melyben figyelembe kell venni a gyermek szükségleteit, a család lehetőségeit és a környezeti adottságokat. Fel kell mérni, hogy a gyermek milyen mértékben veszélyeztetett és mi a segítség optimális formája. A gyermeknek joga van részt venni és véleményt nyilvánítani az őt érintő döntésekben, és azt az életkorának megfelelően figyelembe is kell venni.

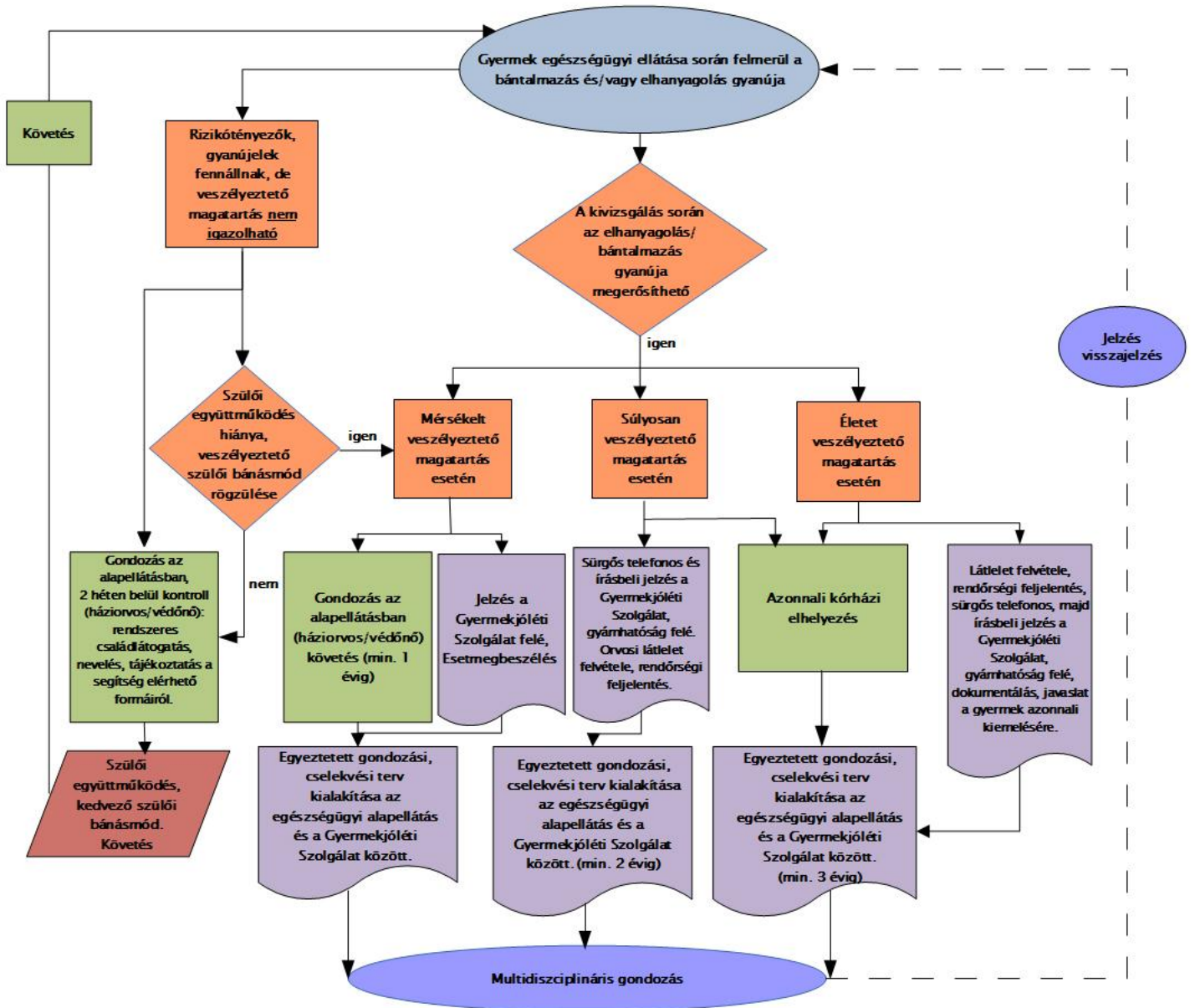
V.2. Jelzés - visszajelzés

„Veszélyeztettséget jelző jelzőlap” (**VIII.3. Melléklet**) használata javasolt, ennek hiányában a jelzésnek tartalmaznia kell:

- az érintett gyermek(ek) legfontosabb adatait (név, születési hely, idő, anyja neve, családtagok felsorolása, lakcím, esetleges tartózkodási hely),
- a jelzést tévő intézmény megnevezését, címét,
- jelzést tévő személy nevét, elérhetőségét
- a probléma rövid leírását, a veszélyeztető okok részletezését,
- az eddig megtett intézkedéseket és javaslatokat

A Gyermekjóléti Szolgálat számára rendelet írja elő a szükséges írásbeli dokumentáció rendjét („Gyermekeink védelmében” című nyilvántartási rendszer -„Macis” adatlapok) pontos határidők (az intézkedés jellegétől függően 3-15-30 munkanap) meghatározásával. A Gyermekjóléti Szolgálatot nem kötelezi jogszabály visszajelzés megtételére, de a gyermekvédelmi törvény alapján kölcsönös tájékoztatás megtételére kötelezett, ezért a visszajelzést célszerű írásos formában megtenni. A Gyermekjóléti Szolgálat kérhet tájékoztatást a jelzőrendszer tagjaitól, így az orvostól, védőnőtől is.

Folyamatábra:



VI. Megelőzés

A gyermekbántalmazás és elhanyagolás megelőzése széleskörű társadalmi program. A családok szociális, gazdasági helyzetének javításától, munkahelyek teremtésétől kezdve oktatási, nevelési feladatokig terjed. Minden eszközzel támogatni kell az erőszakmentes nevelési módszerek elterjedését, a közösségekben a konfliktusok erőszakmentes megoldási formáinak kialakítását, a jótéteti technikák alkalmazásának elterjesztését (52).

A gyermekekkel és családokkal foglalkozó szakemberek feladata elsősorban a családi és társadalmi erőforrások feltárása, a meglévő családi funkciók támogatása, a szülői kompetenciák növelése. Amennyiben a családok átmenetileg, vagy hosszú távon nem képesek ezeket ellátni, akkor feladataikat - szükség és lehetőség szerint - a megfelelő intézményeknek, szolgáltatásoknak, karitatív szervezeteknek kell átvenni. Fontos, hogy a szülő/gondviselő érezze, hogy meghallgatják, megértik a problémáit, és segítséget kap a gyermeknevelésben, ne azt, hogy ítélkeznek felette. A helytelen nevelési szokások felszámolása, a gyermekbántalmazás csökkentése nagyon hosszú folyamat. Ebben a folyamatban kiemelt szerepe van az egészségügynek is.

