

Harjánné
dr. Brantmüller Éva PhD¹
egyetemi adjunktus



Nők elleni párkapcsolati erőszak és a védőnő prevenciós lehetőségei

Horváth Cintia²
Védőnő

Karamánné dr. Pakai
Annamária PhD, habil³
egyetemi docens,
tanszékvezető, képzési igazgató

Domestic violence against women and the preventive possibilities of health visitors

Dr. Karácsony Ilona PhD⁴
egyetemi adjunktus

Kapcsolattartó szerző:

Harjánné dr. Brantmüller Éva
Levelezési cím: 7400 Kaposvár,
Kecelhegyi út 31.
Email: evabrantmuller@gmail.com
Telefon: 06 30 220 2323

¹Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Kaposvári Képzési Központ

²Báta Község Önkormányzata

³Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Szombathelyi Képzési Központ Védőnői és Prevenciós Tanszék, tanszékvezető
Szombathelyi Képzési Központ képzési igazgató, ORCID azonosító: 0000-0002-2849-1310

⁴Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Szombathelyi Képzési Központ, ORCID azonosító: 0000-0003-3336-9376

Absztrakt

A vizsgálat célja: A nők elleni párkapcsolati erőszak a testi, lelki egészséget veszélyeztető globális probléma. A kutatás célja felmérni a nők bántalmazásának gyakoriságát, rizikótényezőit, a mentális egészségre gyakorolt hatását és rámutatni a védőnők prevenciós lehetőségeire. Anyag és módszer: Kvantitatív, keresztmetszeti kutatás, retrospektív elemeket tartalmazott. A nem véletlenszerű mintavétel kérdőívét online, anonim módon 274 nő töltötte ki. Elemzésre leíró statisztika, Khi-négyzet és Fisher's Exact teszt készült. Eredmények: A minta 44,5%-át érte élete során párkapcsolati abúzus. A bántalmazottak 73%-a többféle bántalmazási formát átélt. Rizikót növelte az alacsony kvalifikáció ($p=0,013$), az átlag alatti anyagi helyzet ($p=0,012$), a családtörténetében előforduló bántalmazás ($p<0,001$). Körükben a mentális betegségek ($p<0,001$), az öngyilkossági kísérletek ($p<0,001$) szignifikánsan megemelkedtek. Következtetések: A védőnők időben történő segítségnyújtása életet menthet és megelőzheti a későbbi negatív következményeket.

Kulcsszavak: párkapcsolati erőszak, mentális betegségek, öngyilkosság, védőnő

Abstract

Aim of study: Domestic violence is a global problem which threatens the physical and mental health. Aim of the research is to assess the frequency, the risk factor and the impact on mental health of abuse, highlighting the preventive possibilities of health visitors. Material and method: Quantitative, cross-sectional study, retrospective elements included. The non-randomized questionnaire was completed anonymously online by 274 women. Descriptive statistics, Chi-square, and Fisher's Exact test were prepared for analysis. Results: 44.5% of the sample experienced domestic abuse during their lifetime. 73% of those abused experienced multiple forms of abuse. Low qualification ($p=0.013$), below-average financial situation ($p=0.012$) and abuse in family history ($p<0.001$) increased the risk of abuse. Among them, mental illnesses ($p<0.001$) and suicide attempts ($p<0.001$) increased significantly. Conclusions: Health visitors timely help can save lives and prevent future negative consequences.

Keywords: domestic violence, mental illness, suicide, health visitor

Bevezetés

A nők elleni párkapcsolati erőszak minden kultúrára, vallásra és társadalmi csoportra kiterjedő globális probléma, melynek számos káros következménye ismert, hatása szerteágazó és beláthatatlan. A diszfunkcionálisan működő családoknak minden tagját érinti, károsan hat a nők és a gyermekeik testi, lelki egészségére. A nemzetközi szakirodalmak ijesztő adatokat tárnak elénk. 366 közlemény eredményeiből készült metaanalízis a Föld 161 országában élő 2 millió nő adatait dolgozta fel és kimutatta, hogy a párkapcsolati fizikai és/vagy szexuális erőszak az 50 éven aluli nők 27%-át érinti. Megdöbbentő, hogy a 15-19 év közötti nők 24 %-a élt már át abúzust. A számok még riasztóbbak, ha figyelembe vesszük, hogy a valós adatok ennél magasabbak lehetnek, mivel a probléma látenciája magas (Sardinha et al.,2022). Kutatások szerint a partner által bántalmazottak körében kétszer magasabb a depresszió kialakulásának kockázata, ugyanakkor a fizikailag bántalmazott nők több mint fele soha nem kért segítséget hatóságtól, hivatalos szervezettől. A párkapcsolati erőszak rövid és hosszú távú testi, szexuális, reprodukív, valamint mentális egészségi problémák kialakulásához vezethet. A nemi alapú erőszaknak olyan formája, mely elsősorban a nőket érinti a férfiak részéről (WHO,2019).

A várandósság alatt bántalmazott nők körében gyakoribb a szülés utáni depresszió előfordulása, valamint nagyobb az esélye a koraszülésnek, illetve az alacsony születési súlyú újszülöttek világra jövetelének (Madhani et al.,2016). A rizikótényezők multifaktoriálisak, a bántalmazás társadalmi, gazdasági, politikai és kulturális okokra vezethető vissza, valamint összefügg a nemek közti egyenlőtlenséggel (Barufaldi et al.,2017). A párkapcsolati erőszak kutatása hazánkban eléggé elhanyagolt terület. A magyar társadalomban jellemzően patriarchális a közvélemény, a véleményformálók közül, csak kevesen érzékenyek a nők és férfiak közötti egyenlőtlenségekre (Tóth,2012).

A párkapcsolati erőszak betegségek kialakulásához vezethet, ilyen lehet a depresszió, a poszttraumás stressz, a droghasználat, az öngyilkossági hajlam, a magas vérnyomás. A szexuális erőszak összefüggésbe hozható különböző nőgyógyászati betegségekkel, emellett hüvelyi és húgyúti fertőzések és nemi betegségek kialakulását eredményezheti (Schliep et al.,2016). A családon belüli bántalmazás a Kelet-Mediterrán, az afrikai és a délkelet-ázsiai régióban a leggyakoribb, a nők 37%-a tapasztal az élete során legalább egyszer fizikai és/vagy szexuális erőszakot. Erőszakra hajlamosító tényező lehet az alacsony

jövedelem, az alacsony iskolai végzettség, továbbá a nem kívánt terhesség (Tavoli et al.,2016). A várandósság alatti érzelmi bántalmazás pszichés stresszt okoz, mely negatív hatása a magzat fejlődésére, nő a veszélye a kis súlyú újszülött világra jövetelének. Az élet későbbi szakaszában nagyobb eséllyel alakul ki magas vérnyomás, cukorbetegség, stroke, elhízás és mentális betegségek (Ferraro et al.,2017).

Az ENSZ közgyűlése a Nők Elleni Erőszak Megszüntetéséről szóló nyilatkozatában meghatározta a nők elleni erőszak definícióját: „Bármely olyan, a nőket nemük miatt érő erőszakos magatartás, mely fizikai, szexuális vagy pszichés sérelmet, szenvedést okoz vagy okozhat nőknek, beleértve az ilyen cselekménnyel való fenyegetést, a kényszerítést és a szabadságtól való önkényes megfosztást, történjen az akár a közéletben, akár a magánszférában” (ENSZ,1993, p:2). Az Európa Tanács 2011-ben elfogadta az Isztambuli Egyezményt, amely a nők elleni erőszak és a családon belüli erőszak megelőzését és felszámolását célozta (Európa Tanács, 2011). Magyarország 2014 márciusában aláírta az egyezményt, de 2020-ban annak ratifikálást, törvénybe iktatását elutasította a magyar parlament. A magyar jogalkotásban 2013. július 1-től önálló törvényi tényállással rendelkező bűncselekmény a kapcsolati erőszak.

