

# Az EGÉSZSÉGES UTÓDOKÉRT PROJEKT 2010–2011<sup>1</sup> – A koragyermekkori regulációs zavarok vizsgálata céljából indított első hazai szűrőprogram kutatás-módszertani háttere

Scheuring Noémi dr.<sup>1</sup>, Danis Ildikó dr.<sup>2</sup>, Németh Tünde dr.<sup>3</sup>, Papp Eszter dr.<sup>1</sup>,  
† Czinner Antal dr.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Heim Pál Gyermekkórház, Belgyógyászat, Budapest; (Főigazgató: Nagy Anikó dr.)

<sup>2</sup>Bright Future Humán Kutató és Tanácsadó Kft., Göd; (Ügyvezető: Kovács György)

<sup>3</sup>Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest; (Főigazgató: Mészner Zsófia dr.)

LEVELEZÉSI CÍM:

Dr. Scheuring Noémi

1089 Budapest, Üllői út 86.

Tel.: 459-9100/1155

Fax: 459-9143

nosch@heimpalkorhaz.hu

**Célkitűzés:** AZ EGÉSZSÉGES UTÓDOKÉRT PROJEKT az első magyar kutatás, amely a koragyermekkori regulációs nehézségek előfordulási gyakoriságát és a problémák hátterében álló kockázati és védőfaktorok jelentőségét vizsgálta.

**Betegek és módszerek:** A kutatásba 0–3 éves korú gyermekeket nevelő családokat vontunk be a Heim Pál Gyermekkórház három osztályán, illetve védőnők segítségével területen is. Kérdőívek, orvosi diagnosztika, egyéni és kiscsoportos konzultációk segítségével gyűjtöttünk adatokat.

**Eredmények:** Az 1164 fős minta a kórházi és területi ellátásba kerülő kisgyerekeknél tükrözi a regulációs problémák előfordulási gyakoriságát, és bár a minta országosan nem reprezentatív, a szocio-demográfiai szempontok szerinti sokszínűsége miatt alkalmas az orvosi és pszichoszociális háttérváltozók közötti összefüggések érvényes és megbízható tesztelésére.

**Következtetések:** Tanulmányunkat a kutatás módszertani leírásának és a jövőben közzéteendő eredményeink referencia-tanulmányának szánjuk.

KULCSSZAVAK: KORAGYERMEKKORI REGULÁCIÓS ZAVAROK, EGÉSZSÉGES UTÓDOKÉRT PROJEKT, KUTATÁSI TERV, MINTA, MÉRŐESZKÖZÖK

## A kutatás háttere és indokoltsága

A Heim Pál Gyermekkórház által kezdeményezett EGÉSZSÉGES UTÓDOKÉRT PROJEKT volt az első hazai kutatás abból a célból, hogy a kisgyermekkorban (0–3 éves korig) előforduló pszichés és pszichoszomatikus eredetű regulációs (viselkedésszabályozási) zavarok előfordulási gyakoriságára és a tünetek hátterében húzódó komplex hatásokra fényt derítsen.

E regulációs zavarok leggyakoribb formái az excesszív sírás és krónikus nyugtalanság (1, 2, 3), az alvászavarok (4, 5, 6, 7), valamint a táplálkozási és gyarapodási zavarok (8, 9, 10). A gyermekorvosi gyakorlatban talán mindenki számára ismerős az a jelenség, amikor egy-egy kisgyermeknél az organikusnak tűnő problémák hátterében a kivizsgálás során nem igazolódik kóros eltérés. A területen dolgozó védőnők és bölcsődei gondozók pedig egyre gyakrabban találkoznak olyan családokkal,

<sup>1</sup> Az EGÉSZSÉGES UTÓDOKÉRT PROGRAM finanszírozására a Fővárosi Közgyűlés Egészségügyi és Szociálpolitikai Bizottsága 127/2010. (14. 27) számú határozatával született támogatási szerződés. Emellett szeretnénk köszönetünket kifejezni minden résztvevő családnak, kórházi kollégának és szakmai partnernek (kiemelten az MTA Természettudományi Kutatóközpont Kognitív Idegtudományi és Pszichológiai Intézet munkatársainak, Gervai Juditnak és munkacsoportjának), akik támogatása nélkül a program nem valósulhatott volna meg.



ahol szembe tűnnek a fenti csecsemőkorai viselkedési problémák, vagy a szülők kérnek segítséget a gyerekek gondozásában jelentkező nehézségeik és bizonytalanságaik miatt.

A korai viselkedésszabályozási nehézségek nemzetközi vizsgálata során (11, 12) fény derült arra, hogy komplex oki háttérrel van dolgunk: ezekben az esetekben, sokféle hatás érvényesülése mellett általában a *pszichoszomatikus eredet* valószínűsíthető. A megfigyelések szerint a tünetek mögött általában a következő oki tényezők együtteseit tárhatjuk fel:

- a gyermek nehézséget jelentő biológiai jellemzői (pl. temperamentumbeli sajátosságai, fizikai és/vagy lelki érzékenysége, elsődleges organikus problémái),
- a szülők belső és egymás közötti konfliktusai (ld. individuális nehézségek, mentális állapot, partnerkapcsolati problémák),
- a közvetlen környezet és a családi kapcsolatok működésének problémái (ld. nehezített családi működés, félresiklott interakciók, általánosan kiegyensúlyozatlan családi atmoszféra),
- akut vagy tartós stresszorok, traumák, amelyek a szülőket és a családokat érik,
- a tágabb környezet informális (ld. nagyszülői és baráti háttér) és formális (ld. családot körülvevő szolgáltatások) támogatásának hiánya vagy nem megfelelő módja (13).

A problémák kialakulásának magyarázatában az általános rendszerelmélet, s ezen belül a tranzakciós fejlődéselmélet (14), valamint a humánökológiai perspektíva (15) segíthet. A gyermeki fejlődést, a szülő-gyermek interakciókat és a családi működést veszélyeztető kockázati faktorok, valamint a reziliens fejlődést támogató védőfaktorok (16) észben tartása mind a kutatói, mind a gyakorlati munka fontos eleme.

A kutatások becslése szerint a csecsemők 5-10%-ánál alakul ki regulációs zavar. E csoportban vannak olyan gyerekek is, akik születésüktől fogva nehezen szabályozzák viselkedésüket. A szakma megkülönböztet elsődleges és másodlagos regulációs zavarokat (1. táblázat) (17).

Az ún. *másodlagos regulációs problémákkal* – főleg idősebb gyermekek esetében – Magyarországon nagyobb hagyománnyal foglalkoznak klinikai szakpszichológusok és pszichoterapeuták, azonban a 3 év alatti csecsemőkkel, kisgyerekekkel és családjaikkal való konzultációs és terápiás munka ma még nem terjedt el széles körben. A koragyermekkorai (családi) mentálhigiéné és az egészséges pszichés fejlődés preventív támogatása a nemzetközi gyakorlathoz képest hazánkban még nagyon gyerekcipőben jár. A *klasszikus regulációs zavarokról* néhány éve még alig lehetett hallani hazai szakmai körökben, a gyermekorvosok és klinikai pszichológusok többsége pedig még ma sem foglalkozik ezzel a kérdéskörrel. Így a regulációs zavarokkal

1. táblázat: Csecsemő- és kisdedkorban előforduló viselkedés-szabályozási problémák

Klasszikus/Elsődleges regulációs zavarok
Excesszív sírás és krónikus nyugtalanság Alvászavarok Táplálási és gyarapodási zavarok
Másodlagos regulációs zavarok
Érzelmi-kötődési problémák Szülő-gyermek kapcsolat zavara Szeparációs szorongás Játék iránti érdeklődés hiánya Testvér-rivalizáció Túlzott dac Kontrollálhatatlan dühroham Szokatlan mértékű agresszivitás Nemorganikus magyarázatú fejlődésbeli elmaradás Koncentrációzavar Motorikus nyugtalanság stb.

kapcsolatos prevenció és intervenció tevékenységek (megelőzés, felismerés és kezelés) köre hiányterületnek számít Magyarországon (13).

A nemzetközi szintén már jó ideje kutatott és a terápiás gyakorlatban evidenciaként számon tartott klinikai terület kifejezetten az *orvosi-pszichológiai-pedagógiai met-szetben* található, ezért interdiszciplináris hozzáállást és kezelést igényel. Az európai és tengerentúli államokban teljes hálózati láncok alakultak ki az anyai és a koragyermekkorai mentális egészség támogatására ([*Maternal and Infant Mental Health Services*]), Magyarországon ezzel szemben eddig csak néhány magán pszichoterapeuta, valamint egy-két állami (OGYEI) és privát (HAWA, EGO) intézmény vállalta fel a terület ellátását (13).

Hazánkban ezen a területen több kihívással találja szembe magát a kutató és a gyakorlati szakember (13, 18), amelyek vázlatosan a következők:

- hiányzó ismeretek a regulációs zavarok tünettanárra és epidemiológiai hátterére vonatkozóan,
- hiányos gyakorlati eszköztár a klinikai gyakorlatban (l. kórházi és területi gyermekorvosok) és a prevenció területeken (l. védőnői hálózat, bölcsődék, óvodák, családsegítők, nevelési tanácsadók) egyaránt,
- a koragyermekkorai regulációs problémák kezelésére alkalmas *szülő-csecsemő konzultáció és terápia* elterjedtségének hiánya<sup>2</sup>,
- diagnosztikus és kezelési protokollok hiánya,
- az adekvát kezeléseket egészségügyi finanszírozásának hiánya.

Szükséges bizonyítani tehát, hogy a korai viselkedésszabályozási nehézségek hazánkban is jelentős előfordulási gyakorisággal vannak jelen, amely a hazai pre-

<sup>2</sup>A magyarországi képzési lehetőségekről (13, 18).



venciós és intervenciós módszertani fejlesztések és infrastrukturális előrelépések jelentőségét húzzák alá.

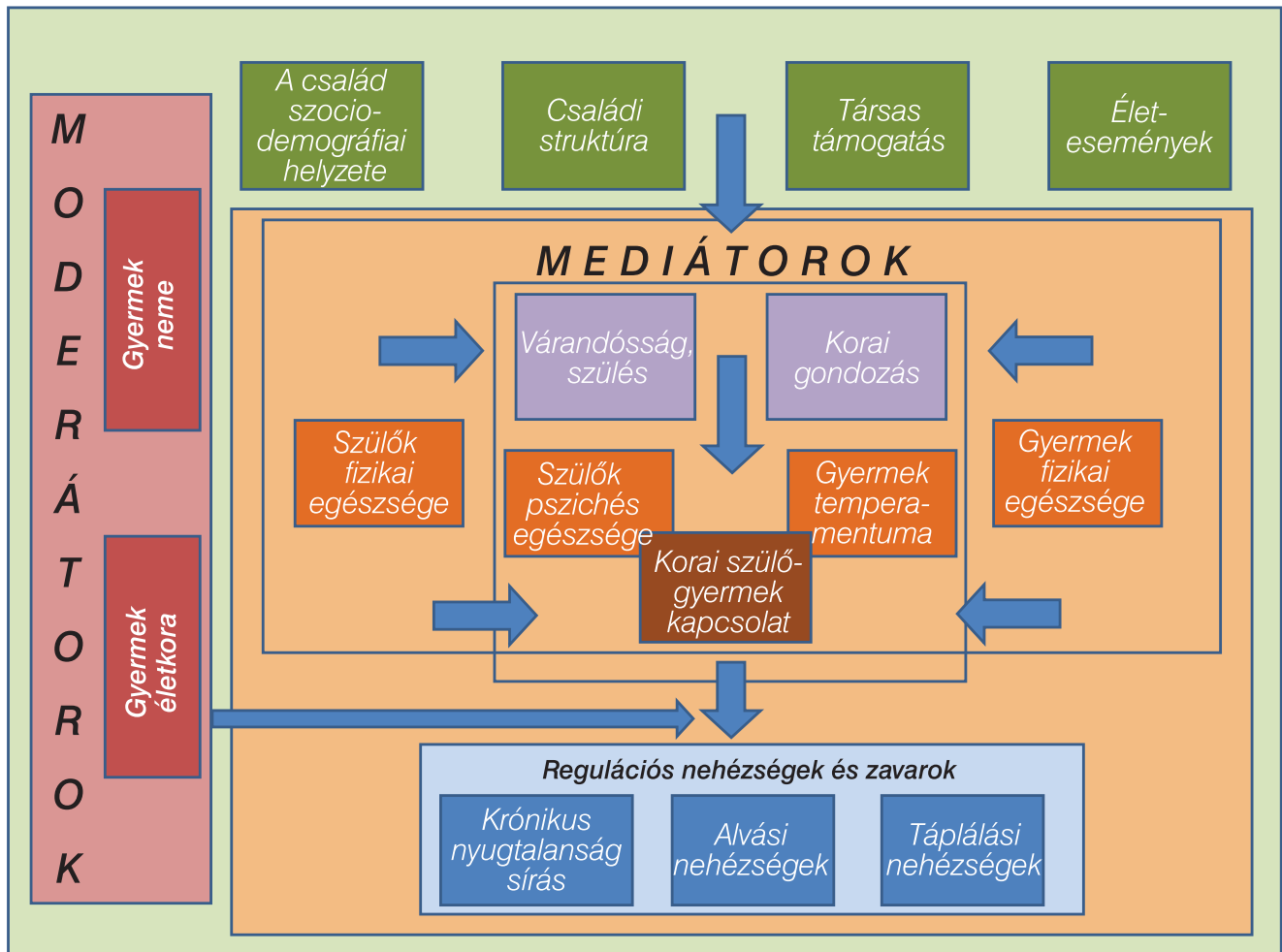
A Heim Pál Gyermekkorház vezető szakemberei egy fővárosi csecsemő- és kisdedkori prevenciós szűrőprogramot hoztak létre 2010–2011-ben, amelyben célul tűzték ki, hogy kézzelfogható információkat szerezzenek a relációs problémakör gyakoriságáról és lehetséges hátteréről.