A védőnő / házi orvos megelőző jellegű gyermekvédelmi gondoskodása a veszélyeztető tényezők folyamatos megfigyelésén nyugszik. A **családlátogatás** az anya-, a csecsemő és gyermekvédelem egyik legjelentősebb eszköze, melyben **kiemelt szerepe van a védőnői szolgálatnak**. A családlátogatás lehetőséget ad:

- a családban élő személyek, a család szocio-kulturális viszonyai, a családtagok közötti kapcsolat jellemzői, a gondozó környezet, a gondozási készségek és képességek megismerésére, feltérképezésére.
- segítségnyújtásra a szülők számára a pozitív szülői gondozás/nevelés készségeinek kialakításához, megerősítéséhez.
- a szülők tájékoztatására a gyermek fejlődési szükségleteiről, gondozási igényeiről és a megfelelő biztonsági teendőkről.
- Már a várandós gondozása során érdemes feltárni az esetleges rizikótényezőket (a szülők gyermekkorukban bántalmazottak voltak-e, eredeti családjukban voltak-e erőszakos magatartási minták, a jelenlegi párkapcsolat stabilnak látszik-e, van-e előző kapcsolatból hozott gyermek a családban stb.).

A szakember feladata a bántalmazás azonnali megakadályozása, megszakítása.

A bántalmazást minden esetben jelezni kell, ami később azzal is jár, hogy a gyermek (család) környezetéből többen csatlakoznak ehhez, sőt a gyermekek maguk is elkezdnek beszélni azokról az eseményekről, amelyekről eddig nem szóltak senkinek. A **jelzés hiánya** gyakran azt is tükrözi, hogy a segítő szakember nem képes a szülővel beszélni arról a rossz bánásmódról, amit lát és tapasztal, és ezzel **megerősíti a gyermeki kiszolgáltatottság-érzését**, továbbá közvetett módon arra biztatja a gyermeket, hogy gondjairól ne beszéljen, csak tűrjön. A gyermek **lelki elhanyagolása** felismerhető, de nem ítéhető meg biztonságosan, kultúránként nagyon eltérő lehet. Nagyon fontos, hogy a szakember ismerje azt a kultúrát, amelyben a család él. A segítségnek a szülők (vagy az egyik szülő) mentális állapotának javítására, a lelki harmóniájának helyreállítására kell irányulnia, hogy képes legyen a gyermeket elfogadni, és odafigyelni rá. A lelkileg elhanyagoló család esetén fontos továbbá a gyermek(ek) pszichés támogatása, ezért sokszor szükség van **hatékony terápiás segítségre is**.

Az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosa által 2009-ben végzett vizsgálat adatai szerint az egészségügyben dolgozók sajnos nagyon rossz arányban tettek eleget a törvény által előírt a jelzőrendszeri kötelezettségüknek, ami azt jelenti, hogy a rendszer sokszor diszfunkcionálisan működik és így maga is bántalmazó (7).

Az egészségügyben előforduló rendszer-abúzus megelőzése elsősorban az egészségügyben dolgozó szakemberek felelőssége és kötelessége. A szakmai segítségnek, a törvény által meghatározott jelentési és együttműködési kötelezettségnek meghatározó szerepe van.

Társadalmi cél, hogy a bántalmazás minden formáját visszaszorítsuk, ebben összetársadalmi (kormányzati, jogi, intézményi, civil és média) együttműködésre van szükség.

VII. Irodalomjegyzék

1. ABC of Child Abuse, szerk: Roy Meadow , BMJ Publishing Group, Bristol, 1997
2. Antoni P.: A megkínzott gyermek syndroma. Orv. Hetil. 1965. 106:1934-1937.
3. Asbóth K. (2000.) Az ombudsmani jelentések gyermekjóléti szolgálatokat érintő legfontosabb megállapításai és tanulságai Család Gyermek Ifjúság 2000/4. 14-16.
4. Aszmann (Ed.) (2003) Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Egészségügyi Világszervezet nemzetközi kutatásának keretében végzett magyar vizsgálat, "Nemzeti Jelentés" 2002 [Health behaviour of school-aged children, a WHO cross-national study, Hungarian national report 2002], OGYEI, Budapest, p. 164
5. Az erőszak jelenléte a műsorkínálatban a nézők szemszögéből
www.mediatanacs.hu/.../1149622987eroszak_nezok_20031121.pdf
6. Ács Géza: Gyermekbántalmazás – a traumatológus felelőssége. Magyar Traumatológia Ortopédia Kézsebészet Plasztikai Sebészet 2008. 51. 4.:315-327
7. Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosának jelentése AJB 2227/2010)
8. Babity Mária: A gyermekbántalmazás megelőzése, felismerése és kezelése
http://www.ejf.hu/hefop/jegyzetek/gyermekbantalmazas_megelozes_kezeles.pdf
9. Bang R.: A segítő beszélgetés Tankönyvkiadó, Budapest, 1980
10. Barkó Éva [Szerk.]: A gyermekbántalmazás Magyarországon. Tanulmánykötet Népjóléti Minisztérium, 1995.
11. Browne, K., Balachova, T.:WHO/EUR Information and Training Package on the Prevention of Child Abuse and Neglect, 2002
12. Caffey J.: Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. Am J. Roentgenol. 1946. 56. 163.
13. Committee on Child Abuse and Neglect. American Academy Of Pediatrics: Shaken Baby Syndrome: Rotational Cranial Injuries – Technical Report. Pediatrics Vol. 108 No. 1 July 2001, pp. 206-210.
14. Convention on the Rights of the Child General comment No. 13 (2011)
2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.GC.13_en_AUV.doc
15. Council of Europe Committee of Ministers Recommendation No. R(90)2 on social measures concerning violence within the family
http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/violence/Background%20documents_en.asp