A nők elleni diszkrimináció skálája széles, az élet számos területén megnyilvánulhat, azonban kétségtelen, hogy kiemelkedő részét képezi a családon belüli, párkapcsolati erőszak, amely évente, szerte a világon százezrek halálához vezet. A nők ellen elkövetett bűncselekmények között a családon belüli erőszak a leggyakoribb halálozási ok, azonban az otthon falai között zajló eseményeket nehéz idejében azono-

sítani. A közvetlen környezet, a barátok, rokonok, szomszédok sok esetben nem tudnak róla, vagy takarják a cselekményeket, egyfajta álszemérem, a privát szféra sérthetlensége felülírhatja a beavatkozást, a segítségnyújtást. Az áldozat számára ezzel tovább nehezítve a segítségkérést, ami a lerombolt önértékelése miatt egyébként is nehéz.

A párkapcsolati erőszakkal kapcsolatos sztereotip gondolkodás a szakemberek és a közvélemény széles körében is elfogadott (Tóth,2018). A közbeszédben elterjedt, hogy a nők bántalmazását a fizikai bántalmazással azonosítják, a valóságban a legfőbb típusok a lelki, testi, és szexuális bántalmazás, melyek számos formában megjelenhetnek és jellemzően idővel egyre súlyosabb formát öltenek.

A kutatás célja a párkapcsolati erőszak rizikó tényezőinek, gyakoriságának, típusainak, a bántalmazottak pszichés problémáinak feltárása, valamint a várandósság alatti fizikai bántalmazás előfordulásának és hatásának megismerése. Célkitűzések között szerepel a bántalmazott nők szerfogyasztásának, öngyilkossági kísérleteinek, evészavarainak, illetve mindkét fél szüleinél a párkapcsolati erőszak feltérképezése.

Hipotéziseink között szerepelt, hogy a nők alacsony iskolai végzettsége, átlag alatti anyagi helyzete növeli a bántalmazás prevalenciáját és mindkét fél esetén rizikótényező a gyermekkori erőszakos családtörténet. A bántalmazást elszenvedő nők körében gyakrabban fordulnak elő pszichés problémák, szerfogyasztás, öngyilkossági kísérletek, valamint evészavar. A várandósság alatti fizikai bántalmazás negatívan befolyásolja a szülés lefolyását, valamint a gyermek egészségi állapotát.



Grafikai munkák

Nyomdai kivitelezés

Weboldal készítés

grafart.hu | hello@grafart.hu | +36 70 314 8136

Anyag és módszer

A kvantitatív, keresztmetszeti kutatás, retrospektív elemeket is tartalmazott. A kényelmi, nem véletlenszerű, kérdőíves adatgyűjtés 2020 szeptemberében és októberében online, önkéntes, önkitöltős formában, anonim módon zajlott.

A célcsoportot 18 éven felüli nők képezték, a mintaválasztás során nem határoztunk meg felső korhatárt. Az adatgyűjtés saját szerkesztésű kérdőívvel történt, mely kiegészült a SCOFF (Sick, Control, One stone, Fat, Food) teszttel. A SCOFF-kérdőív öt egyszerű, eldöntendő kérdésből áll és az anorexia nervosa, illetve a bulimia nervosa gyanújeleit szűri (Morgan et al.,1999). A teljes kérdőív 53 kérdést tartalmazott, melyek közül 8 kérdés nyitott volt. A Google kérdőív szerkesztő programjával készült és a Facebook közösségi oldalon került megosztásra. A kérdőívbe szocio-demográfiai, a gyermekkori családban a szülők párkapcsolatára, a megkérdezettek és partnerük élet-

módjára, az átélt bántalmazások típusaira, annak gyakoriságára, valamint káros következményeire, a várandósság alatti abúzusra vonatkozó kérdések kerültek. A kérdőív a múlt- és jelenbéli párkapcsolati bántalmazásokra és ezek káros hatásaira fókuszált.

A visszaérkező adatgyűjtő táblázatban a kérdőívet kitöltő személyek, mint számadatok jelentek meg személyazonosságuk nem volt beazonosítható. A kitöltésben 278-an vettek részt, ebből 4 fő kizárással került ellentmondásos információk miatt, így a végző elemszám 274 nő.

Az adatok elemzése SPSS for Windows 25.0 program segítségével történt. Leíró statisztikát, valamint a változók közötti összefüggések elemzésére Khi-négyzet próbát és Fisher's Exact tesztet alkalmaztunk. Szignifikánsnak tekintettük az eredményeket amennyiben $p < 0,05$ (Pakai et al.,2013).

Eredmények

A nem véletlenszerű mintavétellel, bántalmazott és nem bántalmazott nők egyformán lehetőséget kaptak a kérdőív kitöltésére. A felnőtt női lakosság körében zajlott önkéntes, online, anonim kérdőíves felmérés teljes elemszáma 274 fő. Bántalmazottnak minősítettük azokat a nőket, akik önbevallás alapján, életük során átélték valamelyik típusát a bántalmazásnak, legyen az lelki, fizikai, vagy szexuális erőszak.

A kérdőívet kitöltők átlagéletkora 36 év, a többségét 51,8%-ot a 18-35 év közötti korosztály alkotta, a 36-45 év közöttiek aránya 22,6%, míg a 46-56 év közöttieké 17,2%. Az online kérdőív kitöltési aktivitása az életkor előrehaladtával párhuzamosan csökkent, így legkevésbé az 57-75 év közötti korcsoportból vettek részt a kutatásban, mindössze a minta 8,4%-át alkották. A legidősebb kitöltő 75 éves volt ($SD=13,22$). A válaszadó nők 51,5 %-a érettségivel, vagy ennél magasabb, de nem főiskolai vagy egyetemi végzettséggel rendelkezett. A főiskolát vagy egyetemet végzett nők 25,5%-ban, a 8 általános iskolánál többel, de érettségivel nem rendelkezők 21,5%-ban, míg a 8

általánost vagy kevesebbet végzetek 1,5%-ban (4 fő) jelentek meg a mintában.

A teljes minta 30,3%-a egyedülálló, 29,9%-a házas, 25,9%-a élettársi kapcsolatban él, míg 13,9%-a tartós párkapcsolattal rendelkezik, de nem együtt él.

Jelenlegi anyagi helyzetét 10,9% (30 fő) átlag alatt rossznak, 82,5% (226 fő) átlagosnak, valamint 6,6% (18 fő) kimagaslóan jónak ítélte.

A mintában szereplő nők 44,5%-a ($n=122$) megtapasztalta a párkapcsolati erőszaknak valamilyen formáját, legalább egy alkalommal. Kimagasló többségük, 73% többféle bántalmazási formát is elszenvedett. Érzékenyítésként pár idézet a bántalmazott nőktől:

„Drogot tett a tudtom nélkül az italomba, hogy jobban szót fogadjak.”

„Feszítő vassal vert, eszméletlen állapotomban megerőszkolt.”

„Az összes maradékot ki kellett ennem a hűtőből, addig nem állhattam fel, nem ihattam. Előtte megvert, a végén megtaposott, aztán kilökött az udvarra meztelenül télén és a földön vert tovább. Mikor lebukott, hogy megcsalt, a fejemet a falhoz vágta, le akart szűrni, rugdosott.”

„Vasalóval égetett, cigit elnyomott rajtam, több csontom törött, kést nyomott a számba, rúgott, ütött.”

„Brutális verések a gyermekeim szeme láttára. Terhesen megvert és elvetéltem.”