A szűrőprogram ötlete *Scheuring Noémi* és *Czinner Antal* nevéhez kötődik, de több kórházi munkatárs (kiemelten *Papp Eszter*) együttműködésével zajlott a kutatás. A kidolgozáshoz meghívták *Danis Ildikó* fejlődépszichológust és társadalomtudományi kutatót, valamint *Németh Tünde* gyermekgyógyász pszichoterapeutát, az OGYEI munkatársát és a problémakör első számú hazai képviselőjét, képzőjét is. A mérőeszközök kiválasztásakor az MTA Pszichológiai Kutatóintézet Fejlődéslélektani Osztályának<sup>3</sup> munkatársai (*Gervai Judit*, *Lakatos Krisztina* és *Tóth Ildikó*) néhány kérdőíves eszköz közreadásával segítették a tervezést.

Kutatásunkkal több célt szeretnénk elérni:

- szeretnénk felhívni a figyelmet a koragyermekkori regulációs zavarok jelentőségére a gyermekgyógyászok és a társszakmák képviselői körében.
- Szeretnénk a regulációs nehézségek és zavarok tüneteire vonatkozó gyakorisági adatokat közzétenni<sup>4</sup> (globális, irányadó mutatókat már találhatnak korábbi cikkünkben (18), azonban részletes, alcsoportokra bontott arányszámokat későbbi publikációinkban fogunk közölni).
- A rendelkezésre álló adataink alapján szeretnénk feltérképezni a regulációs zavarok hátterében húzódó kockázati és védő tényezők összefüggéseit.

Kutatásunk eredményeivel szeretnénk kimutatni a témában érdekelt szakemberek számára, hogy a *korai regulációs zavarok* – a teljes koragyermekkori (0–3 éves korú) populáció szintjén is feltételezett – *jelentékeny előfordulási gyakorisága miatt szükség van a hazai diagnosztikai és kezelési protokollok kidolgozására, képzések és továbbképzések szorgalmazására, valamint az ellátások (konzultációk, terápiák és intézményközi*



1. ábra: Az EGÉSZSÉGES UTÓDOKÉRT PROJEKT kutatási terve

<sup>3</sup> A kutatóintézet jelenlegi neve: MTA Természettudományi Kutatóközpont Kognitív Idegtudományi és Pszichológiai Intézete

<sup>4</sup> Elemzéseink során észben kell tartanunk azt, hogy mintánk nem reprezentatív. E kutatást egy lehetséges reprezentatív kutatás előfutárának tekintjük, amely felhívja a figyelmet arra, hogy a problémával számolni kell a klinikai gyakorlatban, kihangsúlyozva a további kutatások és módszertani fejlesztések szükségességét.



együttműködések) és a finanszírozás gondos megtervezésére e területen.

Jelen tanulmányban részletesen bemutatjuk a kutatás tervét és módszertanát, ismertetjük a mintagyűjtés és maga a minta jellemzőit, a használt eszközöket és eljárásokat. A használt eszközök pszichometriai sajátosságairól, leíró eredményeinkről és az ismertetésre kerülő modellben talált összefüggésekről további elemzéseinkben és publikációinkban számolunk be.

## Módszerek

### Kutatási design

Az EGÉSZSÉGES UTÓDOKÉRT PROJEKT az első Magyarországon, amely megpróbál *statisztikailag érvényes és megbízható eredményeket* felmutatni a koragyermekkorai regulációs/viselkedésszabályozási nehézségek kérdéskörében. A kutatásban egy rövid időintervallumon belül (2010 július – 2011 június) *egyszeri adatfelvétellel* nyertünk adatokat. Feltáró kutatásunk *nem reprezentatív*, de a minta sajátosságainak alapelemzése után elmondható, hogy *mintánk kellően heterogén* számos tekintetben, amely lehetőséget ad a feltételezett összefüggésrendszer és háttérmechanizmusok megbízható és érvényes tesztelésére.

Az 1. ábra bemutatja a kutatásban felmérni kívánt változók vázlatos modelljét és feltételezett összefüggésrendszerét. Az ábrán látható változókat rendszerben képzeljük el, ahol minden elem közvetlen vagy közvetett kölcsönkapcsolatban áll a többi elemmel. Célváltozóink a regulációs problémák (nehézségek és zavarok) klasszikus formáinak jelenléte vagy hiánya, illetve a nehézségek „súlyossága” spektruma, amelyet kutatásunkban kérdőíves kikérdezés, valamint egyéni és kiscsoportos konzultációk révén térképeztünk fel.

A modern fejlődésemelvények (16) és a fejlődépszichológiai szakirodalom (19) szerint a felvázolt *fejlődési témakörök kölcsönös összefüggésben állnak egymással*. Mint más koragyermekkorai problématerületek háttérében, a regulációs zavarok háttérében is komplex mechanizmusokat feltételezünk, ahol a szülők és a gyerekek egyéni fizikai és pszichés adottságai, közös korai történetük (várandósság és szülés, korai gondozás) valamint a közöttük kialakuló, aktuálisan zajló szülő-gyermek interakciók és formálódó kapcsolat kulcsfontosságú *mediátoroknak*, közvetítőknak tűnnek (11, 12, 20). Természetesen az egyes problémák megjelenési formája függhet egyéb *moderáló* tényezőktől, pl. a gyerekek nemétől, életkorától, de itt is számon tarthatjuk a gyermek temperamentumát, vagy családjának társadalmi-gazdasági státusát is. Attól függően, hogy mi a konkrét kérdésfeltevésünk, azonos változók más-más szerepet kaphatnak, így minden önálló kérdésfeltevés saját elméleti modellel rendelkezhet.

A kutatási design-t a Bronfenbrenner-féle *humánökológiai modell* (15) inspirálta, amely szerint a gyermek mikro-környezetére és legszorosabb kapcsolataiban zajló interakcióira erőteljesen hatnak a szülők, a család és a tágabb társadalmi környezetben zajló események és statikus állapotok. Ezért véltük szükségesnek a gyerekeket körülölelő családi világ sajátosságainak részletes feltérképezését (ld. később Mérészköznél). Modellünkben és későbbi elemzéseinkben kulcsszerepet játszanak azok az elméletek, amelyek a rizikó- és protektív faktorok kölcsönhatásai alapján írják le a fejlődést (16). Így azt feltételezzük, hogy a különböző regulációs nehézségek kialakulásának háttérében számos kockázati és védőfaktorot tudunk azonosítani a kellően heterogén és nagy mintán<sup>5</sup>.

### Az adatgyűjtés folyamata

#### A KÉRDŐÍVES FELVÉTELE ÉS A MINTA SAJÁTÓSÁGAI

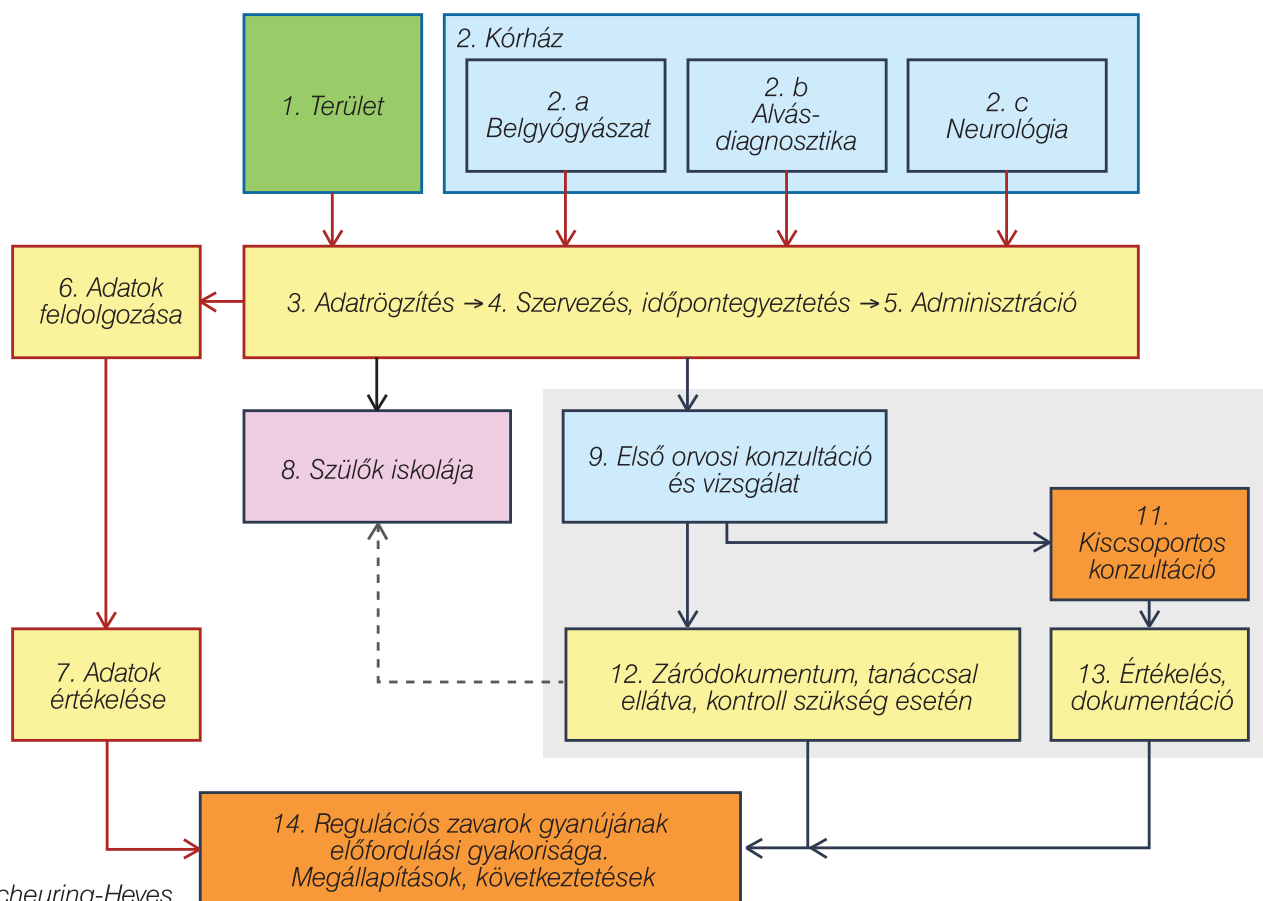
A kérdőíves adatgyűjtésnek két nagyobb formáját választottuk. A kérdőíveket a kórház három osztályán dolgozó gyermekgyógyászok és ápolók, valamint területi védőnők és házi gyermekorvosok segítségével juttattuk el a szülőkhöz.