16. Council of Europe Committee of Ministers Recommendation No.R(93)2 on the medico-social aspects of child abuse
http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/violence/Background%20documents_en.asp
17. Council of Europe Parliamentary Assembly Recommendation 1582 (2002) on domestic violence against women
http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/violence/Background%20documents_en.asp
18. Currie J., Tekin E.: Does child abuse cause crime? <http://www.nber.org/papers/w12171>
19. DSM-IV-TR Diagnosztikai kritériuma Animula Kiadó 2001 Budapest
20. Dubovitz Howard: A gyermekorvos szerepe a gyermekbántalmazás, és –elhanyagolás megelőzésében. Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle 8. évf. 2. sz. 2003. ápr. 60-67.
21. Egyezmény a gyermek jogairól <http://www.unicef.hu/gyermekjog-egyezmeny.jsp>
22. EU gyermekjogi ütemterve
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0367:FIN:HU:PDF>
23. Giardino A.P. et al: Physical child abuse
<http://emedicine.medscape.com/article/915664-overview>
24. Guidelines of the Committee of Ministers of the Council of Europe on child-friendly healthcare
http://www.coe.int/t/dg3/health/Guidelines_on_child_friendly_health_care_English_version_.pdf
25. Guidelines of the Committee of Ministers of the Council of Europe on child-friendly justice <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1705197&Site=CM>
26. Gyermekvédelmi jelzőrendszer 2010 Statisztikai Tükör V. évf. 42. sz. 2011.június 22.
www.ksh.hu
27. Haiman Éva, Bánfalvi Tamara: Gyermekvédelem: nemcsak erkölcsi, törvényi kötelesség is. Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle 15. évf. 1. sz. 2010. márc. 15-18.
28. Herczog M. (szerk.) Ne hagyjuk őket magukra! – megelőzhető az újszülött gyilkosság (tanulmánykötet) Család, Gyermek Ifjúság Egyesület, Budapest 2001.
29. Herczog M. (szerk.) A gyermekekkel szembeni szexuális visszaélésekről, Család Gyermek Ifjúság könyvek, Budapest 2002.
30. Herczog Mária, Kovács Zsuzsanna: A gyermekbántalmazás és elhanyagolás megelőzése, felismerése és kezelése 1. sz. Módszertani levél OGYEI 2003 www.ogyei.hu
31. Herczog Mária: Gyermekbántalmazás 2007. Complex Kiadó Kft. Budapest
32. Innocenti Report Card Issue No. 5 September 2003
33. Katonáné Pehr Erika: A gyermekvédelmi feladatot ellátó szervek szerepe és felelőssége a gyermekbántalmazás és elhanyagolás megelőzésére Módszertani füzet 2004.
www.afsz.hu/resource.aspx?ResourceID=szocpol_szmm
34. Kassai Tamás: A gyermekbántalmazás a traumatológus szemszögéből, előadás XVII. Gyermektraumatológiai Vándorgyűlés 2010. szept. 9-11. Győr
35. Kempe, C. H. et al.: The battered child syndrome, JAMA, 1962.181:17-24.
36. Dr. Keller Éva (Szemmelweis Egyetem): A gyermekbántalmazás igazságügyi orvosszakértői szempontjai (előadás „Lyukak a védőhálón” konf. 2012. máj. 23. Bp.
37. Kerezsi Klára: A védtelen gyermek (Erőszak és kizsákmányolás a családban), Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1995
38. Kézikönyv a Gyermekjogi Egyezmény Alkalmazásához Magyar kiadás a Család Gyermek Ifjúság Egyesület gondozásában 2009. Szerk.: Herczog Mária

- (<http://www.csagyi.hu/wp-content/uploads/2009/11/konyv.pdf>)
39. Kézikönyv a gyermekjóléti szolgáltatást nyújtók számára a gyermekekkel szembeni rossz bánásmóddal kapcsolatos esetek ellátásához és kezeléséhez Budapest, 2006
http://www.nefmi.gov.hu/letolt/kozokt/bantalmazas_kezikonyv_080409.pdf
 40. Kovács Ágnes: „Fészek” kiadó: „Szövetség a gyermekek bántalmazása ellen” Közhasznú Szervezet 2001.
 41. Lakner Z., Tordai V., Tordainé Vida K., (szerk.) Gyermekbántalmazás I-II. Kalendart Kiadó Esztergom, 1997.
 42. Lux Ágnes (szerk.): Gyermekjogi projekt. ÁJOB Projektfüzetek, Bp, 2011/1, Országgyűlési Biztos Hivatala <http://www.obh.hu/allam/2010/pdf/gyermekjogi.pdf>
 43. MacMillan H.L., MacMillan J.H. and Offord D.R. Primary prevention of child maltreatment. In: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa: Health Canada, 1994; 320-32.
 44. Miller Alice: Kezdetben volt a nevelés Pont Kiadó 2002
 45. Morvai Krisztina: Terror a családban, Kossuth Könyvkiadó, 1998
 46. MPS Risk Assessment Model for Domestic Violence Cases
<http://www.met.police.uk/csu/pdfs/AppendixIII.pdf>
 47. Németh Ágnes és Költő András (szerk.): Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010 az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. OGYEI, 2011 www.ogyei.hu/anyagok/HBSC_2010.pdf
 48. Odor A. - Tóth Gy. - Csordás Á. (Szerk.) 2004. A védőnő preventív alapfeladatai, kötelezettsége és felelőssége a megelőző ellátásban Országos Tisztifőorvosi Hivatal
 49. Páll G. Gyermekbalesetek epidemiológiája és megelőzése. Gyermekgyógyászati továbbképző szemle, 15:2, 70-75, 2010.
 50. Pászthy Bea: A bántalmazott gyermek, Gyermekgyógyászati Vademecum, Szerk.: Békefi Dezső, KM-PHARMAMÉDIA KFT, 2008.
 51. Pászthy Bea: A bántalmazott gyermek www.ogyei.hu, Pászthy Bea-A bántalmazott gyermek.ppt
 52. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence WHO and ISPCAN whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf
 53. Ranschburg Jenő: A meghitt erőszak, Saxum Kiadó, 2006
 54. Révész György: A felnőtt világ gyermekekkel kapcsolatos elvárásai és a gyermekbántalmazás. Magyar Pszichológiai Szemle, 1999. LIV., 3. 384-404
 55. Shaking Your Baby is Just Not the Deal - Shaken Baby Prevention Project Western Sydney NSW Australia, www.chw.edu.au/parents/.../crying_baby/
 56. Tausz Katalin: A gyermeki szükségletek www.biztoskezdet.hu/uploads/.../tausz_gyermeki_szuksegletek.pdf
 57. UNICEF éves jelentés 2009.
 58. Várnai D., Balogh Á., Németh Á., Kökönyei Gy., Páll G., Aszmann A.: Factors influencing bully-victim behaviour in school-aged children www.ogyei.hu, Várnai Dóra-Factors influencing bully-victim behaviour.ppt
 59. Várnai D., Zakariás I.: Kortárs bántalmazás és verekedés a magyar iskoláskorúak körében, www.ogyei.hu, Várnai dóra, Zakariás Ildikó-Kortárs bántalmazás és verekedés a magyar iskoláskorúak körében.ppt
 60. Velkey László: A „megvert”, „megkínzott”, „megrázott”, „bántalmazott” gyermek syndroma, Gyermekgyógyászat, 4: 267, 1994
 61. Velkey László: A válogatás nélküli, igénytelen és mértéktelen televízió- videó-nézés testi-lelki-szellemi károsító hatása Gyermekgyógyászat, 1996. 3. Sz.
 62. Virág György (szerk.) Családi iszonyok (2005.) KJK. Kerszöv Kiadó, Budapest