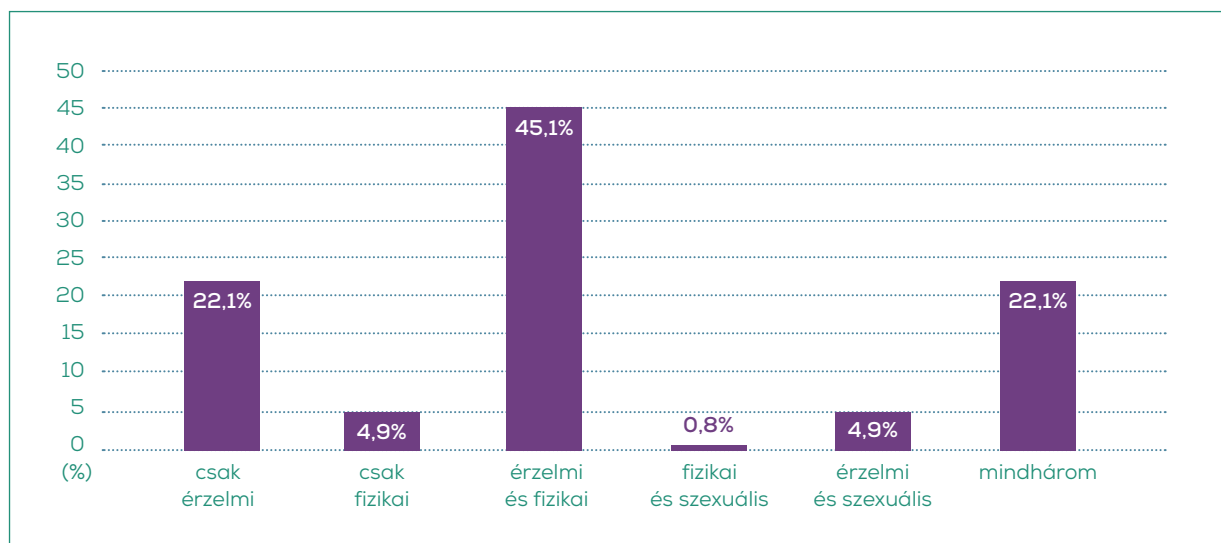
A bántalmazott nők 62,3%-a egy partnertől, de voltak akik négy, vagy több partnertől szenvedtek el abúzust. 27 %-uk, az adatgyűjtés idején is a bántalmazójával élt. A bántalmazó párkapcsolatok többnyire hosszú távúknak bizonyultak, mindössze 6,6%-a volt egy évnél rövidebb időtartamú, 36,1%-a egy évnél hosszabb, de 5 évnél rövidebb, 30,3%-a 6-10 éves időtartamú és 27%-a 11 évnél is hosszabb ideig élt/él együtt az erőszakot elkövetővel.

A bántalmazott nők 21%-át napi rendszerességgel,

36%-át hetente, 28%-át havonta, valamint 15%-át alkalmanként ért valamilyen abúzus (érzelmi, fizikai, szexuális). A bántalmazási formák megoszlásánál látható, hogy jellemzően több bántalmazási forma együttesen jelent meg és a nők nagy részét fizikai bántalmazás is érte. Az érzelmi és fizikai erőszak együttes előfordulása a legkiemelkedőbb, valamint a fizikai bántalmazás társult legtöbbször a többi bántalmazási formához is (1. ábra).

Az áldozatok 60,7%-a 1-3 gyermeket szült a bántalmazójától, ezeknek a nőknek 40,5%-a számolt be arról, hogy a várandósság alatt is történt fizikai inzultus.

1. ábra: Bántalmazási formák megoszlása a mintában (n=122)



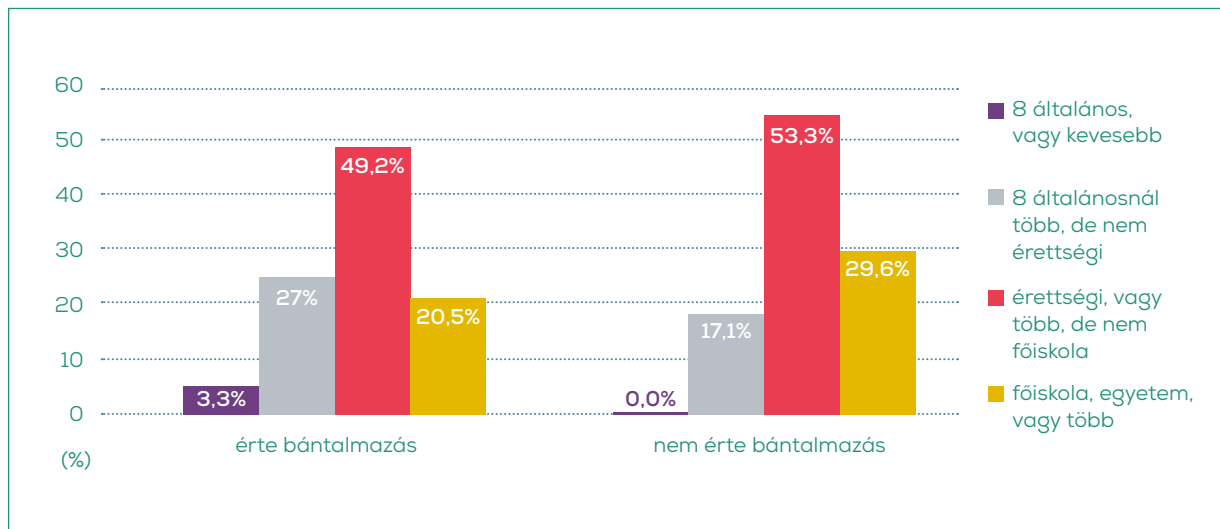
A bántalmazó férfiaknál is megfigyelhető az iskolai végzettségek teljes skálája, a kvalifikáció növekedésével párhuzamosan csökkent a bántalmazók száma. Legmagasabb arányban 64,8%-ban az érettségi alattiak, legkevesebben 9,8%-ban a diplomával rendelkezők képezték ezt a csoportot.

A nők véleménye alapján a bántalmazó férfiak 62,3%-a napi/heti rendszerességgel, 11,5%-a havonta, 26,2%-a csak ritkán vagy egyáltalán nem fogyasztott alkoholt. Ezeknek a férfiaknak a 42%-a napi/heti rendszerességgel lerészegedett, 31,1%-a ennél ritkábban, továbbá 27%-ra egyáltalán nem jellemző a részegség. A bántalmazás rizikótényezőjét jelentette

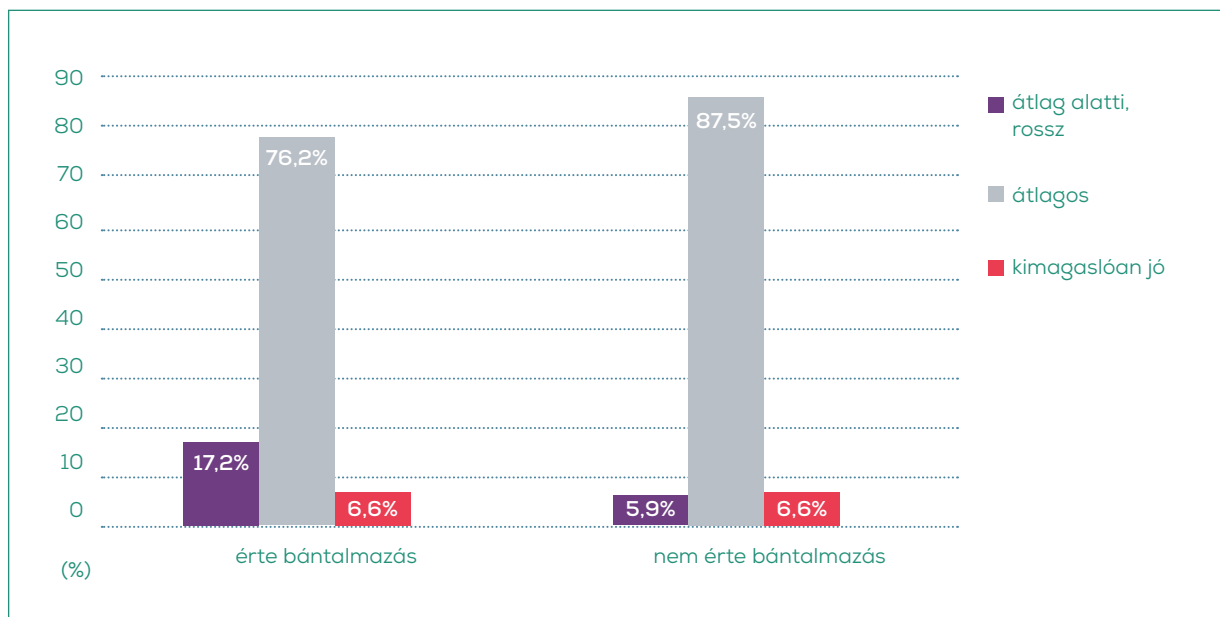
a nők alacsony iskolai végzettsége. A legalacsonyabb végzettségűek, akik 8 általánossal, vagy kevesebbel rendelkeznek mindannyian abúzusról számoltak be. A nők kvalifikációjának növekedésével csökkent az elszenvedett bántalmazások száma. Fisher's Exact teszt szignifikáns kapcsolatot igazolt a változók között ($p=0,013$) (2. ábra).