- A kórház három osztályán belül (belgyógyászat, alvásdiagnosztika és neurológia) (2. ábra) 2010 júliusa és 2011 júniusa között minden 3 évesnél fiatalabb gyermek családját megpróbáltuk bevonni a kutatásba. Ebben az időszakban az érintett célcsoportra (0–3 éves gyerekek) vonatkozó betegforgalom 1855 fő (ebből 1148 fő 0-18 hónapos) volt, akik közül 580 gyermek és családja vett részt a kutatásban. Ez 31,3%-os válaszadási arányt jelent. Azok a családok, akik nem töltötték ki kérdőívet, három okból tették ezt:

1. vagy nem voltak képesek értelmezni és megválaszolni a kérdéseket még segítség mellett sem,
2. vagy egyáltalán nem érdeklődtek a kutatás iránt és ezért nem válaszoltak a kérdéseinkre, vagy
3. kifejezetten visszautasították az adatszolgáltatást (ez utóbbi elenyésző arányban fordult elő).

- Ugyanebben az időszakban területi védőnők segítségével is gyűjtöttünk adatokat. Az országos vezető védőnő, illetve a kerületi védőnők szakmai támogatásukat adták a kutatás lefolytatásához. A körzeti védőnők önkéntes alapon járultak hozzá az adatgyűjtéshez. Részletes instrukciók és a példakérdőívek megbeszélése után a kerületi védőnők fogták össze az adatgyűjtés folyamatát. Főleg a kórház saját körzetében, de más budapesti és pest megyei körzetekben is történt adatfelvétel. Elképzelésünk az volt, hogy a védőnők körzetükben minden 3 évnél fiatalabb gyermeket nevelő család-

<sup>5</sup> Az egyes problémakörök háttérében a szakirodalom alapján feltételezhető konkrét mechanizmusokról és azok mintánkban kimutatható megjelenéséről vagy hiányáról a részletesebb elemző cikkeinkben számolunk majd be.



©Scheuring-Heves

2. ábra: Folyamat ábra az EGÉSZSÉGES UTÓDOKÉRT PROJEKT tevékenységeiről

dot keressenek fel és próbálják bevonni őket a kutatásba. Ez a kérés a mindennapos munka mellett nem valósulhatott meg teljes mértékben, a védőnők főleg azoknak a családoknak adták oda a kérdőíveket, akikhez munkájuk során spontán is kijártak, illetve akik felkeresték őket a tanácsadóban (természetesen itt is kell számolnunk a motivációs tényezővel). Tapasztalatból tudjuk, hogy ez utóbbiak főleg azok a családok, ahol valamilyen problémát vélnek felfedezni. Ezt a tényt erősíti, hogy néhányan kifejezetten a szűrőprogram hirdetésére jelentkeztek, amely szintén a problémák gyakoriságát növelik ebben az almintában. A területi al minta 584 családból állt.

Összefoglalóan a minta sajátosságairól elmondhatjuk, hogy a következő szelekciós torzítások jellemzik:

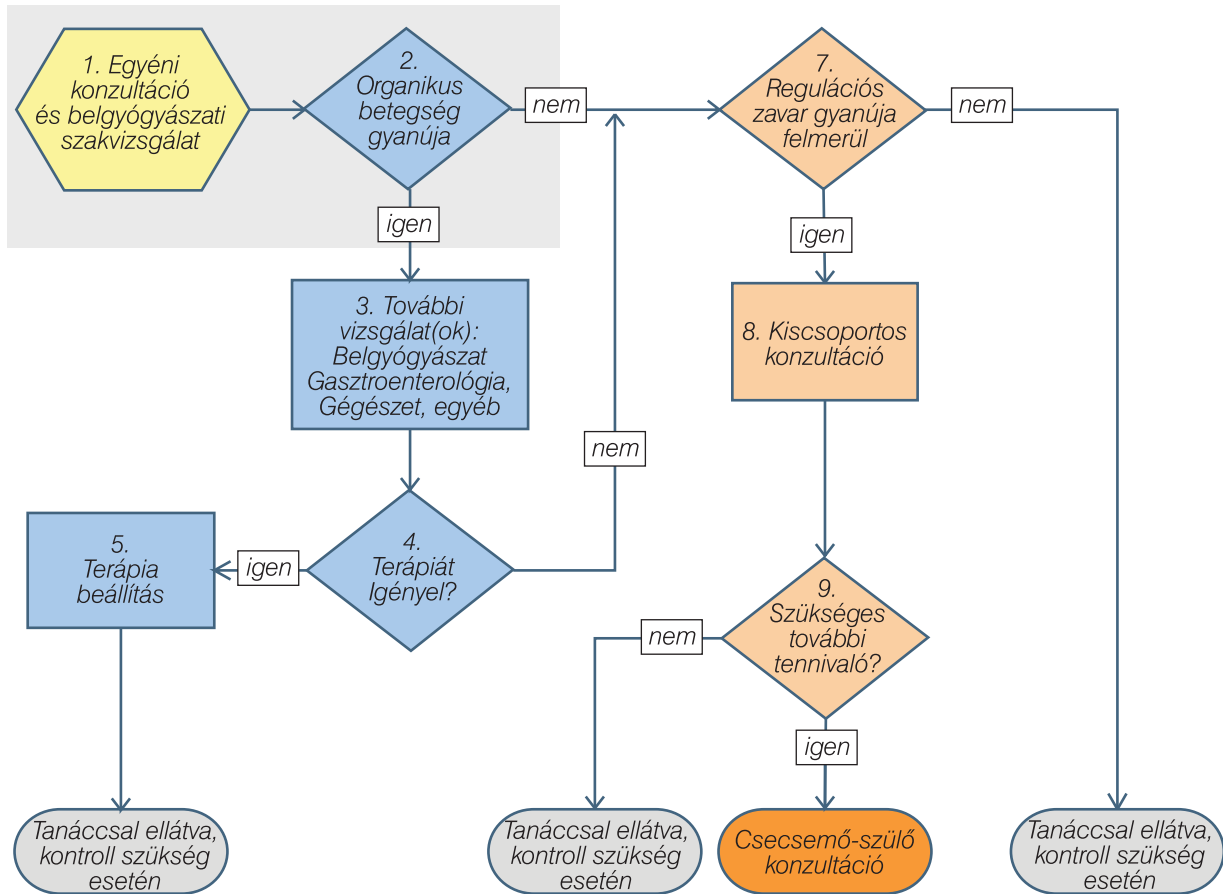
- A kórházi al minta speciális (szelektált) olyan szempontból, hogy csak azokat a gyerekeket tartalmazza, akik bármilyen egészségügyi panasz miatt bekerültek az említett három osztály valamelyikére, illetve szüleik motiváltak és képesek voltak a kutatásban való részvételre. Így ebből a mintából azt tudjuk kimutatni, hogy milyen arányban fordultak elő a koragyermekkorai regulációs nehézségek azok között a gyerekek között, akik a kórházi osztályokra érkeztek, nem is feltétlenül e panaszok miatt, és erről szüleik szívesen beszámoltak az orvosoknak. Az arányszámok feltételezéseink szerint csak növekednének, ha a teljes kórházi populációt válasz-

adásra bírtuk volna, így a közlésre kerülő arányokat inkább alulreprezentálnak ítéljük meg.

- A területi al mintánkban is érvényesül egyfajta szelekciós torzítás a problémás esetek gyakoriságára vonatkozóan pontosan ellenkező irányban, mivel a védőnők spontán munkájuk során és a szülői jelentkezések okán adták oda a kérdőíveket. Így ebben a mintában azt tudjuk kimutatni, hogy a védőnők spontán munkavégzésük során hány olyan családdal találkoznak, akiknek gyermekénél fellelhetők a regulációs nehézségekre vonatkozó beszámolóik. Ebben az esetben viszont felülreprezentálnak tekintjük a jelzett problémákat, mert a fentiek alapján valószínűsítjük a nehézségekkel küzdő családokkal való gyakoribb találkozást.

Vagyis bár mintánk nem reprezentatív (két almintánkban ellenkező irányú szelekciós torzítással van dolgunk) és ezért a kisgyermekes populációban előforduló regulációs zavarok és nehézségek gyakoriságára csak iránymutató arányszámokat tud nyújtani, a sok szempontból kellően heterogén minta az összefüggések feltárására maradéktalanul alkalmas. Arról is talán pontos képet nyújt, hogy az egészségügyi munkatársak klientúrájukban milyen gyakorisággal szereznek tudomást a szóban forgó problémákról.

Egy korábbi, bevezető cikkünkben (18) ismertetésre kerültek olyan előzetes esetszámok, amelyek esetében a kérdőívek felvétele, a kórházi kivizsgálások és a konzultációk megtörténtek. Utóelemzéseink során kiderült,



©Scheuring-Heves

3. ábra: Folyamat ábra az EGÉSZSÉGES UTÓDOKÉRT PROJEKT tevékenységeiről

hogyan néhány esetben dokumentációs problémák miatt nem tudtuk biztonságosan azonosítani az orvosi kivizsgálások és a kitöltött kérdőívek kódlapjait. Emiatt három (al) mintát használunk majd közeli publikációinkban:

- A szülői önbeszámolóban mérhető problémagyakoriságokról és a különböző pszichoszociális háttérfaktorok összefüggéseiről a teljes minta (n=1164), illetve az anyai beszámoló (n=1113) alapján formálhatunk képet.
- Az orvosi diagnosztikai gyakoriságokról szóló elemzéseinkben egy olyan 647 fős mintával számolunk majd, amelyben 29 esethez nem tudunk háttérkérdőívet csatolni.
- A diagnosztikus kategóriákat magyarázó összefüggésekről szóló elemzéseink során mindenképpen csak azokkal az esetekkel számolhatunk (n=619), akiknek azonosított kérdőíveik is rendelkezésre állnak.

Lássuk tehát a későbbi elemzések szempontjából is releváns végleges minták felépülésének folyamatát!

#### A PROJEKT ADATFELVÉTELI LÉPÉSEI

A kérdőíveket a munkatársak alapesetben odaadták a szülőknek, akik önmaguk töltötték ki azokat. Olyan esetekben, ahol a szülő igényelte a segítséget, a kórházi

orvosok és ápolók illetve a védőnők segítettek értelmezni a kérdőív kérdéseit. A szülői beszámolókat (összesen 1164 gyermekről) leginkább az anyáktól (n=1113), de több apától (n=343) is nyertük. A kérdőívek végén felajánlottuk a szülők számára, hogy ha gyermeküknél a kérdőívben szereplő leggyakoribb viselkedési/regulációs problémák (sírás-nyugtalanág, táplálkozási, illetve alvási nehézségek) közül bármelyik fennáll, jelentkezzenek komplex „szűrővizsgálatra” kórházunkba (2. ábra).

A koragyermekkorai regulációs problémákról végül négy forrásból nyerhettünk információkat (3. ábra).

- Elsősorban 1164 gyermek esetében a családok kérdőíves önbeszámolóiból.
- Az 1164 családból összesen 648 esetben történt orvosi kivizsgálás és/vagy szűrővizsgálat. E vizsgálatok eredményeképpen a koragyermekkorai regulációs nehézségek mellett számos más organikus diagnózis is született, amely további összefüggések felvetésére adhat lehetőséget (n=619 esetben a diagnózisok mellett azonosított háttérkérdőívek is rendelkezésre állnak).
- A szűrővizsgálaton részt vett családok (n=212) egy hosszabb orvosi és pszichológiai irányultságú konzultáción, valamint kifejezetten a fókuszált

2. táblázat: Az EGÉSZSÉGES UTÓDOKÉRT PROJEKT mintájának felépítése

	Kérdőívvel rendelkező teljes minta	Orvosi diagnózisokkal rendelkező alminta	Kérdőívvel és orvosi diagnózisokkal is rendelkező alminta
Kérdőívet kitöltött	1164	648	619
Ebből kórházi	580	510	494
Ebből területi	584	138	125
Egyéni konzultáción részt vett	183	212	183
Ebből kórházi	58	74	58
Ebből területi	125	138	125
Kiscsoportos konzultáción részt vett	35	38	35
Ebből kórházi	4	5	4
Ebből területi	31	33	31

problémakörökre vonatkozó orvosi kivizsgáláson is részt vettek (ebből  $n=183$  családnak rendelkezésre állnak a kérdőíves beszámoló is).