63. Védőnői Szakfelügyeleti Iránymutatás a várandós anyák és gyermekek védelmével kapcsolatos területi védőnői feladatok helyi eljárásrendjének kialakításához. <http://www.szmm.gov.hu/main.php?folderID=889&articleID=5405&ctag=articlelist&iid=1>
64. World Health Organization. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: WHO; 1996 (document WHO/EHA/SPI. POA.2). http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/index.html

VIII. Mellékletek

VIII.1. Vonatkozó törvények, jogszabályok

- 1959. évi IV. törvény a Polgári Törvénykönyvről (80§)
- 16/1969. (Eü.K.7.)EüM. utasítás a testi sérülést szenvedett személyekről orvosi látletet és vélemény kiállításáról
- 1978. évi IV. Törvény a büntető törvénykönyvről (Btk.)
- 1993. évi LXXIX. Törvény a közoktatásról
- 1997. évi XXXI. Törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról
- Az 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről,
- 1997. évi XLVII. Törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről
- 1998. évi XIX. Törvény a büntetőeljárásról
- Igazságügyi Orvostani Intézet 16. sz. módszertani levele a testi sérülések és egészségkárosodások igazságügyi orvosszakértői véleményezéséről
- 2002. évi LVIII. Törvény egyes, az egészségügyet és a társadalombiztosítást érintő törvények módosításáról
- 49/2004. (V.21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról
- 32/2007. sz. ORFK utasítás a családon belüli erőszak kezelésével és a kiskorúak védelmével kapcsolatos rendőri feladatok végrehajtására
- 2009. évi LXXII. Törvény a hozzátartozók közötti erőszak miatt alkalmazható távoltartásról

VIII. 2. A Gyermejjóléti Szolgálat teendői:

Ha gyermejjóléti szolgálathoz **jelzés érkezik** a gyermek bántalmazásával, elhanyagolásával kapcsolatban, a családgondozó felméri, hogy a gyermek a **családban tartható-e**, vagy gyámhatósági intézkedést kell kezdeményezni a gyermek **családból való kiemelése** érdekében (ideiglenes hatályú elhelyezés vagy átmeneti, tartós nevelésbe vétel)

Súlyos, életet veszélyeztető helyzetben a gyermejjóléti szolgálathoz érkező jelzés vagy hivatalból észlelés esetén a családgondozó azonnal, de legkésőbb **3 napon belül** státuszfelmérés, környezettanulmány készítése céljából felkeresi a családot. A helyzetfelmérést követően mérlegeli, hogy a tapasztaltak alapján fennáll-e a veszélyeztetettség (bántalmazás, elhanyagolása) gyanúja.

Fontos azt is hangsúlyozni tehát, hogy a **jelzési kötelezettség** más oldalról **visszajelzési kötelezettséget is jelent**, ezért a gyermejjóléti szolgálat is kérheti az egészségügyi szolgáltatók, közoktatási intézmények segítségét, illetve a gyermejjóléti szolgálatnak is tájékoztatást kell adnia a tevékenységéről, megtett intézkedéseiről. A gyermejjóléti szolgáltató a jelzés fogadását követően a probléma jellegéhez, a veszélyeztetettség mértékéhez, a család szükségleteihez igazodó intézkedést tesz, majd intézkedéséről –lehetőleg

írásban - tájékoztatja a jelzést tevő személyt és folyamatosan konzultálnak arról, hogy ki, milyen segítséget tud nyújtani a család, gyermek számára a feladatok írásban történő megfogalmazásáig (gondozási terv). A hatékony beavatkozás érdekében **esetmegbeszélést** hív össze. Ha a gyermek családból való **kiemelése nem indokolt**, elkezdődhet a családgondozás önkéntesen, vagy védelembe vétel keretében. A szülő és a gyermek a családgondozó által készített gondozási-nevelési tervben vállalják, hogy a veszélyeztetés megszüntetése érdekében milyen szerepet, feladatot végeznek, így különösen a szenvedély-betegségek leküzdése, tankötelezettség teljesítése, családi konfliktusok feloldása, a szülői feladatok és felelősség erősítése, a gyermekvédelmi intézmények, az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele.

Amennyiben más segítő szakember, társ-intézmény bevonása is kívánatos a segítő folyamatba, úgy az ő meghívásuk, részvételük szükséges a gondozási-nevelési terv elkészítésekor. Így esetkonferencia keretében, minden résztvevőnek módja van mérlegelni, hogy milyen mértékben és milyen módon szükséges feladatot vállalnia a probléma megoldásában. Ezt a gondozási-nevelési tervet írásban rögzítik és a családgondozó a folyamatot **legalább 6 havonta felülvizsgálja**, mérlegelve hogy mennyiben volt sikeres a család életébe való beavatkozás, a komplex segítség, fennáll-e a veszélyeztetettség, indokolt-e a további odafigyelés, illetve kell-e javaslatot tenni a gyermeknek a családból való kiemelésére.

A gyermekjóléti szolgálat konkrétabb teendői:

1.) A gyermek bántalmazása, elhanyagolása a jelzőrendszeri tagok jelzése alapján:

- telefonon vagy szóban történt jelzés felvételét követően tájékozódás a jelzést adó személytől az eddig megtett intézkedésekről. A jelzés írásbeli megküldését utólag kérni kell.
- Lehetőség szerint azonnal, azoknak az intézkedéseknek a megtétele, amelyeket a jelzést adó még nem tett meg vagy nem kompetens azok megtételére.
- Az illetékes gyámhatóság értesítése.
- Ambuláns lap felvétele gyermekorvossal vagy háziórvossal, ha nem ők jeleztek.
- A rendőrség értesítése.
- Szükség esetén azonnali intézkedésre javaslattétel (a gyermek kiemelése a családból)
- Családgondozás megkezdése a jelzés napján (kapcsolatfelvétel, nyilvántartásba vétel, adatlapok kitöltése, természetes támaszok megkeresése, a család tájékoztatása a gyermekbántalmazás jogkövetkezményeiről)
- A gyermek korától függően az oktatási intézmény értesítése az igazgatón, a gyermek és ifjúságvédelmi felelősön keresztül, ha nem az intézmény jelzett.
- Amennyiben a gyermek és családja gondozásban részesült (gyermekjóléti alapellátásban, vagy védelembe vétel melletti) javaslat a gyermek érdekében szükséges hatósági intézkedésre (védelembe vétel, ideiglenes-, átmeneti elhelyezés).