Az anyagi helyzet szintén jelentősen hatott a bántalmazások előfordulására. Az ábrán látható, hogy a bántalmazott nők, 17,2%-a átlag alatti, rossz anyagi helyzettel rendelkezett, míg a nem bántalmazottak körében mindössze 5,9%-állította ugyanezt (χ^2 (2) =8,924, $p=0,012$) (3. ábra).

2. ábra: A bántalmazott és a nem bántalmazott nők iskolai végzettség szerinti megoszlása (n=274)



3. ábra: A bántalmazott és a nem bántalmazott nők anyagi helyzet szerinti megoszlása (n=274)



A párkapcsolati erőszak mögött gyakran generációkon átívelő helytelen családi minta azonosítható, ezért releváns feltárni a szülők közötti viszonyokat, az erőszakos családtörténetet. A bántalmazó férfiak szülei közötti 58,2%-ban azonosíthatók a párkapcsoli

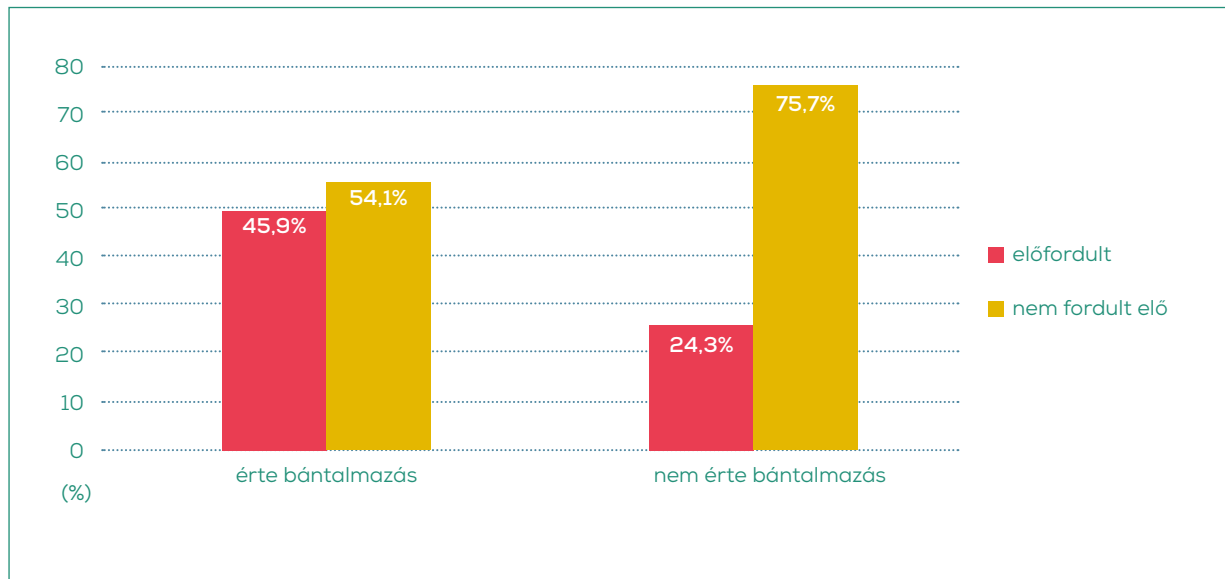
erőszak különböző formái. A teljes mintában a nők szülei között 33,9% a párkapcsolati erőszak előfordulása. Az ábrán látható, hogy az abúzust elszenvedettek körében jelentősen nagyobb, csaknem a duplája a szülők közötti erőszakos családtörténet aránya

($\chi^2(1) = 14,030, p < 0,001$) (4. ábra).

A kutatás során megvizsgáltuk, hogy az átélt párkapcsolati abúzus mennyiben befolyásolja a pszichés problémák előfordulását. Önbevallás alapján a mintá-

ban résztvevő nők 32,5%-a szenved valamilyen lelki problémától. Akiket életük során párkapcsolati abúzus ért, jelentősen nagyobb arányban, 44,3%-ban voltak érintettek ($\chi^2(1) = 13,917, p < 0,001$) (5. ábra).

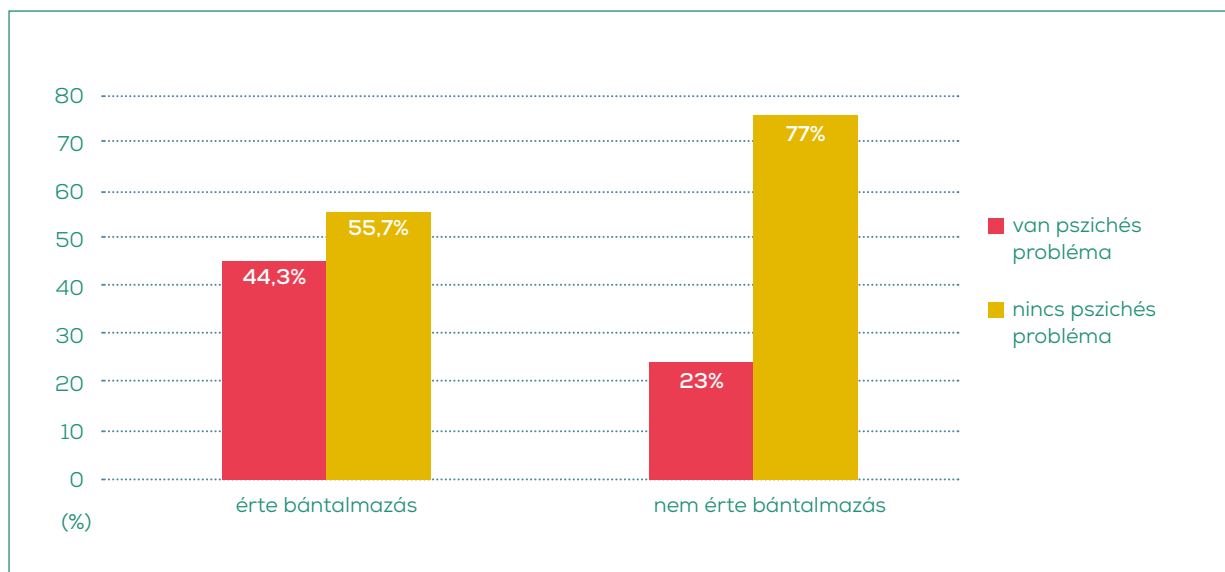
4. ábra: A bántalmazott és a nem bántalmazott nők szülei közötti párkapcsolati erőszak megoszlása (n=274)



A különböző mentális betegségek mindegyike szignifikáns összefüggést mutatott a bántalmazással. A depresszió 19,7%-ban fordul elő a bántalmazottak körében, míg a nem bántalmazottak körében 8,6% az elő-

fordulási arány ($\chi^2(1) = 7,164, p = 0,008$). Az abúzust megélték 32%-a szorongásos zavarban szenved, akiket nem ért bántalmazás, azoknál 14,5%-ban fordul elő tartós szorongás ($\chi^2(1) = 11,967, p = 0,001$). Hasonló

5. ábra: A bántalmazott és a nem bántalmazott nők pszichés problémáinak megoszlása (n=274)