- A kórházban akár más panaszok miatt vizsgált és/vagy kezelt 580 gyermek közül orvosi ajánlásra azokban az esetekben történt *orvosi egyéni konzultáció és szükség esetén kiegészítő szakorvosi vizsgálat*, ahol a tünetek hátterében nem igazolódott organikus eltérés ( $n=58$ ).
- A területen kitöltő szülők egyénileg kérhették az osztályon történő szűrővizsgálatot ( $n=125$ ).

- Néhány szülő-csecsemő pár ezek után pilóta-jellegű kiscsoportos konzultáción is részt vett ( $n=38$ ; 35-nek áll rendelkezésre kérdőíves adata is)<sup>6</sup>.

Az elemzéseinkben használt minták felépítését a 2. táblázatban összegezzük.

#### A SZŪRŐVIZSGÁLAT FOLYAMATA

##### Első orvosi konzultáció

Az első orvosi konzultáció során (végezte: Scheuring Noémi és Papp Eszter) (helyszín: 1. kép) célirányos és részletes anamnéziszfelvétel történt, amelyet fizikális vizsgálat követett. A konzultáción, amely általában egy órán keresztül zajlott, a vizsgált gyermek minden esetben többnyire mindkét szülőjével, ritkábban csak az édesanyjával vett részt. Az anamnéziszfelvétel a szülők által panaszolt kóros tünet(ek) felvázolásával kezdődött, amelyet az általános gyermekgyógyászati szempontok (21) figyelembevételével folytattunk. A körülmények széles körű megismeréséhez a gyermekpszichiátriai vizsgálatához tartozó biográfiai anamnézis egyes kérdésköréit (22) is felhasználtuk. A születési körülmények, a várandósság, a perinatalis időszak, a korai szomatomotoros és mentális fejlődés, a család



1. kép: Konzultációs helyiség

szociodemográfiai adatai és szocioökonómiai státusa mind fontos tényezők lehetnek a gyermek viselkedési zavarainak kialakulásában. Fontos szempontnak tartottuk annak kutatását, hogy a különféle kórosnak tartott tünetek fennállása milyen hatást gyakorolt a szülőkre. A megismert/elmondott tények és a belgyógyászati fizikális vizsgálat alapján állapítottuk meg a diagnosztika szempontjából szükséges lépéseket. A fizikális vizsgálat során nagy hangsúlyt fordítottunk az egészséges szomatikus, mozgás- és pszichoszociális fejlődés jeleinek megítélésére (23). Az elsődleges szempont minden esetben az organikus okok tisztázása volt. Amennyiben nem találtunk fizikális eltérést, akkor a pszichoszociális tényezők szerepét valószínűsítettük (24).

<sup>6</sup> A kutatáson kívül ezek után néhány család, ahol indokolt volt és a család is hajlandóságot mutatott, eljutott egyéni konzultációba, terápiába a kórházban belül dolgozó önkéntes munkatársakhoz, illetve külső helyszínekre.



### Szervi okok kivizsgálása, differenciáldiagnosztika

A szervi okok részletes kivizsgálása a kóros tüneteknek megfelelően történt. Az első konzultációra érkezett gyermekeket két csoportba soroltuk:

1. *A kórházban előzetesen vizsgált/kezelt gyerekek.* Ezek a gyerekek egyéb betegség miatt kerültek be a kórházi osztályokra, a regulációs zavar mint „mellékélet” merült fel, ezért jelentkeztek a prevenció programba (n=74).
2. *Területről érkezett gyerekek.* Ezeket a gyerekeket előzetesen, más okból nem vizsgáltuk a kórházi osztályokon. Kizárólag a regulációs zavar fennállása miatt jelentkeztek a szűrővizsgálatra (n=138).

Az első konzultáció eredménye alapján határoztuk meg a további diagnosztikai lépéseket a „szűrővizsgálat” sémájának megfelelően (2. ábra). A vizsgálatok a belgyógyászati osztályon ambuláns keretben történtek, labor és képalkotó diagnosztika igénybevételével. Néhány esetben szakvizsgálatot kértünk a gyermek állapotának megfelelően gasztroenterológiai, neurológiai, gégeszeti, szemészeti és/vagy kardiológiai szakrendelőben (25, 26, 27). Az alváslaborban OSAS-vizsgálat (28, 29), a csecsemőkori rosszullétek és apnoék esetében nyelőcső pH-méréssel kiegészített poliszomnográfias monitorizálás történt (30, 31)<sup>7</sup>.

A csecsemők és gyermekek állapotfelmérését komplex mozgásszűréssel egészítettük ki, amelyet gyógytornász végzett (3. táblázat).

Munkánk során a gyermekgyógyászati diagnosztika lépéseit vettük alapul, amely kiegészítésre szorult a viselkedési zavarok tüneteinek megfelelően. Vizsgálataink összegző eredményét betegségcsoportok és/vagy betegségek szerint egy strukturált „diagnosztikai lapon” rögzítettük, a betegségekhez BNO-kódokat is rendelünk. A BNO-kódrendszer azonban nem tartalmaz a koragyermekkorú regulációs zavaroknak megfelelő egyértelmű hozzárendelést. Vagyis a csecsemő-kisgyermekkorú viselkedés-szabályozási zavarok differenciáldiagnosztika



2. kép: Kiscsoportos konzultációs helyiség

3. táblázat: A fizioterápiás vizsgálat elemei (32,33)

Inspekcio
Spontán mozgások Tartási rendellenességek Kóros reflexek, eltérések: opisztotónus, fokozott aszimmetrikus tónusos nyaki reflex (ATNR) fokozott szimmetrikus tónusos nyaki reflex (STNYR) fokozott tónusos labirintus reflex (TLR) ferde fejtartás törzs-asszimetria
Palpatio
Izomtónus vizsgálat: normál hipotón hipertón Ízületek mozgathatósága (ROM – Range of Movement)
Mozgásvizsgálat
Ülésbe húzódkodás Forgatás lábtól, illetve kartól Kúsztatás talptámasszal Lebegő ültetés

kájában nem támaszkodhattunk kidolgozott protokollra, mert ez jelenleg nem áll rendelkezésünkre Magyarországon. A diagnosztikai tevékenységünk támpontjai ebben a kérdéskörben a *Hédervári-Heller* (11) által leírtak voltak. Segítségünkre volt néhány más, Magyarországon még nem használatos klasszifikációs rendszer (DSM-PC, DC: 0-3R) (18) rövid áttekintése is, azonban ezeknek a rendszereknek az osztályozására még nem támaszkodhattunk. Mindezek miatt publikációinkban a felismert problémaköröket „problémák”, „nehézségek”, „zavarok gyanújelei” fogalmakkal illetjük a diagnosztikus „zavar” kategóriák helyett. E folyamat felvázolása is felveti annak szükségességét, hogy a koragyermekkorú pszichoszomatikai megbetegedések kivizsgálásának és kezelésének kérdése napirendre kerüljön.

### Kiscsoportos konzultáció

Kisgyermekkorban nem létezik önmagában álló individuális pszichológia, azaz a csecsemő- és kisdédkor tüneteinek leginkább úgy értelmezhetőek és kezelhetőek, ha a szülő-gyermek interakciókra és a kapcsolatra fókuszálunk. Amennyiben organikus eltérés nem igazolódott, következő lépésként kiscsoportos konzultációt ajánlottunk fel. Ezeket a csoportos találkozásokat kétszer másfél órában a szülők (vagy csak az anyák) és csecsemők/kisgyermekük jelenlétében szerveztük (helyszín: 3. kép). A csoportokat meghívott gyermekgyógyász, pszichoterapeuta (*Németh Tünde*) vezette a kórház Gyermekpszichiátriai osztályán dolgozó pszichiáter és pszichológus kollégák (*Herczeg Ilona, Ridegh Orsolya, Horváth Diana, Erőss Rebeka*) részvételével.

<sup>7</sup> A tanulmányban hivatkozott készülékek a német Somnomedics cég Somnoscreen Plus típusú alvási diagnosztikai vizsgáló készülékei, amelyet Magyarországon az Elektro-Oxigén Kft. forgalmaz.





A kiscsoportos konzultációs találkozásoknál a *spontán megfigyelés* szempontjait (I. módszertani háttérrel az alábbi szövegdobozt) a következőkben foglalhatjuk össze:

- a gyermek fejlődési szintje, játék tevékenységének minősége,
- a szülő-gyermek interakció minősége,
- a szülők egymás közötti és a gyermek felé irányuló érzelmei, valamint az együttlét hangulata,
- a szülő-gyermek kötődési, kapcsolati minőségének behatárolása: az exploráció/felfedező viselkedés és a kötődési viselkedés egyensúlya,
- a gyermek és a szülők szakemberrel szembeni magatartása,
- a konzultációs találkozás hangulata.

A felhasznált intervenciós elemek közül kiemelendő: a kritika nélküli konfliktuselemzés, az interakciós megfigyelések közlése, a konfrontáció és az interpretáció, valamint a gyermekkel való kommunikáció és a gyermek érzelmeinek, viselkedésének verbalizálása a szülők felé, a szülők eltorzult észleléseinek korrigálása a gyermek közös megfigyelése alapján, a szülők önmegfigyelési, múltba való visszatekintési képességének, szenzitivitásának és kompetenciájának erősítése.

A konzultációk során a szülőkkel közösen elemeztünk egy-egy szituációt és visszajelzést adtunk a szülő-gyermek interakciókról. Ahol lehetséges, mindig adunk pozitív visszajelzést a szülők számára, hogy megerősítsük szülői kompetenciájukat.

Az etetési, étkezési, gyarapodási zavaroknál, az alvászavaroknál, a krónikus nyugtalanság meghatározásánál a *Hédervári-Heller* (11) által használt definíciókat vettük figyelembe, egyébként a BNO kritériumokkal dolgoztunk. A második találkozás végén a családokkal személyes beszélgetéssel értékeltük a tapasztalatokat és szükség esetén a szülő számára egyéni terápiát vagy szülő-csecsemő konzultációt ajánlottunk fel. Előfordult, hogy a fenti terápiákat megelőzően a családnak elsősorban szociális támogatásra volt szüksége. Több esetben pedig e két találkozás elegendő volt ahhoz, hogy megoldódjanak a regulációs problémák.

## Szülő-gyermek csoportok

A koragyermekkorai szervezett csoportok közül a teljesség igénye nélkül a német nyelvterületen is elterjedt és ismert *Prágai Szülő-Gyermek Program*<sup>8</sup>, valamint a Svájcban működő *analitikus gyermekcsoportot* (34) említjük meg. Hazánkban különböző mozgásos, játékos csoportok, bölcsődei játszócsoportok, fejlesztések és felmérési lehetőségek széles körű ajánlatával találkoznak a szülők, csecsemő és kisdedkorú gyerekeik számára<sup>9</sup>.

Az Országos Gyermekegészségügyi Intézetben a várandós párok részére kínált ún. *szülői hivatásra*

*felkészítő kurzus* után a megszületett gyerekek 2-3 hónapos korától a kurzuson részt vett családok részére, valamint a területről érkező családok számára is nyitott *csecsemős*, illetve *kisgyerekes csoport* működését biztosítottuk. E csoportok kialakításával céljaink a következők voltak:

- az egészséges fejlődés (mozgás, játék, értelmi) gondozás és napirend fókuszú támogatása, a támogató tárgyi és személyi/szülői feltételek megbeszélése,
- a szülők és gyermek igényeinek tudatosítása,
- a szülők támogatása a csecsemő és a kisgyermek kompetenciájának megismerésében,
- a szülő-gyermek kapcsolat támogatása,
- a szülők számára tapasztalatcsere biztosítása: találkozási lehetőség hasonló korú, de időben és minőségben eltérő fejlődésű gyermekekkel,
- közös élmények biztosítása a családok és a csoport számára.