2.) Gyermek bántalmazása elhanyagolása gyanújának jelzése alapján:

- Kapcsolatfelvétel a gyermekkel és családjával 3 napon belül.
- Orvosi szakvélemény kérése arról, hogy baleset, bántalmazás, vagy nemi erőszak történt-e (látlelet kikérésére a gyermekjóléti szolgálat nem jogosult). Egyidejűleg megtudni, hogy a gyermeknél korábban tapasztaltak-e hasonlókat és mit tettek.
- A gyermek szűkebb és tágabb (szomszédság, rokonság) környezetének feltérképezése a családgondozó által személyes kapcsolatfelvétel útján.
- Az eset minősítése és dokumentálása a jelzés felvételétől kezdve.

- A minősítés alapján a családgondozás (veszélyeztetettséget megelőző, vagy azt megszüntető) megkezdése a szükséges szakemberek bevonásával (pszichológus, pszichiáter, gyógypedagógus, pedagógus, védőnő, gyermekorvos, háziorvos).

Amennyiben a gyermekjóléti szolgálat **a gyermek bántalmazására, súlyos elhanyagolására utaló jeleket tapasztal, köteles hatósági eljárást kezdeményezni.** A gyermekjóléti szolgálat a gyermekvédelmi gondoskodás körébe tartozó hatósági intézkedések közül javaslatot tehet a jegyzőnek a gyermek védelembe vételére, illetve ideiglenes hatályú elhelyezésére, továbbá a városi gyámhivatalnak a gyermek ideiglenes hatályú elhelyezésére, vagy nevelésbe vételére. A gyermekjóléti szolgálatnak javaslattételében ismertetni kell a gyermek helyzetét, különösen:

- a veszélyeztető körülményeket,
- a gyermek személyiségének feltárt jellemzőit,
- a szülő nevelési tevékenységét,
- a család szociális helyzetére vonatkozó adatokat,
- az addig biztosított alapellátásokat, valamint az ügy szempontjából fontos ellátásokat
- a gyermek és a szülő (törvényes képviselő) addigi együttműködési készségét, illetve annak hiányát.

Az észlelő-és jelzőrendszerben működő személyekkel és intézményekkel való együttműködés, valamint tevékenységük összehangolása érdekében a gyermekjóléti szolgálat **esetmegbeszélést tart.** Az esetmegbeszélés **állandó meghívottja** többek között, **az illetékes védőnő, házi-/gyermekorvos.** Az esetmegbeszéléseken elhangzottakról a gyermekjóléti szolgálat feljegyzést készít, amelynek 1 példányát megküldi az esetmegbeszélés résztvevőinek. Az esetmegbeszélés történhet – szükség szerint - esetkonferencia és szakmaközi megbeszélés keretében. Az **esetkonferencia** egy adott család ügyében tartott megbeszélés, amelybe lehetőség szerint az érintett családot és a családdal foglalkozó szakembereket is be kell vonni. Az esetkonferencia olyan aktuális probléma megbeszélő csoport, amelyet egy adott esettel kapcsolatosan – a gondozási folyamat során akár több alkalommal is - az összes érintett és a lehetséges támaszt jelentő személy, intézmény bevonásával tartanak abból a célból, hogy a résztvevők kicseréljék a családot érintő információkat, azokat rögzítsék, a feladatokat meghatározzák, ill. eloszák egymás között. Különösen fontos, hogy a gyermeket, családot ismerő szakemberek meghívást kapjanak, és meg is jelenjenek az esetkonferencián. A **szakmaközi megbeszélések** a színterei az egész települést, vagy egy részét érintő, gyermekekkel kapcsolatos kérdések megbeszélésének, egyeztetésének, a szakemberek közötti információcserének, a közös fogalomhasználat kialakításának és a közös stratégia kidolgozásának. A szakmaközi megbeszélés összehívható több szakma képviselőjét érintő aktuális kérdésekben (pl. az iskoláztatási támogatás kapcsán az oktatási intézmények képviselőit, vagy a település egy részén felbukkanó speciális gond megoldására) illetve a gyermekjóléti szolgálat és egy szakma együttműködése során felmerülő probléma esetén (pl. nem megfelelő jelzés, kompetencia határok tisztázása érdekében).

A gyermekjóléti szolgáltató **minden év március 31-ig tanácskozást** szervez, amelyben a jelzőrendszer írásos tájékoztatóit figyelembe véve átfogóan értékelik a jelzőrendszer éves működését, áttekintik a település gyermekjóléti alapellátásának valamennyi formáját. Szükség szerint javaslatot tesznek működésük javítására. **A tanácskozásra meg kell hívni a jelzőrendszer tagjainak képviselőit, így a házi-/gyermekorvost, a védőnőt.**

VIII. 3. Dokumentumok:

VIII.3.1. Orvosi látélet és vélemény (A.3510-274 sz. nyomtatványúrlap) (megtekinthető: http://www.depot.hu/office/images/add_img/patria/a3510-274.pdf).

VIII.3.2. Veszélyeztetettséget észlelő jelzőlap

Iktató szám:.....

Gyermekjóléti Szolgálat megnevezése:.....

Címe:.....

A gyermek (ek) neve:.....

Gyermek születési helye és ideje:.....

Anyja neve:.....

Születési helye és ideje:.....

Bejelentett lakcíme:.....

Tartózkodási helye:.....

Telefonszáma:.....

A gyermek (ek) neve:.....

Gyermek születési helye és ideje:.....

Anyja neve:.....

Születési helye és ideje:.....

Bejelentett lakcíme:.....

Tartózkodási helye:.....

Telefonszáma:.....

A gyermek gondviselőjének/törvényes képviselőjének a neve:.....

Bejelentett lakcíme:.....

.....

Tartózkodási helye ahol a gondozásba veszik:.....

.....

Házi gyermekorvos neve:.....

Elérhetősége (rendelő címe):.....

Telefonszáma:.....

A területileg illetékes védőnő neve:.....

Elérhetősége (tanácsadó címe):.....

Telefonszáma:.....

VIII.3.3. Veszélyeztetettséget észlelő visszajelző lap

A gyermekjóléti szolgálatnak a megtett intézkedésről szóló tájékoztatási kötelezettségének teljesítéséhez [15/1998. (VI. 30.) NM r.]