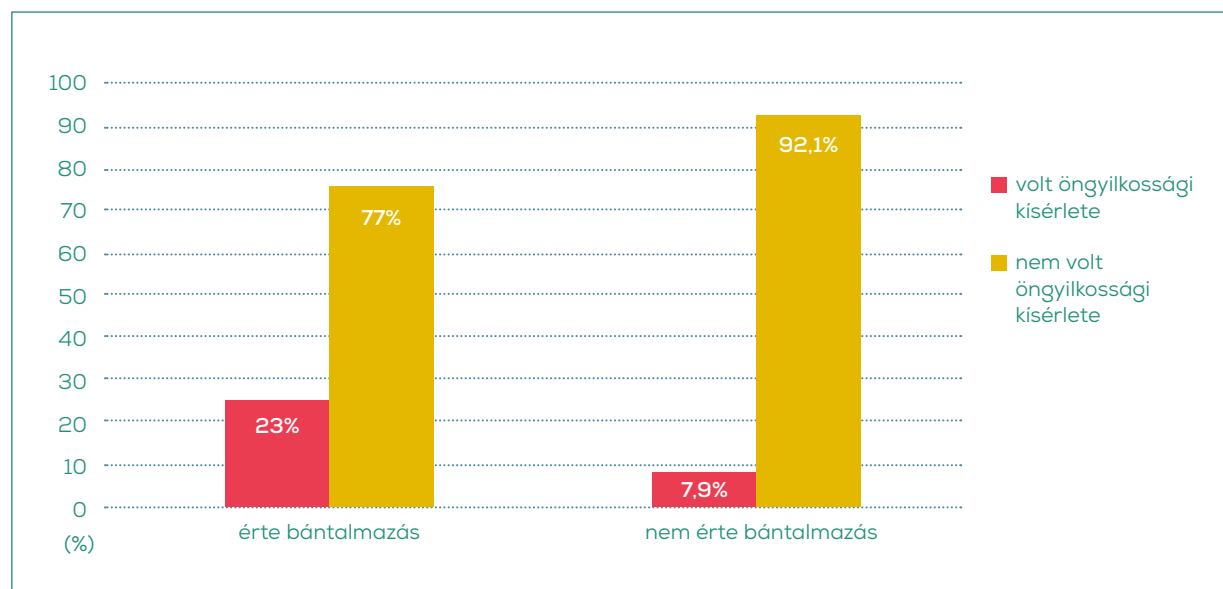
eredményt mutatott a pánikbetegség előfordulása, míg a bántalmazottak körében 19,7%, a nem bántalmazottak körében szignifikánsabb kisebb 9,9% ($\chi^2(1) = 5,328$, $p = 0,021$). A párkapcsolati erőszak jelentős rizikótényezője a pszichés megbetegedéseknek.

A bántalmazott nők körében számottevően magasabb a pszichés problémák miatt diagnosztizáltak és kezeltek aránya is. A párkapcsolati abúzust elszenvedőknél 39,3%-a állt, vagy áll jelenleg is kezelés alatt, míg a nem bántalmazottak körében lényegesen alacsonyabb 19,7% ez az arány ($\chi^2(2) = 13,915$, $p = 0,001$). A bántalmazásnak súlyos negatív következményei lehetnek nem csak a fizikális, de a mentális egészségre is. A teljes minta 6,9%-a számolt be rendszeres altató

és/vagy nyugtató szedésről. A bántalmazást átélt nők körében jelentősen magasabb, 10,7% a rendszeres gyógyszerfogyasztás előfordulása, míg a nem bántalmazott nők csupán 3,9%-a szed rendszeresen altatót és/vagy nyugtatót ($\chi^2(1) = 4,719$, $p = 0,030$).

A teljes minta 15%-a kísérelt már meg öngyilkosságot (40 fő). Ebből 42,5% egyszer, 42,5% 2-3 alkalommal, 12,5% 4-5 alkalommal, ennél több kísérlete egy kitöltőnek volt. Az öngyilkossági kísérletek és a bántalmazások kapcsolatának elemzése rávilágított, hogy az abúzus komoly rizikótényező. Az ábrán látható, hogy számottevően magasabb, háromszor gyakoribb az öngyilkossági kísérletek előfordulása az abuzált nők körében ($\chi^2(1) = 12,306$, $p < 0,001$) (6. ábra).

6. ábra: A bántalmazott és a nem bántalmazott nők öngyilkossági kísérleteinek megoszlása (n=274)



A vizsgálat kiegészült a SCOFF-kérdőívvel, amely a két legtipikusabb evészavar az anorexia nervosa és a bulimia nervosa gyanúját szűri. A kérdőív öt egyszerű, eldöntendő kérdésből áll, ahol az „igen” válaszok egy pontot érnek, ha 2 vagy több pontot ér el a vizsgált személy, akkor evészavar valószínűsíthető (Morgan et al., 1999). A teljes minta 15%-a, a bántalmazottak 18,9%-a, míg a nem bántalmazottak 11,8%-a bizonyult anorexia nervosa, illetve bulimia nervosa

gyanúsak. Az erőszakot elszenvedő nők között ugyan magasabb az evészavar előfordulási aránya, azonban a bántalmazás és az evészavar között nem azonosítható szignifikáns kapcsolat ($\chi^2(1) = 2,614$, $p = 0,106$). A bántalmazás negatív hatásai elsősorban nem a két leggyakoribb evészavarban manifesztálódnak.

A válaszadó nők többsége 58,8%-a nagyon ritkán, vagy soha nem fogyaszt alkoholt, 16% napi/heti, 25,2% havi rendszerességgel fogyaszt valamilyen

alkoholos italt. A teljes mintát alkotó nők 79,2%-a az elmúlt 3 hónapban egyszer sem volt részeg, 18,2% 1-2 alkalommal, 2,6% heti rendszerességgel lerészegedett. Az alkoholfogyasztási gyakoriság hasonlóan alakult a bántalmazott és a nem bántalmazott nőknél. A Fisher's Exact teszt nem mutatott szignifikáns összefüggést nők alkoholfogyasztása és a bántalmazás között ($p=0,707$).

A mintában szereplő nők 35%-a ($n=96$) dohányzik, az abúzust elszenvedők 46,7%-a, míg a nem bántalmazottak 25,7%-a ($\chi^2(1)=13,192$, $p<0,001$). A többség, 60,4% naponta 10 szálnál több cigarettát szív el. A bántalmazást elszenvedő nők körében feltételeztük a gyakoribb szerfogyasztást, ami az alkoholfogyasztással nem mutatott szoros kapcsolatot, azonban a dohányzás esetében jelentős kapcsolatot sikerült azonosítani.

A várandósság alatti fizikai bántalmazás hatása szín-

tén elemzésre került, mivel többeknek (60,7%) gyermekük született a bántalmazójától. A várandósság alatti fizikai bántalmazás negatív hatásait egyik függő változó esetében sem sikerült azonosítani. Jelentősen nem befolyásolta a várandósság alatti bántalmazás a szülés szövődményes lefolyását ($\chi^2(1)=0,334$, $p=0,563$), a koraszülések gyakoriságát ($\chi^2(1)=0,641$, $p=0,423$) és a gyermek egészségi állapotát ($\chi^2(1)=0,100$, $p=0,751$). Hasonló arányban fordult elő szövődményes és sima szülés a két csoportban. A koraszülések gyakorisága ugyan magasabb a fizikai bántalmazást átélt nőknél (23,3%), mint azoknál, ahol nem történt abúzus (15,9%), azonban ez a különbség nem számottevő. Végül megvizsgáltuk a várandósság alatti fizikai bántalmazás és a megszületett gyermek egészségi állapota közötti összefüggést, ahol közel azonos arányban találtunk valamilyen krónikus betegséggel küzdő gyermekeket mindkét csoportban.

Megbeszélés

A párkapcsolati erőszak rizikó tényezőit, valamint a bántalmazás mentális egészségre gyakorolt hatásait vizsgáltuk. A kutatás önkéntes, anonim, önkitöltős, online kérdőív segítségével történt, 274 nagykorú nő részvételével.

A kitöltők többsége a fiatal felnőtt korosztályból (18-35 év) került ki, a középfokú végzettségűek köréből. Az online kérdőív kitöltésének feltétele az internetes hozzáférés, ezzel szűkítve a válaszadók körét, alul reprezentálva a rossz anyagi helyzetűek (10,9%) és alacsony iskolai végzettségűek (1,5%) csoportját. Torzíthatta az eredményeket az online adatfelvétel és a nem reprezentatív mintavétel, ezért azok csak az adott mintára vonatkoznak, nem generalizálhatók.

A megkérdezett nők 44,5%-a tapasztalt párkapcsolati abúzust. Jelentős részük (62,3%), egyetlen partnertől szenvedte el, de voltak, akiket négy vagy több partner is bántalmazott. Jelenleg is a bántalmazójával él párkapcsolatban, közel egyharmaduk. A nők több, mint felének született gyermeke az erőszak elkövetőjétől és 40,5% a várandósság alatt is elszenvedett fizikai inzultust. A párkapcsolatok jelentős része hosszú távúnak bizonyult, mindössze 6,6% bomlott fel egy éven belül, ugyanakkor 27% 11 évnél is hosszabb ideig élt/él együtt a bántalmazójával.