A csoportvezető munkájában a csoportvezetés, a csoporttagok biztonságának kialakítása, a pozitív szülői minta mellett a gyermek és szülei közötti interakciók *megfigyelése* kerül a központba. A megfigyelés szempontjai közül kiemelendők a gyermek mozgás- (manipuláció és játék), beszéd-, valamint kommunikációs fejlettségének tényszerű detektálása, a szülő-gyermek és a gyermek-gyermek interakciók megfigyelése, valamint jelentős figyelem kerül az anyára, az apára, a nagyszülő narratívájára is. A csecsemős és kisgyermekes csoport elsődleges célja a szülők támogatása gyerekek egészséges testi-lelki fejlődésben. Az eltérő fejlődés, a pszichoszociális problémák esetén a szülőkkel közösen keressük a problémák megoldásának lehetőségeit.

A Családbarát program részeként (35) ez a több mint tízéves tapasztalat segítette a kiscsoportos konzultációk felépítésének kidolgozását az Egészséges utódokért projekten belül.

## Vizsgálati személyek

Az EGÉSZSÉGES UTÓDOKÉRT PROJEKTBE célzottan 0-3 éves gyermekeket nevelő családokat vont be a Heim Pál Gyermekkórház Belgyógyászati, Alvásdiagnosztikai és Neurológiai Osztálya. A mintában megkérdezett szülők egyrészt az osztályokat (ambuláns vagy osztályos kivizsgálás, kezelés során) látogató családok, másrészt a kórház vonzáskörzetében és más budapesti kerületekben vagy Pest megyei településeken dolgozó védőnők és házi gyermekorvosok segítségével megszólított családok közül kerültek ki.

Összesen 1164 kisgyermek szülei töltötték ki a kérdőívet (csak anya 811 esetben, csak apa 31 esetben, mindkét szülő 312 esetben). (A minta felépítését ld. fentebb).

<sup>8</sup> www.pekip.de

<sup>9</sup> Pl. www.pikler.hu/3.0/hu/hu-jatekter.html; www.szamoca-gyermekcentrum.hu/aktualitasok/szuloknek/szamca-csald-mhely/szuel-csoport.html; www.jatszocsoport.hu; www.ogyei.hu/letoltheto/kiadvanyok: Családbarát VII. 15–16. o., X. 21–24.



Az esetek 85,3%-ában budapesti családokról van szó, a többi család a budapesti agglomeráció egy-két településén lakik. A minta szociális-demográfiai jellemzőit az anyai beszámolók alapján mutatjuk be ( $n=1113$ )<sup>10</sup>.

Az *édesanyák* életkora  $32,03 \pm 5,07$  év volt a kérdőívek kitöltésekor (min: 15, max: 49 év). Többnyire Magyarországon születtek (91,2%), egy kisebb hányaduk pedig 9 másik országból származott. A legmagasabb iskolai végzettség megoszlása a következő volt: legalább középfokú végzettséggel a minta 82,2%-a rendelkezett (47,3% felsőfokú diplomával is), a minta 17,8%-át jellemezte ennél alacsonyabb fokú iskolázottság. Családi állapot szerint az anyák 92%-a vagy házasságban, vagy élettársi közösségben nevelte a gyermeke(i)t, csak 8% volt a valamilyen okból egyedül nevelő édesanyák aránya. A mintában az átlagos vállalt gyermekszám  $1,66 \pm 0,89$  volt (min: 1, max: 8).

A *kutatás fókuszában lévő gyerekek* 99,5%-a biológiai szüleiével élt együtt, a gyerekek 0,4%-a volt örökbefogadott vagy nevelt gyermek, és 0,2%-a volt a partner előző kapcsolatából született gyermek. A gyerekek 52,7%-a volt fiú és 47,3%-a leány. A kérdőív kitöltésekor a gyerekek átlagéletkora  $15,25 \pm 10,85$  hónap volt (min: 0,23, max: 58 hó; a gyerekek 96,7%-a volt 36 hónapos korú vagy ennél fiatalabb). A fókuszgyerekek testvérsorban elfoglalt hely szerint többnyire (89,9%) első vagy második gyermekek voltak, csak 20,1%-uk volt harmadik vagy többedik a testvérsorban.

- **Lakókörülmények:** A családok közel 60%-a önálló kertes családi házban, vagy kertes társasházban élt, közel 40%-uk kert nélküli társasházban vagy lakótelepi lakásban. A minta mindössze 1%-a élt szükséglakásban vagy nem lakás céljára épült épületben. A családok átlagosan  $78,2 \pm 41,8$  nm-en laktak  $2,8 \pm 1,1$  lakószobában, de óriásiak voltak a különbségek (range: 3–350 nm és 1–9 lakószoba). Átlagosan  $3,8 \pm 1,3$  fő lakott egy lakótérben, de itt is nagyon nagyok voltak a különbségek (voltak olyan családok is, akik 17-en osztoztak egy lakáson). A gyerekek 54,4%-ának volt saját szobája. Azok a gyerekek, akiknek nem volt, 41%-ban nem testvérral, hanem szüleikkel, vagy más felnőttel osztoztak a szobán. A többiek vagy csak testvérekkel, vagy testvérekkel és szülőkkel is osztoztak. Ötfokú skálán megítélve a közvetlen lakókörnyezet biztonságát és a szomszédok segítőkészségét, átlagosan közepes és jó szintekről számoltak be a szülők (szomszédok támogatása  $2,6 \pm 1,2$ ; lakókörnyezet biztonsága  $3,8 \pm 0,9$ ).

- **Munkakörülmények:** Az anyák 89%-ának volt valamilyen állandó jövedelme a kérdőívek kitöltésekor. 66,2%-uk dolgozott, közülük többnyire (91,7%) alkalmazottként (8,3%-nak volt saját vállalkozása), ugyanakkor 68,5%-uk kapott valamilyen gyermekgondozási hozzájárulást (tgyás, gyed, gyes, gyet)

a felvétel időpontjában. Ez azt jelenti, hogy többen Gyes mellett dolgoztak már. Ötfokú skálán átlagosan  $3,66 \pm 1,0$  volt a munkahellyel kapcsolatos elégedettségi mutató a dolgozók mintájában.

- **Anyagi helyzet:** Objektív számadatok iránt nem érdeklődtünk, pusztán a szubjektív elégedettséget kívántuk felmérni az anyagi jólét szempontjából. Ötfokú skálákon az anyagi helyzet szubjektív megítélése másokhoz viszonyítva, illetve az azzal való elégedettség a mintában  $3,3 \pm 0,8$  és  $2,9 \pm 1,1$  átlagos értékeket mutatott. A minta 9,7%-a mondta azt, hogy gond nélkül élnek, 53%-uk, hogy beosztással jól kijönnek. 29,1% éppen hogy kijön hónap végéig, 7,8%-nak pedig rendszeres anyagi gondjaik vannak vagy nélkülözésben élnek.

Adataink alapján, bár többségében vannak a legalább középfokú végzettségű, középosztálybeli szülők, akiknek életkörülményeik legalább „átlagosnak” mondhatók, a célzott életkori mintaválasztás mellett mind társadalmi-gazdasági státusban, mind a lakókörnyezet és az anyagi javak tekintetében megfelelő heterogenitás mutatkozik a mintán belül, amely a későbbi összefüggéselemzések komplexitását és sokszínűségét biztosítja.

## Mérőeszközeink

### SAJÁT SZERKESZTÉSŰ KÉRDŐÍVCSOMAG

Egy saját szerkesztésű alapkérdőívben (36) részletesen kikérdeztük a szülőket a családi háttérükről, a lakás- és munkakörülményeikről, az anyagi helyzetükről, a szülők egészségi állapotáról, a célgyermekkel való várandósság és a szülés egészségi és pszichológiai jellemzőiről, a gyermek újszülött koráról, a szoptatásról és a korai gondozásról, valamint a gyermek fizikai és pszichés betegségeiről, viselkedési jellemzőiről. Ezek után a klasszikus regulációs problémák három fő területével foglalkoztunk. Témánként részletes kérdésekkel érdeklődtünk, hogy jellemzik-e a gyermeket *erős sírás és nyűgös-ködés, étkezési és gyarapodási nehézségek, illetve alvási, altatási problémák*<sup>11</sup>. Kérdéseink főleg zárt kérdések voltak, vagy diszkrét kérdések két vagy több válaszlehetőséggel, vagy Likert-típusú skálaitemek általában 5 fokozattal. Csak az „egyéb” kérdések kifejtése volt nyitott válaszadáshoz kötve. A kérdőív struktúráját és tematikáját a 4. táblázat összegzi.

### ADAPTÁLT KÉRDŐÍVEK

A csomag második részében Magyarországon már adaptált kérdőíveket használtunk. Ezeket az MTA Pszichológiai Kutatóintézetének volt (*Danis Ildikó*) és jelenlegi munkatársai (*Gervai és munkatársai*) ajánlották számunkra. A kérdőíveket az alábbiakban csak röviden ismertetjük. Eszközeinket és a kérdőívek pszichometriai paramétereit részletesen bemutatjuk későbbi publikációinkban.

<sup>10</sup>Néhány gyakorisági mutató esetében 1-2%-os hiányzó adattal számoltunk. A tanulmányban megfogalmazott gyakoriságok a válaszadók közötti %-os megoszlást mutatják. Jelentős hiányzó adat esetén feltüntetjük annak mértékét.

<sup>11</sup>A kérdőív az első szerzőtől elkérhető, megtekinthető.

## 4. táblázat: A saját szerkesztésű kérdőívcsomag témái

## SAJÁT SZERKESZTÉSŰ KÉRDŐÍV TÉMÁI – VÁZLAT

(szerk. Scheuring, Danis, Gervai, 2010)

**Személyes adatok**

1. Születési év
2. Születési hely
3. Legmagasabb iskolai végzettség
4. Családi állapot
5. Gyermekének száma
6. A „cél gyermek” jogi viszonya a családban
7. Az összes gyermek születési évszáma, neme születési sorrendben

**Lakáskörülmények**

8. Milyen lakásban lakik?
9. Hány négyzetméteres a lakás?
10. Hány szobás a lakás? Hányan élnek együtt összesen?
11. Kik laknak a „cél gyermekkel” egy háztartásban? (részletesen ki-kerdezzve)
12. Van-e saját szobája a „célgyermeknek”?
13. Ha nincs saját szobája, hányan alszanak a „cél gyermekkel” egy szobában? Gyerekek? Felőttek?
14. Mennyire támaszkodhat a szomszédjaira? Mennyire segítik egymást?
15. Mennyire biztonságos lakóhelyének környéke?

**Munkakörülmények**

16. Van állandó munkahelye?  
Amennyiben igen: vállalkozó vagy alkalmazott  
Amennyiben nem, milyen más státusa van (pl. tgyás/gyes/gyed/gyet, munkanélküli)
17. Van-e állandó jövedelme?
18. Elégedett-e Ön a munkahelyével?

**Anyagi helyzet**

19. Másokhoz viszonyítva milyennek tartja családjának anyagi helyzetét?
20. Hogyan érzi, Önök anyagiilag hogyan jönnek ki?
21. Elégedett anyagi helyzetével?

**Szülő egészségi állapota**

22. Milyen betegségek jellemzők a szülőkre (pl. szív-érrendszeri betegség, légzőrendszer betegsége stb.)
23. Szed-e állandó gyógyszert?
24. Dohányzik? Ha „igen”, akkor milyen gyakran?
25. Fogyaszt Ön rendszeresen alkoholt?
26. Családjában előfordult-e daganatos megbetegedés?