Iktató szám:

Házi gyermekorvosi szolgálat megnevezése:

Címe:

Védőnői Szolgálat megnevezése:

Címe:

Gyermek neve:

Anyja neve:

Születési helye és ideje:

Lakcíme:

A jelzést tevő neve:

A jelzés időpontja, módja:

A jelzés fő indoka 1. Anyagi; 2. Gyermeknevelési; 3. Családi konfliktus; 4. Szülők vagy a család életvitele; 5. Szülői elhanyagolás; 6. Családon belüli bántalmazás;

7. Fogyatékoság, retardáció; 8. Szenvedélybetegség(ek);

A probléma rövid ismertetése a felmerülő veszélyeztetettségi okok leírásával:

Az észlelés időpontja:

Eddig megtett intézkedések, egyéb észrevétel:

Telefonos értesítés:

Nem történt

Történt:év..... hó..... nap; óra.....perc

Fogadó fél neve:

A veszélyeztetettség azonnali beavatkozást igényel, ezért a gyermekjóléti szolgálat értesítésével egy időben szükséges volt a gámhatóság, illetve a rendőrség értesítésére is.

Kelt:

PH.

Házi gyermekorvos/ védőnő aláírása

Az esetgazda neve:

Elérhetősége (címe):

Telefonszáma:

A jelzés fogadásának dátuma:

A szociális szakember részéről a jelzés hatására eddig megtett intézkedés(ek):

A helyzet jelenlegi állása, további javaslatok:

Kelt:

PH.

Gyermekjóléti szolgálat szakemberének aláírása

VIII.4. Segítő szakemberek, szervezetek

Helyi:

házi orvosok, védőnők, kórházi szociális munkások,
iskolai és óvodai gyermekvédelmi felelősök, óvoda és iskola pedagógusok, bölcsődei
gondozónők,
nevelési tanácsadók, gyermek ideggondozók, pszichológusok, pszichiáterek,
gyermekjóléti szolgálatok, családsegítő szolgálatok,
rendőrség, gyermekvédelemmel foglalkozó megbízottak (tel.:107)
gyámhatóság,
helyi humán támogató civil szervezetek (pl. családtámogató, szenvedélybetegekkel
foglalkozó, szociális támogatást nyújtó stb.)

Országos:

Kék Vonal / anonim telefon és internet segélyvonal / www.kek-vonal.hu, info@kek-vonal.hu
tel:116 111,

Kék Vonal / **Szakember-szakember vonal**-segítő szakemberek számára/ tel:06-1- 302 0944

Magyar Gyermek és Ifjúsági Telefonos Lelkiségi Szolgálatok Országos Szövetsége
/GYITOSZ/ www.ifjusagi-lelkisegety.hu

ESZTER Ambulancia www.eszteralapitvany.hu tel: 06-1- 466 9872

NANE (Nők a Nőkért Együtt az Erőszak Ellen Egyesület) www.nane.hu
tel: 06- 06-80-505-101

Országos Kríziskezelő Információs Szolgálat (családon belüli erőszak, bántalmazás stb.)
tel: 06-80-20-55-20

Segítség –Tanács - Védelem (gyermekotthonban élő gyermekek anonim vonala)
tel: 06-80- 200-402

Drog Stop www.drog-stop.hu tel: 06-80-505-678

Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia Budapest

(megelőzés, kortársképzés és terápia) www.kekpont.hu tel.:06-1-215-7833, 06-1-454-0876

MEJOK Józan babák klub www.jozanbabak.hu

Krízisterhesség esetén:

Bölcső Alapítvány tel.: 06-20-944-3566

Gólyahír Egyesület tel.: 06-80-203-923

Fészek Alapítvány tel.: 06-30-685-8488

További információk a www.gyermekbantalmazas.hu honlapon található.

VIII. 5. Beszélgetés-vázlat gyermekorvosoknak, védőnőknek

A bántalmazás/elhanyagolás feltárása, beismerése nagyon nehéz és fájdalmas folyamat. Adjunk időt és lehetőséget arra, hogy az anya (szülő, gondozó) legyőzhesse a félelmeit és elmondhassa az érzéseit, problémáit, helyzetét és bátorítsuk.

Nagyon fontos, hogy nyitottak legyünk, ne legyenek előítéleteink, ne kritizáljunk, és ne minősítsünk. Mérjük fel és fogadjuk el a szülő ismereteinek szintjét, se túl sokat, se túl keveset ne feltételezzünk.

Vegyük figyelembe, hogy a különböző élet- és társadalmi helyzetű, korú, identitású, vallású és kultúrájú, egészségi állapotú embereket saját tapasztalataik nagyban befolyásolják gondolkodásukban, lehetőségeikben. Győződjünk meg róla, hogy a szülő érti, amit mondunk, mert gyakran a szóhasználat vagy a helyzet idegen, szokatlan és félelmet keltő, de nem mer visszakérdezni, szégyenkezik. Figyeljünk arra, amit a szülő mond, érezzük meg a szavak

mögötti tartalmat, érzéseket. Fogadjuk el, hogy a bántalmazás áldozatai bizonyos dolgokat nem tudnak, vagy nem akarnak elmondani. Fogadjuk el, hogy a szülő kompetens saját és gyermeke dolgában, ő tudja legjobban, hogy milyen segítségre, tanácsra van szüksége, de nem biztos, hogy azt meg is tudja fogalmazni. Ne kérdőjelezzük meg az áldozat történetének igazságát, de figyeljünk az esetleges ellentmondásokra.

Legyünk érzékenyek abban a tekintetben is, hogy nem könnyű olyan kérdésekről beszélni, amelyek fájdalmat, szégyenérzetet okozhatnak (gyermekkori traumák, bántalmazás, szexualitás stb.)

Vegyünk figyelembe, hogy a szülők nincsenek hozzászokva ahhoz, hogy nyíltan beszélhetnek, elfogadják őket, és a szakember kíváncsi rájuk és a véleményükre. Segítsük a szülőt abban, hogy feltárhassa a saját rossz élményeit, félelmeit, ismerethiányát, haragját stb. Tegyük világossá és egyértelművé, hogy bízhat bennünk. Tisztázzuk a titoktartás kereteit, mi az, ami biztosan kettejük között marad, és milyen esetekben kell továbbítani a megismert problémákat. Gyűjtsük össze az alapvető információkat olyan támogató beszélgetés formájában, ami nem fenyegető, nem sért érzékenységet, de megfelelően informatív. A beszélgetést a szülővel négy szemközt, esetleg csecsemő vagy kiseddkorú gyermek jelenlétében folytassuk akkor is, ha a jelzés mástól származik.

Vázzuk fel a lehetséges további lépéseket, illetve tegyük világossá, ha azonnali beavatkozásra van szükség. Kerüljük a pánikkeltést, a sokkoló hatást. Kérjük a beleegyezését ahhoz, hogy a megállapodás szerint kérünk további segítséget. Vázzuk fel a lehetséges további lépéseket, illetve tegyük világossá, ha azonnali beavatkozásra van szükség. Erősítsük és támogassuk az önértékelés és döntésképesség fokozását.