A bántalmazott nők jelentős része hetente, vagy gyak-

rabban élt át bántalmazást és többféle abúzust megtapasztalt. A bántalmazási formák legtöbbször egymással összefonódva fordulnak elő. Az érzelmi és fizikai erőszak együttes előfordulása a legjelentősebb, ugyanakkor a fizikai bántalmazás társult legtöbbször a többi bántalmazási formához. Adjah és munkatársa ghánai felmérésük során arra az eredményre jutottak, hogy az érzelmi bántalmazás prevalenciája a legmagasabb, ezt követi a fizikai, majd a szexuális erőszak (Adjah et al.,2016).

Gyakran felmerülő kérdés, hogy a bántalmazott miért marad a kapcsolatban, miért nem hagyja el partnerét? Annak, hogy miért marad valaki a bántalmazójával, szerteágazó, egymással összefonódó okai lehetnek, mint anyagi-, érzelmi függőség, félelem, vagy ezt látta gyermekként a családjában, számára ez egy ismert miliő és elviselhetőnek tartja, de lehetnek mögötte, mások által megfogalmazott, vagy saját elvárások. Lehetséges, hogy a bántalmazó elszigetelte a társas- és a gazdasági erőforrásoktól. A mentális betegségek, melyek gyakrabban alakulnak ki a bántalmazott nőknél, szintén megakadályozhatják az önálló cselekvésben. Az amúgy is alacsony önértékelését a bántalmazó porig rombolja, így könnyen elhiszi, hogy őt senki nem fogja szeretni és egyedül képtelen boldogulni (NANE,2015). Gyakran előfordul, hogy az áldozat

magát hibáztatja a bántalmazásokért, ezért igyekszik eleget tenni a bántalmazó követeléseinek és mindent elkövet, hogy a párkapcsolatban maradhasson.

A párkapcsolati erőszak kifejlődésének folyamata hasonló jegyeket mutat. Eleinte szinte észrevétlenül kezdődik, általában érzelmi bántalmazással, majd fokozatosan egyre durvábbá válik. A férfi türelmetlen, szaporodnak az ideges megnyilvánulások, mint az ajtó csapkodás, tárgyak összetörése, kiabálás, majd elcsattan az első pofon. Elhitei a nővel, hogy elviselhetetlen, ezért meg kell nevelnie, hogy nélküle életképtelen, közben erősödik a férfi hatalma a nő fölött (Szabóné Kármán, 2004).

A nők alacsony iskolai végzettsége és rossz anyagi helyzete növelte a bántalmazás előfordulásának rizikóját. Egy nepáli vizsgálat eredményeiből szintén kiderül, hogy kisebb valószínűséggel élnek meg párkapcsolati erőszakot, akik magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznek (Ghimire et al., 2015). A nők magasabb kvalifikációja nem csak az ismeretek szintjén jelent többletet, hanem anyagiakban is nagyobb biztonságot ad, mivel a munkaerőpiacon jobban eladható tudással rendelkeznek, erősödik a függetlenségük. Az anyagi kiszolgáltatottság növeli az erőszakos cselekmények rizikóját. Egy indiai kutatás során, jelentős összefüggést találtak a bántalmazás előfordulása és a munkanélküliség, valamint az alacsony jövedelem között (Bhattacharya et al., 2020). Svédországi vizsgálat, a bántalmazás kockázati tényezőjeként azonosította a szegénységet (Finnbogadottir et al., 2016). Az anyagi problémák az agresszor szemszögéből is kedvezőtlen tényezők, melyek elkeseredetté teszik az egyént, megjelenik a tehetetlenség érzése, ami növeli a bántalmazás kockázatát. Az erőszak rendszerint megtalálja a gyengébbet, a kiszolgáltatottat, ahol a hatalom, a győzelem megélése és ezzel a bántalmazó önbizalmának erősítése, viszonylag könnyen elérhető. A családban ez a gyenge láncszem a gyermek, vagy éppen a nő.

Az abúzust elszenvedett nők körében jelentősen nagyobb, csaknem a duplája a szülők közötti párkapcsolati erőszak a családtörténetben, ebben az esetben is többféle bántalmazási forma együttesen fordul elő. Hasonló képet kapunk, amikor a bántalmazó férfi szülei közötti párkapcsolatot elemezzük, ahol szintén magas arányban (58,2%) fordult elő párkap-

csolati erőszak. Mindkét félnél hangsúlyos a gyermekori diszfunkcionálisan működő család. Adjah és munkatársa arra az eredményre jutott, hogy abban az esetben, ha a férfi és a nő gyermekkori családjában is előfordult abúzus, akkor 41%-kal magasabb a bántalmazás előfordulásának kockázata (Adjah et al., 2016). Az erőszakos cselekmények körforgása folytatódhat felnőtt korban, növelve a rizikóját annak, hogy felnőttként maga is bántalmazóvá, vagy bántalmazottá váljon. A családtörténetben előforduló bántalmazásnak számos, negatív, hosszú távú hatása mutatható ki. Talán a legfontosabb a generációkon keresztül átívelő helytelen párkapcsolati minta, melyet akaratlanul tovább vihetünk, ezzel hozzájárulva a transzgenerációs traumákhoz (Orvos-Tóth, 2018). Az anya bántalmazása, a gyermek számára súlyos érzelmi bántalmazás, olyan sokk, melynek a feldolgozásához segítség szükséges. A sokproblémás családokban nevelkedett gyermekek érzelmi és fizikai elhanyagolástól szenvednek, mivel az anya bizonytalanságban, félelemben él, így nem tudja az optimális testi-lelki biztonságot megteremteni a gyermeke számára. A gyermekek elsajátíthatják a helytelen problémamegoldást, az erőszakos viselkedésmintákat, melyet tovább visznek a saját családi életükbe.

A pszichés problémák és a bántalmazás közötti összefüggések elemzése során szignifikáns kapcsolatot azonosítottunk, jelentősen magasabb előfordulást mutattak a párkapcsolati abúzust megélték körében. Iránban vizsgálták a mentális egészséget és a bántalmazás összefüggéseit, ahol jelentősen rosszabb mentális állapotot azonosítottak azoknál, akik átéltek bántalmazást (Gharacheh et al., 2015). A szorongás nagyon gyakori pszichés probléma, ami megjelenhet anélkül, hogy kezelést igényelne, azonban betegséget jelent, ha tartós és rontja az életminőséget. Az abúzust átélt nők tartós pszichés megterhelésben élnek, ami hozzájárulhat a szorongás állandósulásához. Howard és munkatársai a bántalmazott nők körében, számottevően magasabb arányban azonosítottak szorongásos panaszokat (Howard et al., 2013). A pánikbetegség a tartós szorongásból táplálkozik, ami rohamokban jelentkezik és vissza-vissza tér. A rohamok situációtól függetlenül, látszólag ok nélkül jelentkeznek. A bántalmazás minden formája hozzájárul a mentális betegségek kialakulásához, mivel tartós szorongást,

félelmet indukál. Sok esetben a nők félnek kilépni a kapcsolatból, saját magukat hibáztatják, kilátástalannak érzik a helyzetüket, magas a depresszió kialakulásának rizikója. Az Amerikai Egyesült Államokban végzett kutatás a bántalmazás és a mentális betegségek összefüggéseit elemezve rámutatott, hogy akik párkapcsolati erőszakot éltek át, azoknál jelentősen magasabb a depresszió előfordulása (Howard et al.,2013).

A bántalmazott nők körében lényegesen magasabb a pszichés betegségek miatti kezelések előfordulása, többen rendszeres altató és/vagy nyugtató fogyasztásról számoltak be. A tünetek csillapítása mellett, megértésre, támogatásra, segítő beszélgetésre lenne szükség. A mentális betegségek a tudatállapot beszűkülésével, lehangoltsággal járhatnak együtt, ezért körükben gyakoribbak a szuicid gondolatok és kísérletek. A mintában a bántalmazott nők körében az öngyilkossági kísérletek háromszor gyakrabban fordultak elő, mint a nem bántalmazottaknál.