**Várandósság és szülés**

27. Zavartalan volt-e várandóssága?
28. Ha probléma lépett fel, milyen jellegű volt?
29. Dohányzott a várandósság ideje alatt? Ha „igen”, akkor mennyit?
30. Fogyasztott alkoholt a várandóssága ideje alatt?
31. Várandóssága tervezett volt-e?
32. Milyen forrásból szerezte ezen időszakokkal kapcsolatos információit?
33. Részt vett-e szülésre felkészítő tanfolyamon?
34. Ha nem vett részt szülésre felkészítő tanfolyamon, akkor miért nem?
35. Önnel volt a párja a szülésnél?
36. Problémás volt-e a szülése?
37. Ha igen, mi volt az oka?
38. Hogyan született gyermeke?
39. Milyen élmény volt Önnek a szülés?

**Újszülöttkor**

40. Volt-e az újszülött inkubátorban, vagy szüksége volt-e valamilyen speciális ellátásra? Ha „igen”, mennyi ideig?
41. Hazajövetel után kapott-e segítséget?  
a) Ha „igen”, akkor milyen gyakran, b) ha „igen”, akkor kitől, miben?
42. Mennyire fárasztotta az újszülött ellátása, gondozása?

**Szoptatás és csecsemő-kisded gondozás**

43. Mennyi ideig szoptat(ott)?
44. Mennyire szeret/szeretett szoptatni?
45. Felléptek nehézségek a szoptatásnál?
46. Bevonja-e a párját a gyermekellátásba?
47. Van-e segítsége a gyermekellátásban?  
a) Ha van, akkor kitől? b) Ha van, akkor milyen gyakran, c) ha rendszeresen, akkor kitől és miben?

48. Családon kívüli segítségére mi jellemző?

49. Közösségbe jár-e a gyermeke? Ha igen, hová? Ha igen, akkor mennyire szeret járnai gyermeke?
50. Mennyi idősen kezdett rendszeresen közösségbe járnai?
51. Ha rendszeresen jár közösségbe, akkor naponta átlagosan hány órát tölt ott? Ha nem mindennap jár, akkor hetente átlagosan hány órát tölt a közösségben?

**Betegségek**

52. Beteges-e a gyermeke?
53. Hova fordul olyankor, ha beteg a gyermeke? a) szakmai segítségért b) informális (nem szakmai) segítségért?
54. Könnyen észreveszi, ha beteg a gyermeke?
55. Hogyan adja be a gyógyszert a gyermekének?
56. Mennyire jelent Önnek problémát a gyógyszerbeadás?
57. Mennyire sikerült elfogadnia gyermeke tartós betegségét, problémáit?
58. Jártak-e már gyermekpszichológusnál? Ha „igen”, milyen panasszal?
59. Mennyire elégedett gyermeke fejlődésével?

**Viselkedés**

60. Mennyire érezte/érzi biztosnak magát benne, hogy értette/érti csecsemője jelzéseit?

**a. Sírás, nyugtószkodás**

61. A gyermek csecsemőkorára mennyire (volt) jellemző az erős, hosszsan tartó sírás?<sup>1</sup>
62. Az Ön megfigyelései szerint az elmúlt két hétben naponta mennyit sírt, nyugtószkodott gyermeke?
63. Mennyire tudja/tudta megnyugtatni ilyenkor?
64. Mennyire viselte/viseli meg Önt gyermeke sírása?
65. Fellépett-e gyermeke csecsemőkorában légzészavarral járó rosszullett?
66. Mennyire viselte meg Önt az eset?

**b. Étkezés, táplálás**

67. Fennáll-e táplálási, gyarapodási nehézség gyermekénél?
68. Hányszor eszik gyermeke naponta?
69. Hogyan táplálja/táplálta csecsemőjét?
70. Ha nem igény szerint, akkor miért?
71. Ha gyermeke eszik már pépes vagy szilárd ételt is, hány hónapos korban kezdte a bevezetést?
72. Hagyja gyermekét önállóan enni?
73. Ha igen, milyen formában?
74. A családtagokkal együtt eszik gyermeke?
75. Problémát jelent-e Önnek gyermeke etetése?

**c. Alvás, altatás**

76. Hány alkalommal alszik gyermeke 24 óra alatt?
77. Hány órát alszik összesen gyermeke 24 óra alatt?
78. Hány órát alszik összesen éjszaka a gyermeke (este 20 h és reggel 8 h közötti időszakban)?
79. Hányszor ébred fel gyermeke átlagosan az éjszakai alvás ideje alatt?
80. Megterheli-e Önt gyermekének éjszakai felébredése?
81. Hogyan alszik el gyermeke?
82. Mennyire terheli meg Önt gyermeke elaltatása?

**Egyéb kérdések:**

83. Van-e gyermekével kapcsolatban felmerülő megoldatlan problémája?
84. Szeretné, ha szűrővizsgálaton venne részt gyermeke az okok felderítése érdekében?
85. Ha lenne lehetősége rá, részt venne-e gyakorlati és elméleti képzésben a „Szülők iskolája” keretében?

<sup>1</sup> Erős, hosszsan tartó sírás = Az első három hónapban legalább három nap, naponta legalább három órát sír(t), vagy nyugtószkodik/nyugtószkodott.



*Az én kisbabám/Szülő-csecsemő kapcsolat skála  
(Mothers' Object Relation Scales – Short Form (H-MORS-SF) (37)*

A MORS-kérdőív eredeti, 44 ítemes angol változatát John M. Oates (The Open University, Milton Keynes) fejlesztette ki az 1990-es évek végén. A kérdőív fókuszában az anyák és csecsemőik kapcsolatának vizsgálata áll, szülői perspektívából. Kutatásunkban a csecsemő érzelmeinek és viselkedésének az anya által észlelt és értelmezett jellemzőire voltunk kíváncsiak, feltételezve azt, hogy ezek a képzetek erős hatással bírnak a ketten között szerveződő interakciókra és viselkedésre (20). E célból a MORS-SF megbízható eszköznek bizonyul, mivel a kérdőív a szülői percepción keresztül kívánja megragadni a gyermeki sajátosságokat, és ezáltal a szülő belső modelljét, gyermekéről alkotott reprezentációját is. A gyakorlati munkában is hasznosítható gyors-teszt kidolgozása angol és magyar mintákon végzett elemzések alapján született. Az eredeti tételek főkomponens-elemzésével két faktort nyertek a kutatók: a gyermek dominanciája (invasion) és a gyermek pozitív érzelmei (warmth) dimenziókat. A két dimenzió 7-7 leg-erősebb tételéből áll a MORS rövidített változata. A korábbi validálási és gyakorlatban való használatról beszámoló munkák (38, 39, 40) alapján a MORS gyors-teszt változatának használatát meggyőződéssel ajánlják akár a fejlődéslélektannal és családpszichológiával foglalkozó kutatók, akár a gyermekterületen dolgozó szakemberek (így többek között gyermekgyógyászok és védőnők) számára is. A szerkesztési folyamatot és a kérdőív Budapesti Családvizsgálatban (41) mért skálamutatóit magyarul is olvashatják (42). A kérdőív nagy mintán még nem volt bemérve Magyarországon, így egy az eredeti kis mintákkal dolgozó munkákkal összehasonlító pszichometriai elemzést fogunk közzétenni a 0–3 éves korosztály adataiból.

*Csecsemő viselkedés kérdőív két korosztályra (0–18 hó: Infant Behaviour Questionnaire-Revised, IBQR; (43) és 18–36 hó: Early Childhood Behaviour Questionnaire, ECBQ) (44)*

Rothbart (45) 1981-ben publikálta az egyik legszélesebb körben használatos, szülői beszámolón alapuló csecsemő temperamentum kérdőív első változatát (IBQ – Infant Behaviour Questionnaire). Munkacsoportja 2003-ban a kérdőív egy átdolgozott verzióját tette közzé, amely az eredeti hét skálához még kilenc skálát illesztett. 360 csecsemő szülei vettek részt a kutatásban. Alapos pszichometriai elemzések (főkomponens-analízisek, belső konzisztencia mutatók számolása) után három nagy dimenziót és skálát alkottak: a Lendület, a Negatív érzelem és az Önkontroll-skálákat, amelyek legjobb tételből főkomponens-elemzések és belső konzisztencia-vizsgálatok alapján egy rövidített verziót is készítettek (összesen 37 tétellel). A munkacsoport néhány évvel később a 1,5–3 éves korosztály számára is kidolgozott egy 18 skálából álló kérdőívet (ECBQ – Early Childhood Behaviour Questionnaire), amely struktúrájában, logiká-

jában és a kikérdezés módjában megegyezik a csecsemőkori mérőeszkővel. Az eszköz érvényességét és megbízhatóságát több mintán tesztelték. Hasonló módszertannal és az IBQ-R-rel megegyező elnevezéssel és hasonló, de természetesen az életkori sajátosságoknak megfelelő tartalommal dolgozták ki 36 tételes rövidített skáláikat. A rövidített verziók magyar fordításait az MTA Pszichológiai Kutatóintézetének munkatársai (46, 47) bocsátották rendelkezésünkre.

Mindkét kérdőív a szülői beszámolókra épít. A szülők azok, akiknek a legtöbb lehetőségük van megfigyelni gyermekeik viselkedését különböző helyzetekben. Bár a skálák tételei a megfigyelhető viselkedésformák gyakoriságára kérdeznak rá, természetesen az objektív megfigyelőktől eltérően a szubjektív szülői beszámolók révén a valós viselkedés a szülő szűrőjén keresztül kap jelentést. A vizsgált kérdéskör (ld. regulációs zavarok kialakulása) szempontjából a kétféle információ (objektív viselkedés és szülői észlelés) közös halmaza nagyon informatív és klinikai jelentőségű.

*Hangulati kérdőív (Depresszióskála, DS1K) (48)*

A klinikai depresszió diagnosztizálását célzó elterjedt kérdőívek mellett (BDI – Beck Depression Inventory, HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale, RS – Reménytelenség Skála) a szerzők olyan rövid gyors-teszt kidolgozására vállalkoztak, amely alkalmas a depresszió enyhébb formáinak kiszűrése, illetve a depresszióra való hajlam felismerése is. Egy 170 fős minta alapján a BDI és a HADS kérdőívek tételeinek főkomponens-elemzése alapján hozták létre a Depresszió Skála Kérdőív első változatát (DS1K). A mérőeszköz megbízhatósága és érvényessége magas fokú, így a rövid eljárás nagy biztonsággal alkalmazható a klinikai gyakorlatban. A depresszív tünetek az anyákban erős hatással bírhatnak a szülő-csecsemő interakciók minőségére, s ezáltal fokozhatják a kockázatot a bizonytalan kötődés (49), illetve a regulációs zavarok kialakulására is (50). Emiatt kulcsfontosságú volt felmérnünk a szülők mentális állapotát. A kérdőív nagy mintán korábban még nem volt bemérve Magyarországon, így idei publikációnkban rövid módszertani kiegészítésekkel szolgáltunk az eredeti közleményben közzétett pszichometriai és validálási adatokhoz (51).

*Életesemény kérdőív (Életesemények) (52, 53, 54)*

A Budapesti Családvizsgálat (BCsV) (41) kutatói a széles körben elterjedt és folyamatosan frissített amerikai (55) életesemény rangsor alapján magyar nyelvű kérdéslistát szerkesztettek. Céljuk az volt, hogy fejlődéslélektani kutatásaikban kifejezetten magyar családokra releváns életesemény-súlyokat használjanak, valamint hogy az életesemény-súlyok közlésével más kutatásokban, illetve társszakmák gyakorlati területein is használható eszközt ismertessenek, amely nemcsak a diagnosztikus, hanem a prevenciós és intervenciós munkát is segítheti (53, 54, 56). A tanulmányokban felsorolt 92 tétel közül tetszés szerint alakítható ki különféle terjedel-



mű kérdőív. Ennek témaköreit, konkrét tartalmát és tétel-számát az adott kutatás, illetve gyakorlati cél határozza meg<sup>12</sup> (szerkesztési javaslatokat ld. az említett cikkekben). A felhasználó témánként, illetve összefoglalóan összesítheti a pontszámokat, *globális „élet-stressz”* mutatót eredményezve. Kutatásokban a felmért életese-mény jellegű stressz alkalmas lehet a házastársi- és a családi működés, a családban élő gyermekek mentális és érzelmi-szociális fejlődésének, továbbá a szülő-gyermek kapcsolat alakulásának előrejelzésére (57). Gyakorlati területen pedig, minden olyan szociális és egészségügyi munkakörben, amelyben a szakemberek családokkal és gyermekekkel foglalkoznak, az adott kérdőívben szereplő életese-mények súlyozott összegeként nyert „élet-stressz mutató” megfelelő határértékhez viszonyítva alkalmas lehet a környezeti veszélyeztetettség felismerésére.