Együttműködés hiányában illetve egyértelmű veszélyeztetés esetén tájékoztassuk a szülőt, hogy kötelesek vagyunk intézkedni, mert a gyermek érdeke mindenek felett áll, és a gyermek számára az a legjobb megoldás, ha nem marad a veszélyeztető szülővel, családdal. Ez esetben esetkonferencia szükséges.

Bátorító mondatok (9.)

- Sokkal több családban vannak gondok, mint az első pillanatban gondolnánk, de ezekről az emberek nemigen beszélnek.
- Családi vagy egyéni titkokról, fájdalmas eseményekről nem könnyű beszélni.
- Gyerekek, akik elszennvedik a bántalmazást, elhanyagolást sokszor évtizedekig, vagy örökké titkolják ezt, mert azt hiszik, ők tehetnek arról, ami velük történt.
- Szülőnek lenni nem könnyű, és ma senki sem tanítja meg a gyerekeket arra, hogy mit is jelent ez és hogyan kell csinálni.
- Nem az a probléma, ha valaki nem készült fel a szülői feladatokra, vagy krízishelyzetbe kerül, hanem az, ha nem tud segítséget kérni és elfogadni.
- Sokszor egy beszélgetés, megerősítés vagy éppen néhány információ megoldja a megoldhatatlannak hitt nehézségeket.
- Olyan gyorsan változnak a szülővel kapcsolatos elvárások, hogy nem csoda, ha egyre többen elbizonytalanodnak, és nem tudják, mi a legjobb, vagy az elfogadható.
- Félelmetes érzés olyasmiről beszélni, ami komoly érzelmi és anyagi veszteségekkel járhat.

A feltett kérdéseknek olyannak kell lenniük, ami nem tartalmaz állítást, minősítést, ezek között vannak indirekt és direkt kérdések.

Indirekt kérdések

- Hogy érzi magát? Milyen érzései vannak a gyerekekkel, anyasággal kapcsolatban?

- Megkap minden segítséget, amire szüksége van a családtagoktól, szakemberektől?
- A közelmúltban milyen feszültségek okoztak gondot? A partnere, családtagjai, a gyerekeivel, egészségügyi problémái, anyagi gondok stb.
- Milyen változást hozott a gyerek születése, nevelése a partnerkapcsolatban?
- Félt valakitől? Bántották valaha a szülei, partnere?
- A szülei nevelési módszereit szeretné folytatni? Jó volt gyereknek lenni az ön családjában? És a partnere családjában?
- Úgy látom, gondjai vannak a partnere, családjának viselkedésével. Tudna erről egy kicsit bővebben beszélni?
- A gyerek ellátása, viselkedése okoz bármiféle gondot? A partnere segít, illetve támogatja önt?
- Említette, hogy sokszor elveszti a türelmét (ön vagy más családtag). Beszélne erről részletesebben?
Bántotta fizikailag is a gyereket valaki? Miért és hogyan?
- Említette, hogy anyagi (lakás) gondjaik vannak. Beszélne erről részletesebben? Kértek segítséget? Kaptak? Szüksége van tovább információkra?
- Említette, hogy alkohol/drog problémák vannak (önnél, partnernél, családban) Beszélne erről egy kicsit részletesebben? Kértek, kaptak segítséget? Tudják, hová kell, lehet fordulni?
- Említette, hogy gondot okoz a gyerek ellátása, felügyelete? Kapott, kért ehhez segítséget? Van, akivel meg tudja osztani a gondjait?
- Hogyan tudják a felmerülő konfliktusokat kezelni a családban, a partnerével? Mi történik, ha nem értenek egyet? Hogyan oldja meg ezeket a helyzeteket a gyerekekkel, gyerekekkel?

Direkt kérdések

- Különböző horzsolásokat, sérüléseket látok a gyereken? Mi történt, hogyan keletkeztek ezek?
- Nagyon szorongónak, ijedtnak látom Önt és/vagy a gyereket – talán bántotta valaki?
- Előfordul, hogy megüti a gyereket, vagy dühében odacsapja?
- Sápadtak és/vagy vékonyak találok a gyereket. Nagyon nehéz a gyerek rendszeres ellátása? Van valami speciális probléma?
- Sápadtak, fáradtnak látom, segíthetek valamit? Eleget eszik, van módja pihenni, problémáit, érzéseit megbeszélni valakivel?
- Előfordul, hogy kihagynak egy étkezést, tisztába tételt, fürdetést stb.? Fáradtnak, túlterheltnak érzi magát?
- Gondot okoz a bevásárlás, ügyintézés? Hagyta már egyedül a gyereket, ha el kellett mennie?
- Úgy érzem nem jó itt a levegő a szobában. Mikor szellőztetnek? Bent dohányoznak?
- A partnere/ szülője bántotta valaha Önt/gyerekét? Mi történt?
- Vannak viták, problémák a szexuális életükben? Kényszerítették valaha szexuális aktivitásra akarata ellenére? És a gyerekekkel nem történt hasonló?
- A partnere/családtagjai ijedtnak látszanak. Jelentheti ez azt, hogy félnek attól, hogy ön elmond valamit, vagy segítséget kér?
- Voltak valaha kapcsolatban a gyermekjóléti szolgálattal, gyámüggyel, rendőrséggel? Mi történt?
- Felmerült Önben már, hogy segítséget kérjen annak érdekében, hogy megvédje valakit? Szeretne külön költözni?

VIII.6. Gyorslista szakembereknek gyermekbántalmazás esetére

Ez az ajánlás segítheti a szakembert az önellenőrzésben, az eset megítélésében. Bántalmazás/elhanyagolás esetén nincsenek speciálisan jellemző körülmények és tünetek,

több tényező együttes jelenléte veheti fel a gyanút. Feltétlenül mérlegelni kell a differenciáldiagnosztikai szempontokat is.

Önellenzés bántalmazás esetén:

1. Dokumentálás megtörtént

A) Dokumentálás módja/ nyilvántartás száma.....

B) Dátum.....

2. Jelzés megtörtént

A) Értesített szerv:

.....

B) Ügyintéző neve

.....

Gyanújelek:

A gyermek általános viselkedési gyanújelei:

- kifejezéstelen arc, üres tekintet, szemkontaktus hiánya
- megretten váratlan érintéskor, simogatáskor elrántja a fejét, fél a fizikai érintéstől
- feltűnően készséges, túlságosan aláztatos, engedékeny viselkedés
- túlságosan éber, vibráló, válogatás nélkül figyelmet követelő
- szokatlanul félénk, riadt, túlérzékeny
- bizalmatlan, fél a szülőtől/gonozótól
- félelem bizonyos személyektől, vagy bizonyos típusú emberektől
- alvászavarok, evészavarok, regulációs zavarok
- enuresis, encopresis
- pszichoszomatikus tünetek
- regresszív viselkedés
- gyermekközösségben kapcsolatteremtési problémák, passzivitás, izolálódás vagy agresszivitás

Az elhanyagolás testi jelei:

- alultápláltság, leromlott fizikai-lelki állapot
- ápolatlan, feltűnően piszkos bőr, piszkos, az időjárási viszonyoknak nem megfelelő ruházat
- elhanyagolt bőrfertőzések, rovarcsípések nyomai, korábbi sérülések hegei
- túl gyakran történik a gyermekkel baleset, sérülés
- ismeretlen eredetű eszméletvesztés
- túl gyakran (évente többször) kerül kórházba
- gondatlan veszélyeztetés (gyermekülés hiánya, ittas vezetés, kivilágítatlan kerékpár, védősisak mellőzése stb.)