A bántalmazást átélte nők körében megjelenhet a szerfogyasztás, mint egy rossz problémamegoldó stratégia, illetve feszültség levezetési módszer. Az alkoholfogyasztási szokások nem mutattak szignifikáns

összefüggést, ezzel szemben jelentősen magasabb arányban dohányoztak a bántalmazott nők. A feszültség levezetésének egyik legelterjedtebb módszere a dohányzás és nem jár olyan előítélettel, mint a nők alkoholfogyasztása. Egy lengyelországi kutatás során összehasonlították bántalmazottakat és a nem bántalmazottakat egészségmagatartását és arra a következtetésre jutottak, hogy az önpusztító viselkedés jellemzőbb a bántalmazott nők körében (Tsirigotis et al.,2018).

A szakirodalmi adatok összefüggést mutattak ki a várandósság alatti bántalmazás és a koraszülés, a szövődményes szülés és a gyermek egészségi állapota között. Jelen mintában nem találtunk szignifikáns összefüggést a fenti változók esetében. Brazíliában magas elemszámmal egy longitudinális kutatás során, nyomon követték a bántalmazott nőket és sikerült igazolni, hogy a várandósságuk alatt bántalmazottak körében nagyobb a koraszülési arányszám. Másik lényeges eredményük, hogy a mentális betegségek és a bántalmazások szoros összefüggést mutatnak. A mentális betegségek pedig hatással vannak a szülésre, körükben magasabb a koraszülések előfordulása (Ferraro et al., 2017).

Következtetések

Jelen kutatás a nőekkel szembeni párkapcsolati erőszakra fókuszált. A megkérdezett nők csaknem fele megélt már párkapcsolati abúzust és a bántalmazási formák legtöbbször egymással szövődvé fordultak elő. Ezekből a kapcsolatokból született gyermekek alapot képeznek az erőszakos cselekmények körforgásához. A diszfunkcionális gyermekkori családból érkező felnőttek körében magas az ismétlődés rizikója. A bántalmazó kapcsolatok jórészt hosszú távon működtek, jelezve, hogy a kapcsolatból való kilépés rendkívül nehéz a nők számára. A hosszú idő alatt a lelki teher, a félelem megnövelte a pszichés problémákat, az altatók, nyugtatók szedését, a dohányzást és az öngyilkossági kísérletek számát.

Konklúzióként megállapítható, hogy bár számos intézményhez fordulhatnak a bántalmazott nők, ilyen a rendőrség, egészségügyi-, gyermekvédelmi ellátórendszer, köznevelési intézmények, civil szervezetek, ennek ellenére a kialakult probléma nehezen orvosolható és gyakori, hogy a bántalmazó kapcsolat hosszú

távon rögzül és súlyosbodik. Több tényező akadályozza a hatékony kezelést, ilyen a megfélemlített, bántalmazott nők visszahúzódása, illetve a probléma társadalmi megítélése. A strukturális erőszak jellemzője, hogy a társadalmi struktúra állandósítja az egyenlőséget, amíg más erőszakfajtákat markánsan elítélünk, addig a párkapcsolati erőszakot hallgatólagosan akár támogatjuk is.

A védőnői a szakterület speciális adottságai miatt rengeteg prevenció lehetőséggel rendelkezik. A területi védőnő az egyedüli szakember, aki rendszeresen családlátogatást végez és ez a szolgáltatás nem utasítható vissza (ESZCSM,2004). A területi védőnő bevonódik a családok intim szférájába, így nagyobb ráhatása van annak működésére, lehetősége nyílik a kockázati tényezők és a bántalmazás gyanújeleinek időben történő felismerésére és a korai beavatkozásra. A munka kontinuitása miatt széles körben gondolja a családokat, a különböző ellátórendszerekkel kiépült szoros kapcsolata lehetővé teszi az időben történő

felismerést és hatékony segítségnyújtást. A védőnőknek a prevenció mindhárom szintjén releváns feladatai vannak. A primer prevenció lényeges eleme az iskolai egészségnevelés keretében a serdülőkorú fiúk és lányok megszólítása, tájékoztatása, interaktív beszélgetések kezdeményezése a témában. Hívjuk fel a serdülők figyelmét az erőszakos személyiség jellemzőire, fontos, hogy a bántalmazó családból érkezők, szembesüljenek a problémával, ennek jövőbeni hatásaival, a változtatás szükségességével, és a szakmai segítségkérés lehetőségeivel. Primer prevenciók lehetőségként javasolt már a családalapítás során az egészséges párkapcsolatra, szülőségre felkészülés védőnői speciális segítségnyújtással, a párok önálló, támogatott tanulásával (Soósné Kiss,2007), és az egészségügyi és szociális szakemberek hatékonyabb együttműködése (Soósné Kiss,2002), kutatási eredményeink alapján főként az alacsonyabb iskolai végzettségű, nehezebb anyagi körülmények között élő, kiszolgáltatottabb nőkre fókuszálva.

A szekunder prevencióra a rendszeres családlátogatások alatt nyílik lehetőség, melynek célja a korai stádiumban lévő esetek felismerése, hatékony megoldása addig, amíg nem rögzült az állapot. A védőnő bizalmas kapcsolatot ápol a gondozottjaival, nagy valószínűséggel észreveszi a gyanújeleket, esetleg segítséget kérnek tőle. Ilyen gyanújelek lehetnek, a férfi részéről megnyilvánuló kontroll, túlzott féltékenység, korlátozza a nő kapcsolatait, állandó felügyelet, mereven elkülönítik a női és férfi szerepek, a nő helyett válaszol, esetleg feltűnően túlvívó viselkedés. A nő fokozottan figyel a férfi reakcióit, gyakran jól láthatóak a szorongás, a félelem jelei, a bántalmazó érzéseivel, véleményével, hangulatával foglalkozik, mindent megtesz, hogy annak kedvében járjon, nem tudja érvényesíteni a saját akaratát, jellemző az alacsony önértékelés (NANE,2015). Ebben a helyzetben nehéz a védőnőnek bizalmi viszonyt kiépíteni és nem várható el, hogy az áldozat önállóan segítséget kérjen. Amikor már kialakult és rögzült a bántalmazás, a harmadlagos prevenció során az ártalmak és azok következményeinek a kiküszöbölése és csökkentése a cél. A rehabilitáció folyamatába a szakmai társintézmények és szakemberek bevonása elengedhetetlen. Aki idejében nem szakítja meg a folyamatot, nem kér és kap szakembertől segítséget, számíthat rá, hogy az

erőszak gyakoribbá és egyre súlyosabbá válik.

A bántalmazást jellemzi a fejlődés és a ciklikusság. Ha már megtörtént a fizikai bántalmazás az első szakaszban a feszültség fokozódása észlelhető, ami előre jelzi a verés közeledtét, majd lezajlik a bántalmazás. Ekkor történik a legtöbb ölési cselekmény, az elhagyási szándékot ilyenkor nem szabad közölni. Harmadik szakasz a „nászút” periódus – büntudat, bocsánatkérés, szerelem megvallása elbizonytalanítja a nőt. A „nászút” periódus az idő folyamán egyre rövidül, majd megszűnik, marad a félelem, ami nem alaptalan, a bántalmazó akkor a legveszélyesebb, amikor a nő kilép a kapcsolatból, és elveszíti a hatalmát felette. (Szabóné Kármán,2004).

Segítőként akkor lehetünk hatékonyak, ha a bántalmazás kifinomultabb formáit is felismerjük, akkor is érzékenyen reagálunk, amikor az elénk táruló kép szöges ellentéte a valóságnak. Ilyenkor igazán nehéz azonosítani az elkövetőt és az áldozatot, mivel a bántalmazó legtöbbször, mint aggódó, figyelmes partner jelenik meg. Az erőszak valamennyi társadalmi rétegnél előfordul, azzal a különbséggel, hogy a magasan kvalifikáltak körében jobban rejtve tud maradni.