#### ORVOSI DIAGNÓZISOK

Adatbázisunkba a kérdőíves változókon kívül az orvosi diagnózisok, valamint az egyéni és kiscsoportos konzultációk során valószínűsített regulációs zavarok ténye került (ld. fent kifejtve). A már említett diagnosztikus tábla a következő orvosi diagnózisokat tartalmazta (5. táblázat).

#### Elemzési módszerek

Kvantitatív elemzéseinket (leíró alapstatisztikák, gyakorisági eloszlások, valamint komplex kérdések tesztelésére alkalmas többváltozós modellek) az SPSS programcsomag segítségével végezzük. Az összefüggérendszer (1. ábra) minél szélesebb mintán történő feltérképezése céljából a hiányzó adatok helyettesítésére alkalmas legmodernebb technikát alkalmazzuk (ld. multiple imputation). A módszer általános sajátossá-gairól *Danis* (57, 58) írásaiban olvashatnak, egy-egy adott elemzési kérdés érdekében tett konkrét lépésekről és eredményekről pedig egyes cikkeinkben fogunk beszámolni.

#### Következtetések

A tanulmányunkban ismertetett koragyermekkorai kutatás mind a minta nagysága, mind annak szocio-demográfiai heterogenitása, mind az érvényes és megbízható mérőeszközök használata, mind pedig a koordinált és kontrollált kutatási folyamatok révén alkalmas arra, hogy a koragyermekkorai regulációs nehézségek és zavarok vizsgálata területén Magyarország első tudományosan megalapozott kutatásának tekintsük. A közeli jövőben publikálásra kerülő eredményeink hitelességének megalapozása érdekében szükségesnek tartottuk e részletes módszertani összefoglaló megjelentetését.

5. táblázat: A kutatásban vizsgált orvosi diagnózisok listája

Diagnosztikus kategóriák az orvosi kivizsgálás során
Légzésvizsgálatok
Irregularis légzés
Affekt apnoe
Légzéskimaradás
Csecsemőkori rosszsullétek
Csecsemőkori rosszsullétek
Csecsemőkori gondozási és táplálási nehézségek
Erős sírás, nyugtalanság
Szoptatási nehézség
Alvászavarok és különböző megnyilvánulási formái
Alvászavar
Horkolás
Éjszakai felriadás
Neurológiai betegség gyanúját keltő tünetegyüttesek
Bizonytalan rosszsullét – bizarr mozgások
Aktivitás és figyelemzavar
Táplálkozási és gyarapodási zavarok
Étvágytalan – súly normális gyarapodású
Étvágytalan – súlyállás, vagy csökkenés
Súlyállás/csökkenés – alimentális
Súlyállás/csökkenés – organikus
Pulmonológiai megbetegedések és visszatérő felsőlégúti infekciók
Visszatérő felső légúti infekciók
Nappali köhögés
Visszatérő obstruktív tünetek
Fizikai megterhelésre jelentkező obstruktív tünetek
Vízszintes helyzetben fellépő köhögés
Laryngitis subglottica (krupp)
Egyéb megbetegedések
Hasfájás
Obstipáció
Egyéb organikus zavar
Pszichológiai gyanújelek az orvosi ajánlásra vagy szülői kérésre folytatott egyéni és kiscsoportos konzultációk során
Korai interakció zavarának gyanúja
Regulációs zavar gyanúja
Anya személyes problémájának gyanúja
Apa személyes problémájának gyanúja
Párkapcsolati zavar gyanúja
Feldolgozatlan gyász gyanúja
Egyéb pszichoszociális problematika

<sup>12</sup>Erdemes szem előtt tartani *Miller és Rahe* (55) javaslatát, miszerint ahhoz, hogy kellő részletességgel feltérképezhető legyen adott egyén, vagy egy család stressz szintje, átlagosan 60–75 kérdésre van szükség.

## Summary

### 'For healthy offspring' project 2010–2011 – The methodological background of the first Hungarian screening programme in order to examine the early childhood behaviour regulation problems

N. Sheuring et al. Heim Pál Child Hospital

**Aims:** The 'FOR HEALTHY OFFSPRING' Project was the first Hungarian research examining the prevalence of the early childhood behaviour regulation problems and the significance of different risk and protective factors behind them.

**Patients and methods:** Families of 0–3-year-old children were included from three departments of the Heim Pál Hospital and from local areas with the help of health visitor nurses. Data were gathered across questionnaires, diagnostic assessments, individual and small-group consultations.

**Results:** Although our sample (n=1164) is not representative, it is diverse enough according to many socio-demographic aspects. Our data-base is appropriate for estimation of the regulation problems' prevalence and for the valid and reliable statistical testing of the relationships between medical and psychosocial background variables.

**Conclusions:** This publication can be handled as the methodological report of our study and the reference article of our results publishing in the near future.

Keywords: early childhood behaviour regulation problems, 'For Healthy Offspring' Project, research design, sample, measurements

## Irodalom

- BARTON ML, ROBINS D. REGULATORY DISORDERS. IN: ZEANAH CH, EDITOR. HANDBOOK OF INFANT MENTAL HEALTH. NEW YORK: THE GUILFORD PRESS; 2005. P 339–52.
- ST JAMES-ROBERT I. EFFECTIVE SERVICES FOR MANAGING INFANT CRYING DISORDERS AND THEIR IMPACT ON THE SOCIAL AND EMOTIONAL DEVELOPMENT OF YOUNG CHILDREN. IN: TREMBLAY RE, BARR RG, PETERS RDeV, EDITORS. ENCYCLOPEDIA ON EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT [ONLINE]. MONTREAL, QUEBEC: CENTRE OF EXCELLENCE FOR EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT. 2004. P 1–6. AVAILABLE AT: [HTTP://WWW.CHILD-ENCYCLOPEDIA.COM/DOCUMENTS/STJAMES-ROBERTANGXPDF](http://www.child-encyclopedia.com/documents/StJames-RobertANGxPDF)
- HERMAN M, LE A. THE CRYING INFANT. EMERG MED CLIN N Am 2007; 25: 1137–59.
- ANDERS T, GOODLIN-JONES B, SADEH A. SLEEP DISORDERS. IN: ZEANAH CH, EDITOR. HANDBOOK OF INFANT MENTAL HEALTH. NEW YORK: THE GUILFORD PRESS; 2005. P 326–38.
- FRANCE KG, BLAMPIED NM. SERVICES AND PROGRAMS PROVEN TO BE EFFECTIVE IN MANAGING PEDIATRIC SLEEP DISTURBANCES AND DISORDERS, AND THEIR IMPACT ON THE SOCIAL AND EMOTIONAL DEVELOPMENT OF YOUNG CHILDREN. IN: TREMBLAY RE, BARR RG, PETERS RDeV, EDITORS. ENCYCLOPEDIA ON EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT [ONLINE]. MONTREAL, QUEBEC: CENTRE OF EXCELLENCE FOR EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT; 2004. P 1–8. AVAILABLE AT: [HTTP://WWW.CHILD-ENCYCLOPEDIA.COM/DOCUMENTS/FRANCE-BLAMPIEDANGXP.PDF](http://www.child-encyclopedia.com/documents/France-BlampiedANGXP.PDF)
- HALL W. VOICES FROM THE FIELD – INFANTS' AND CHILDREN'S BEHAVIOURAL SLEEP PROBLEMS: A PRACTICE PERSPECTIVE. IN: TREMBLAY RE, BARR RG, PETERS RDeV, EDITORS. ENCYCLOPEDIA ON EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT [ONLINE]. MONTREAL, QUEBEC: CENTRE OF EXCELLENCE FOR EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT; 2004. P 1–5. AVAILABLE AT: [HTTP://WWW.CHILD-ENCYCLOPEDIA.COM/DOCUMENTS/HALLANGPs.PDF](http://www.child-encyclopedia.com/documents/HALLANGPs.PDF)
- TOUCHETTE E. FACTORS ASSOCIATED WITH SLEEP PROBLEMS IN EARLY CHILDHOOD. PETIT D, TOPIC ED. IN: TREMBLAY RE, BARR RG, PETERS RDeV, BOIVIN M, EDITORS. ENCYCLOPEDIA ON EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT [ONLINE]. MONTREAL, QUEBEC: CENTRE OF EXCELLENCE FOR EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT; 2011. P 1–8. AVAILABLE AT: [HTTP://WWW.CHILD-ENCYCLOPEDIA.COM/DOCUMENTS/TOUCHETTEANGxP1.PDF](http://www.child-encyclopedia.com/documents/TouchetteANGxP1.PDF)
- BENOIT D. FEEDING DISORDERS. FAILURE TO THRIVE, AND OBESITY. IN: ZEANAH CH, EDITOR. HANDBOOK OF INFANT MENTAL HEALTH. NEW YORK: THE GUILFORD PRESS; 2005. P 339–52.
- BERNARD-BONNIN A-C. FEEDING PROBLEMS OF INFANTS AND TODDLERS. CAN FAM PHYSICIAN 2006; 1247–51.
- WINTERS NC. FEEDING PROBLEMS IN INFANCY AND EARLY CHILDHOOD. PRIM PSYC 2003; 10 (6): 3–4.
- HÉDERVÁRI-HELLER É. A SZÜLŐ-CSECSEMŐ KONZULTÁCIÓ ÉS TERÁPIA. BUDAPEST: ANIMULA; 2008.
- ZEANAH CH, EDITOR. HANDBOOK OF INFANT MENTAL HEALTH. NEW YORK: THE GUILFORD PRESS; 2005.
- NÉMETH T. A KORAGYERMEKKORI REGULÁCIÓS ZAVAROK. GYERMEKGYÓGYÁSZAT 2012. (63). 6: 320–32514. SAMEROFF AJ, FIESE BH. MODELS OF DEVELOPMENT AND DEVELOPMENTAL RISK. IN: ZEANAH CH, EDITOR. HANDBOOK OF INFANT MENTAL HEALTH. NEW YORK: THE GUILFORD PRESS; 2005. P 3–19.
- BRONFENBRENNER U. ECOLOGY OF THE FAMILY AS A CONTEXT FOR HUMAN DEVELOPMENT: RESEARCH PERSPECTIVE. DEV PSYCHOL 1986; 22: 723–42.
- DANIS I, KALMÁR M. A FEJLŐDÉS TERMÉSZETE ÉS MODELLJEI. IN: DANIS I, FARKAS M, HERCZOG M, SZILVÁSI L, SZERKESZTŐK. BIZTOS KEZDET KÖTETEK I. GÉNEKTŐL A TÁRSADALOMIG: A KORAGYERMEKKORI FEJLŐDÉS SZÍNTEREI. BUDAPEST: NEMZETI CSALÁD- ÉS SZOCIÁLPOLITIKAI INTÉZET; 2011. P 76–125.
- HÉDERVÁRI-HELLER É, NÉMETH T. ALKALMAZKODJ A VILÁGHOZ! – AZ ÚJSZÜLÖTT ÉS A CSECSEMŐ ALKALMAZKODÁSA. IN: DANIS I, FARKAS M, HERCZOG M, SZILVÁSI L, SZERKESZTŐK. BIZTOS KEZDET KÖTETEK II. A KORAGYERMEKKORI FEJLŐDÉS TERMÉSZETE – FEJLŐDÉSI LÉPÉSEK ÉS KIHÍVÁSOK. BUDAPEST: NEMZETI CSALÁD- ÉS SZOCIÁLPOLITIKAI INTÉZET; 2011. P 68–101.
- SCHOURING N, PAPP E, DANIS I, NÉMETH T, CZINNER A. A CSECSEMŐ- ÉS KISGYERMEKKORI REGULÁCIÓS ZAVAROK HÁTTERE ÉS DIAGNOSZTIKAI KÉRDÉSEI. GYERMEKORV. TOVÁBBK 2011; 10 (5): 13–9.
- DAMON W, LERNER RM, EDITORS. HANDBOOK OF CHILD PSYCHOLOGY, VOLUME 1–4. 6TH ED. WILEY-BLACKWELL; 2006.
- STERN D. AZ ANYASÁG ÁLLAPOTA. BUDAPEST: ANIMULA; 2004.
- OLÁH É. PREVENCIÓ A GYERMEKGYÓGYÁSZATBAN (II/4. FEJEZET). IN: OLÁH É, SZERKESZTŐ. GYERMEKGYÓGYÁSZATI KÉZIKÖNYV. BUDAPEST: MEDICINA; 2004A. P 64–5.
- VETRÓ Á. GYERMEKPSZICHIÁTRIAI VIZSGÁLAT (XXV/1. FEJEZET). IN: OLÁH É, SZERKESZTŐ. GYERMEKGYÓGYÁSZATI KÉZIKÖNYV. BUDAPEST: MEDICINA; 2004A. P 1305.
- OLÁH É. (2004B). FEJLŐDÉS CSECSEMŐ- ÉS KISGYERMEKKORBAN (III/2. FEJEZET). IN: OLÁH É, SZERKESZTŐ. GYERMEKGYÓGYÁSZATI KÉZIKÖNYV. BUDAPEST: MEDICINA; 2004B. P 45–9.
- VETRÓ Á. (2004B). AZ EVÉS ÉS NÖVEKEDÉS ZAVARAI A GYERMEKKORBAN (XXV/2. FEJEZET). IN: OLÁH É, SZERKESZTŐ. GYERMEKGYÓGYÁSZATI KÉZIKÖNYV. BUDAPEST: MEDICINA; 2004B. P 1346.
- SCHOURING N, AXMANN E, CZINNER A. A SIDS-SZŰRÉS ALKALMAZÁSA OSZTÁLYUNKON A CSECSEMŐKORI ROSSZULLÉTEK DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKÁJÁBAN. GYERMEKORV. TOVÁBBK 2004; 3(3): 180–4.
- SCHOURING N, BITVAI K, LÁSZTITY N, CZINNER A. A SIDS SZŰRÉS SORÁN DIAGNOSZTIZÁLT 5 VASCULAR RING ESETÜNK BEMUTATÁSA. GYERMEKGYÓGYÁSZAT 2006; 57 (1): 53–63.
- NÉMETH É, MAYER D, NAGY A, BOGNÁR V, ET AL. A LÉGZÉSFELVEVŐ MONITORRIASZTÁSOK HÁTTERÉBEN ÁLLÓ TÜNETEK. GYERMEKGYÓGYÁSZAT 2009; 60 (2): 117–9.
- BENEDEK P, SÁRINGER A, KATONA G, CZINNER A. A GYERMEKKORI OBSTRUKTÍV ALVÁSI APNOE SYNDROMÁS GYERMEKEK KIVIZSGÁLÁSA ÉS KEZELÉSE KÓRHÁZUNKBAN. FÜL-ORR-GÉGEGYÓGYÁSZAT 2002; 48(3): 156–9.
- BENEDEK P. A GYERMEKKORI OBSTRUKTÍV ALVÁSI APNOE SZINDRÓMA. GYERMEKGYÓGYÁSZAT 2009; 60 (2): 103–5.
- SCHOURING N, VAJDA Zs, AXMANN E, GERGELYNE JASKÓ J, CZINNER A. CSECSEMŐKORI LÉGZÉSZAVARRAL JÁRÓ KÓRKÉPEK DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKÁJA SIDS-SZŰRÉSSSEL. GYERMEKGYÓGYÁSZAT 2009; 60(2): 110–113.
- LÁSZTITY N. GASTROESOPHAGEALIS REFLUX SZEREPE AZ APNOE KIVÁLTÁSÁBAN CSECSEMŐ- ÉS GYERMEKKORBAN. GYERMEKGYÓGYÁSZAT 2009; 60 (2): 114–6.
- MOLNÁR T. ALVÁSZAVAROKBAN ALKALMAZHATÓ MOZ-

- GÁSTERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK GYERMEKKORBAN. GYERMEKGYÓGYÁSZAT 2009; 60 (2): 106–9.
33. KATONA F AZ ELEMI MOZGÁSMINTÁK DIAGNOSZTIKAI ÉS TERÁPIAI JELENTŐSÉGE. IN: KATONA F FEJLŐDÉSNEUROLÓGIA NEUROHABILITÁCIÓ. BUDAPEST. MEDICINA; 1986. p 89–107.
  34. PEDRINA F MÜTTER UND BABYS IN PSYCHISCHEN KRISEN: FORSCHUNGSSTUDIE ZU EINER THERAPEUTISCH GELEITETEN MUTTER-SÄUGLINGGRUPPE AM BEISPIEL POSTPARTALER DEPRESSION. FRANKFURT AM MAIN: BRANDES & APSEL, 2006.
  35. NÉMETH T. 10 ÉVES A CSALÁDBARÁT PROGRAM IN: NÉMETH T (SZERK.) FÉLRE ÉRTJÜK A CSECSEMŐ JELEZÉSEIT? IX. CSALÁDBARÁT KONFERENCIA KIADVÁNYA. BUDAPEST. OGYEI; 2003. p 6–13.
  36. SCHEURING N, DANIS I, GERVAI J. „EGÉSZSÉGES UTÓDOKÉRT” KÉRDŐIVCSOMAGOK. KÉZIRAT. BUDAPEST. 2010.
  37. OATES JM, GERVAI J. MOTHERS' OBJECT RELATION SCALES: ASSESSING MOTHERS' MODELS OF THEIR INFANTS. UNPUBLISHED MANUSCRIPT, 2004.
  38. OATES JM, GERVAI J, DANIS I, TSARUCHA A, REYNOLDS R. MOTHERS' OBJECT RELATION SCALES: VALIDITY OF A SHORT-FORM. UNPUBLISHED MANUSCRIPT, 2004.
  39. MILFORD R, OATES J. UNIVERSAL SCREENING AND EARLY INTERVENTION FOR MATERNAL MENTAL HEALTH AND ATTACHMENT DIFFICULTIES. COMMUNITY PRACTITIONER 2009; 82 (8): 30–3.
  40. DAVIES J, SLADE P, WRIGHT I, STEWART P. POSTTRAUMATIC STRESS SYMPTOMS FOLLOWING CHILDBIRTH AND MOTHERS' PERCEPTIONS OF THEIR INFANTS. INFANT MENTAL HEALTH JOURNAL 2008; 29 (6): 537–54.
  41. GERVAI J. A BUDAPESTI CSALÁDVIZSGÁLAT. ALK PSZICH 2005; 7: 5–13.
  42. DANIS I, OATES JM, GERVAI J. A SZÜLŐ-GYERMEK KAPCSOLAT KÉRDŐÍVES FELMÉRÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI. ALKALMAZOTT PSZICHOLÓGIA 2005; 7: 27–37.
  43. GARTSTEIN MA, ROTHBART MK. STUDYING INFANT TEMPERAMENT VIA THE REVISED INFANT BEHAVIOR QUESTIONNAIRE. INFANT BEHAV DEV 2003; 26: 64–86.
  44. PUTNAM SP, GARTSTEIN MA, ROTHBART MK. MEASUREMENT OF FINE-GRAINED ASPECTS OF TODDLER TEMPERAMENT. THE EARLY CHILDHOOD BEHAVIOR QUESTIONNAIRE. INFANT BEHAV DEV 2006; 29: 386–401.
  45. ROTHBART MK. MEASUREMENT OF TEMPERAMENT IN INFANCY. CHILD DEV 1981; 52: 569–78.
  46. LAKATOS K, TÓTH I, GERVAI J. CSECSEMŐ VISELKEDÉS KÉRDŐÍV (0–18 HÓNAPOS) (IBQ-R). RÖVIDÍTETT VÁLTOZAT. NEM PUBLIKÁLT KÉZIRAT. BUDAPEST. 2010.
  47. LAKATOS K, TÓTH I, GERVAI J. CSECSEMŐ VISELKEDÉS KÉRDŐÍV (18-36 HÓNAPOS) (ECBQ). RÖVIDÍTETT VÁLTOZAT. NEM PUBLIKÁLT KÉZIRAT. BUDAPEST. 2010.
  48. HALMAI Zs, DÖMÖTÖR E, BALOGH G, ET AL. EGY ÚJ HANGULAT KÉRDŐÍV VALIDÁLÁSA EGÉSZSÉGES MINTÁN. NEUROPSYCHOPHARMACOL HUNG 2008; 10 (3): 151–7.
  49. MARTINS C, GAFFAN EA. EFFECTS OF EARLY MATERNAL DEPRESSION ON PATTERNS OF INFANT-MOTHER ATTACHMENT. A META-ANALYTIC INVESTIGATION. J CHILD PSYCHOL PSYC 2000; 41: 737–46.
  50. GRACE SL, SANSO S. THE EFFECT OF POSTPARTUM DEPRESSION ON THE MOTHER-INFANT RELATIONSHIP AND CHILD GROWTH AND DEVELOPMENT. IN: STEWART DE, ROBERTSON E, DENNIS C-L, GRACE SL, WALLINGTON T, ERDITORS. POSTPARTUM DEPRESSION: LITERATURE REVIEW OF RISK FACTORS AND INTERVENTIONS. UNIVERSITY HEALTH NETWORK WOMEN'S HEALTH PROGRAM; 2003.
  51. DANIS I, SCHEURING N, PAPP E, CZINNER A. KIEGÉSZÍTŐ PSZICHOMETRIAI ADATOK A DS1K HANGULATI KÉRDŐÍVHEZ. EGY KISGYERMEKES SZÜLŐKET BEVONÓ NAGYMINTÁS KUTATÁS TAPASZTALATAI. NEUROPSYCHOPHARM HUNG, 2012; 14(2): 41-50.
  52. TÓTH I, DANIS I. ÉLETESEMÉNYEK KÉRDŐÍV. BUDAPEST. KÉZIRAT. BUDAPEST. 2008.
  53. DANIS I, SZILVÁSI T, GERVAI J. JELENTŐS ÉLETESEMÉNYEK MEGÍTÉLÉSE KISGYERMEKEKET NEVELŐ MAGYAR ANYÁK KÖRÉBEN. PSYC HUNG 2006; 21: 184–209.
  54. DANIS I, GERVAI J. KÖRNYEZETI RIZIKÓ: ÉLETESEMÉNYEK FELMÉRÉSE. CSAL. GYERMEK IFJ. 2007; 15: 14–20.
  55. MILLER MA, RAHE RH. LIFE CHANGES SCALING FOR THE 1990S. J PSYCHOSOM RES 1997; 43: 279–92.
  56. DANIS I, LAKATOS K, NEY K, TÓTH I, GERVAI J. A SZÜLŐI- ÉS A TÁGABB CSALÁDI KÖRNYEZET KÉRDŐÍVES VIZSGÁLATÁNAK LEHETŐSÉGEI. ALK PSZICH 2005; 7: 59–74.
  57. DANIS I. SZÜLŐI ÉS TÁGABB KÖRNYEZETI TÉNYEZŐK SZEREPE A SZÜLŐVÉ VÁLÁS FOLYAMATÁBAN ÉS A KORAI ANYA-GYERMEK KAPCSOLAT KIALAKULÁSÁBAN. DOKTORI ÉRTEKEZÉS. EÖTVÖS LÓRÁND TUDOMÁNYEGYETEM, PEDAGÓGIAI-PSZICHOLÓGIAI KAR, PSZICHOLÓGIAI DOKTORI ISKOLA, KOGNITÍV FEJLŐDÉS PROGRAM, 2008.
  58. DANIS I. AZ ADATHELYETTESÍTÉS MODERN TECHNIKÁJA – „MULTIPLE IMPUTATION (MI)”. ALKALMAZOTT PSZICHOLÓGIA 2012, MEGJELENÉS ALATT.