Fizikai bántalmazásra utaló jelek:

- megrázott gyermek szindróma
- a bántalmazás látható jelei, foltogatás, verés
- nem baleseti jellegű sérülések, égés, forrázás nyomai (pl.: szimmetrikus forrázás nyomok mindkét farpofán, alsó végtagon)
- az előzményben korábbi sérülések, többszörös, a gyógyulás különböző stádiumait mutató zúzódások, vérömleny, karmolás
- 1 év alatti gyermek csonttörése (1 év alatt a csonttörések 56%-a, 3 év alatt 30%-a bántalmazás következménye!)
- spirális végtagtörés
- többszörös törések egyidejű jelenléte, ide tartozik a megragadás következtében létrejövő sorozatos bordatörés

- gyógyulás különböző fázisában lévő csonttörések
- nem a megszokott helyeken (térd, tenyér, könyök, homlok) látható a zúzódás, hanem pl. tarkó, törzs, fül, hajas fejbőr,
- ellentmondásos történet a sérülésről
- a gyermek szinte szó szerint ismétli a szülő történetét a sérülésről
- nem baleseti jellegű mérgezés

A lelki bántalmazásra utaló gyanújelek

- iskolai teljesítmény romlása,
- izoláció, befelé fordulás,
- agresszivitás,
- depressziós tünetek,
- deviáns magatartás, csavargás, elszökés
- drogozás, alkoholizálás
- önagresszió, öngyilkossági kísérlet stb.

A szexuális bántalmazás gyanújelei

- a gyermek korához nem illő szexualizált viselkedés, szóhasználat
- alhasi fájdalom
- a nemi szervek sérülése, fájdalma, váladékozása, viszketése
- fájdalmas vizelés, makacs húgyúti fertőzések
- a végbél sérülése, váladékozása, széklettartási zavarok
- a genitália makacs gyulladása, sérülése, a hymen sérülése
- a kiskorú terhessége
- a kiskorú nemi betegsége
- promiszkuitás, prostitúció

Rizikótényezők:

Családon belüli gyanújelek és rizikótényezők:

szegénység, hajléktalanság, munkanélküliség, egyéb kedvezőtlen egzisztenciális változások
rossz higiénés körülmények
erőszak a családtörténetben (a szülő bántalmazott, vagy elhanyagolt gyermek volt)
egyedülálló, különélő szülők, mostoha-szülő, bizonytalan partner-kapcsolat
zavarok a családi kapcsolatrendszerben
elszigetelt család
szüléskor az anya 18 évesnél fiatalabb
az anya rövidebb-hosszabb időre külön él a gyermektől
a gyermek jelenlétében történő erőszakos, durva, támadó magatartás más családtaggal - többnyire az anyával – szemben
egyik szülőn fizikai bántalmazás jelei észlelhetők vagy azokat takargatja
egyik szülőn lelki bántalmazás tünetei észlelhetők
családból elszökött gyermek

A szülő személyiségével összefüggő problémák:

mentális betegség, depresszió, szorongás (posztpartum depresszió, pszichózis!)
alkohol-, drogfüggőség, italos állapot, kontrollálatlan magatartás
deviáns magatartás
a szülőnek a saját szüleivel rossz vagy ambivalens kapcsolata volt
a szülő is bántalmazott gyermek volt

a szülő intézetben nevelkedett

a terhesség alatti drog és alkoholfogyasztás, dohányzás, prostitúció

nem gondozott, titkolt terhesség

korai kötődés kialakulását zavaró tényezők (pl.: az újszülöttet több mint 24 órára elválasztották az anyától, két gyerek születése között kevesebb, mint 18 hónap telt el)

A szülőnek a gyermek gondozásával/nevelésével kapcsolatos magatartása:

csecsemőről való gondoskodás, szoptatás elutasítása, háritása

a felügyelet hiánya, kiemelendő a csecsemő, kisgyermek (9 év alatti) magára hagyása

a gyermek bezárása

az orvosi/védőnői utasítások be nem tartása, kezelés visszautasítása

a védőoltások beadatásának indokolatlan elmulasztása, késleltetése.

túl gyakran (évente vagy gyakrabban) fordul elő véletlen baleset

az iskolalátogatási kötelezettség, ill. az esetleg szükséges fejlesztés elhanyagolása

a gyermekkel közömbös, intoleráns magatartás

a gyermekkel türelmetlen, agresszív szülő, a gyermeket indokolatlanul rossznak, butának, ügyetlennek stb. tartja

apatikus, gyermekével szemkontaktust nem tartó szülő

túlaggódó, (indokolatlanul) gyakran orvoshoz forduló szülő

a sérülés nem egyeztethető össze az előadott történettel

a gyermek a sérülésről másképp számol be, mint a szülő

az orvosi ellátás késleltetése, a sérülés után nem fordulnak azonnal orvoshoz

A gyermekkel kapcsolatos rizikótényezők:

nem kívánt gyermek

sajátos nevelési igényű, illetve krónikus beteg gyermek

beilleszkedési, magatartási vagy tanulási zavarral küzdő gyermek,

koraszülött, kis súlyú gyermek

előző kapcsolatból származó gyermek

állami gondozott, migráns gyermek

panasz vagy gyanú kortárs-bántalmazásra.

Önellenzés intézményi bántalmazás elkerülésére az egészségügyben:

- csak szükséges és körültekintő orvosi vizsgálatokat végezzük el a gyermeknél
- csak indokolt esetben történik kórházba utalás
- a gyermeket lehetőleg a szülő jelenlétében látjuk el
- a szülők/gyermekek tájékoztatása biztosított
- biztosított a megfelelő fájdalomcsillapítás
- biztosított a gyermekbarát környezet
- a lehető legrövidebb a várakozási idő
- a gyermek szeméremzetét tiszteletben tartjuk
- bántalmazás/elhanyagolás gyanúja esetén a gyermek ellátása mellett a jelzés időben megtörténik
- bántalmazás/elhanyagolás gyanúja esetén a gyermekek védelmére hivatott szolgálattal való együttműködés megvalósul.