A bántalmazott nővel történő négy szemközti beszélgetés elengedhetetlen, melyre lehetőséget adhat a családlátogatás, vagy a védőnői fogadóóra. Ajánljunk a témával kapcsolatos internetes oldalakat, ingyenesen hívható segélykérő vonalakat, adhatunk szórólapokat, kiadványokat. Tájékoztassuk a kríziszállások, anyaotthonok lehetőségéről, a családi támogatásokról, szociális juttatásokról, ezzel megkönnyítve a segítségkérést és a párkapcsolatból való kilépést. Veszélyhelyzetben a jelzőrendszer tagjaként a védőnő tud és köteles segítséget kérni és intézkedni (Gyvt,1997). Legyen összekötő kapocs a családok és a szakemberek között, ajánljon pszichológust, családterapeutát, családsegítőt, szükség esetén irányítsa orvoshoz az áldozatot.

A védőnő térképezze fel a nők lehetőségeit és ennek megfelelően igény szerint, adekvát segítséget nyújtsunk. Alkalmazzuk a segítő beszélgetést, nyitott kérdéseket tegyünk fel és tartsuk tiszteletben, hogy a saját életében az egyén a legkompetensebb. Szervezzünk a témában interaktív beszélgetéseket, ahol megismerhetik a védőnő álláspontját, hogy elítéljük az erőszak minden formáját és senkinek nincs

joga a bántalmazáshoz. Nem az áldozat viselkedése vagy személye váltja ki az abúzust - ezt csak a bántalmazó próbálja elhíttetni - a bántalmazásért nem okolhatók az áldozatok.

A négy szemközti beszélgetések, a korai segítségnyújtás, megelőzheti a későbbi súlyos következményeket.

Szerzői munkamegosztás:

Harjónné dr. Brantmüller Éva PhD: koncepció, kontroll, szakértés, szerkesztés, statisztika

Horváth Cintia: statisztikai elemzés, adatgyűjtés, adatfeldolgozás, szerkesztés

Karamánné dr. Pakai Annamária PhD, habil: kontroll, szakértés, statisztika

Dr. Karácsony Ilona PhD: szakértés, kontroll, szerkesztés

Felhasznált irodalom

49/2004. (V. 21.) ESZCISM rendelet 2. § (7) bekezdés

1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról 17. § (1)

Adjah, E. S. O., Agbemaflle, I. (2016). Determinants of domestic violence against women in Ghana. *BMC Public Health*, 16, 368. Retrieved May 05, 2022 from <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3041-x>

Barufaldi, L. A., Souto, R. M. C. V., Correia, R. S. de B., Montenegro, M. de M. S., Pinto, I. V., da Silva, M. M. A., de Lima, C. M. (2017). Gender violence: a comparison of mortality from aggression against women who have and have not previously reported violence. *Ciência & saúde coletiva*, 22(9), 2929-2938. Retrieved May 05, 2022 from <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12712017>

Bhattacharya, A., Yasmin, S., Bhattacharya, A., Baur, B., Madhwani, K. P. (2020). Domestic violence against women: A hidden and deeply rooted health issue in India. *J Family Med Prim Care*, 9(10), 5229-5235. Retrieved May 05, 2022 from https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_506_20

Egyesült Nemzetek Szövetsége (1993). Deklaráció a Nők Elleni Erőszak Megszüntetéséről 48/104 Retrieved Aug 26, 2022, from, https://www.un.org/en/genocideprevention/documents/atrocities-crimes/Doc.21_declaration%20elimination%20vaw.pdf

Európa Tanács Isztambuli Egyezmény (2011) Retrieved Aug 30, 2022, from, <https://nokert.hu/sze-20160720-0010/1466/1/az-isztambuli-egyezmeny-szovege-magyar-nyelven>.

Ferraro, A. A., Rohde, L. A., Polanczyk, G. V., Argeu, A., Miguel, E. C., Grisi, S. J. F. E., Fleitlich-Bilyk, B. (2017). The specific and combined role of domestic violence and mental health disorders during pregnancy on new-born health. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 257. Retrieved May 05, 2022 from <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1438-x>

Finnbogadóttir, H., Dykes, A.-K., & Wann-Hansson, C. (2016). Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 228. Retrieved May 05, 2022 from <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1017-6>

Gharacheh, M., Azadi, S., Mohammadi, N., Montazeri, S., Khalajinia, Z. (2015). Domestic Violence During Pregnancy and Women's Health-Related Quality of Life. *Global Journal of Health Science*, 8(2), 27-34. Retrieved May 05, 2022 from <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n2p27>

Ghimire, D. J., Axinn, W. G., Smith-Greenaway, E. (2015). Impact of the spread of mass education on married women's experience with domestic violence. *Social Science Research*, 54, 319-331. Retrieved May 05, 2022 from <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2015.08.004>

Howard, L. M., Oram, S., Galley, H., Trevillion, K., Feder, G., Tsai, A. C. (2013). Domestic violence and perinatal mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 10(5), e1001452. Retrieved May 05, 2022 from <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001452>

Madhani, F. I., Karmaliani, R., Patel, C., Bann, C. M., McClure, E. M., Pasha, O., Goldenberg, R. L. (2016). Women's Perceptions and Experiences of Domestic Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(1), 76-100. Retrieved May 05, 2022 from <https://doi.org/10.1177/0886260515585533>

- Nők a Nőkért Együtt az Erőszak Ellen Egyesület (2015). Miért marad? Családon belüli és párkapcsolati erőszak. Hogyan segíthetünk? Retrieved May 29, 2022, from https://nane.hu/wp-content/uploads/miert_marad_2015.pdf*
- Nők a Nőkért Együtt az Erőszak Ellen Egyesület (n.d.). Tudnivalók a nők elleni erőszakról. Retrieved May 31, 2022, from <https://nane.hu/erintetteknek/tudnivalok-a-nok-elleni-eroszakrol/>*
- Morgan, J.F., Reid, F., & Lacey, J.H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. British Medical Journal, 319(7223), 1467—1468.*
- Orvos-Tóth, N. (2018). Örökölt sors - Családi sebek és a gyógyulás útjai. Kulcslyuk Kiadó Kft., Budapest*
- Pakai, A., Kivés, Zs. (2013). Kutatásról ápolóknak. Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészség tudományi kutatásokban. Nővér, 26(3): 20-43.*
- Schliep, K. C., Mumford, S. L., Johnstone, E. B., Peterson, C. M., Sharp, H. T., Stanford, J. B., ... Buck Louis, G. M. (2016). Sexual and physical abuse and gynecologic disorders. Human Reproduction, 31(8), 1904-1912. Retrieved May 06, 2022 from <https://doi.org/10.1093/humrep/dew153>*
- Soósné Kiss, Zs. (2002). Egészségügyi és szociális szakemberek közös felelőssége az első gyermeket váró szülők támogatásában. Nővér, 15(5): 7-12.*
- Soósné Kiss, Zs. (2007). A szülésre felkészülés egy új lehetősége, az "aktív szülésre felkészülés (ASZF)" - modell. Védőnő, 17(2): 3-7.*
- Szabóné Kármán, J. (2004). Család gondozás - krízisprevenció. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest*
- Tavoli, Z., Tavoli, A., Amirpour, R., Hosseini, R., Montazeri, A. (2016). Quality of life in women who were exposed to domestic violence during pregnancy. BMC Pregnancy and Childbirth, 16, 19. Retrieved May 08, 2022 from <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0810-6>*
- Tóth, O. (2012). Mi hány méter? A párkapcsolati erőszak megéléséről. socio.hu, 2(1), 37-46. Retrieved Sept 03, 2022, from <http://doi.org/10.18030/socio.hu.2012.1.37>*
- Tóth, O. (2018). A nők elleni párkapcsolati erőszak Magyarországon. Az elmúlt 20 év kutatási eredményeinek összegzése. socio.hu, 8(4), 1-28. Retrieved Sept 03, 2022, from <http://doi.org/10.18030/socio.hu.2018.4.1>*
- Tsirigotis, K., Łuczak, J. (2018). Indirect Self-Destructiveness in Women who Experience Domestic Violence. Psychiatric Quarterly, 89(3), 521-532. Retrieved May 08, 2022 from <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9560-5>*
- World Health Organization (n.d.). Violence and Injury Prevention. Retrieved Nov 25, 2019 from https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/sexual/en/*