



ACTA MEDICINAE_{ET} SOCIOLOGICA

Vol.4. No.11. 2013

Acta Medicinae et Sociologica

4. évfolyam 11. szám 2013

Volume 4. No. 11. 2013

Alapítás éve: 2010

Főszerkesztő: Dr. Kiss János

Főszerkesztő-helyettes: Dr. Fónai Mihály

Szerkesztők: Dr. Hüse Lajos és Dr. Takács Péter

Olvasószerkesztő: Balogh Erzsébet

Szerkesztőbizottság: Dr. Semsei Imre (elnök), Dr. Kiss János (társelnök),

Mikóné Márton Júlia (titkár), Dr. Fábíán Gergely,

Dr. Kósa Zsigmond, Dr. Ködmön József, Dr. Kalapos István,

Dr. Lőrincz István, Rákóczi Ildikó, Csorba Ákos, Dr. Lukácskó Zsolt,

Dr. Szöllösi János, Dr. Takács Péter

Tudományos tanácsadók:

Prof. Dr. Muszbek László, akadémikus

Prof. Dr. Pethő Attila, akadémikus

Felelős kiadó:

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum

Egészségügyi Kar

Szerkesztőség:

4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4.

Tel.: (42) 404-411, Fax: (42) 408-656

e-mail: acta.m.s@foh.unideb.hu

Nyomdai előkészítés: Ricsei Béla

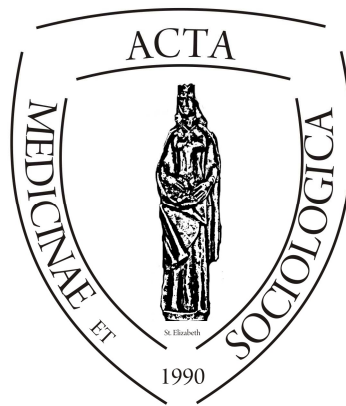
HU – ISSN 2062-0284

Acta

Medicinae

et

Sociologica



Vol.4. No.11. 2013.

Debreceni Egyetem
Egészségügyi Kar, Nyíregyháza

Tartalomjegyzék

Semsei Imre

Őszülő társadalmak: Aktív idősödés – nemzedékek közötti szolidaritás

5

Sirchak E.S., Ivachevskij M.M., Petrichko O.I., Rusin V.I.

The influence of different pathogenically based treatment schemes on the endothelium dysfunction indexes in patients with liver cirrhosis

19

Yu.M.Stepanov, Yu.S.Breslavets

Content of nitrogen oxide synthases in the mucosa of the stomach and duodenum of patients with NSAID gastropathy

33

Pavel Scholz, Valérie Tóthová, František Dolák

The nurse and conceptual model in practice

49

R. Fedor Anita, Takács Péter

A gyermekgondozási szabadság optimális időtartama

65

Husztai Éva

Két módszer, egy minta

Az egocentrikus kapcsolati háló vizsgálata névgenerátorral és network napló módszerrel

79

Nagy Loránd

A speciális szükséglet lehetséges háttértényezői egy 2011-es vizsgálat tükrében

101

György Szabados

An overview of recent social policy and services in Hungary: thoughts of a new compilation of studies

129

Contents

Imre Semsei

Ageing Societies: Active ageing – Solidarity between Generations

5

Sirchak E.S., Ivachevskij M.M., Petrichko O.I., Rusin V.I.

The Influence of Different Pathogenically Based Treatment Schemes on the Endothelium Dysfunction Indexes in Patients with Liver Cirrhosis

19

Yu.M.Stepanov, Yu.S.Breslavets

Content of Nitrogen Oxide Synthases in the Mucosa of the Stomach and Duodenum of Patients with NSAID Gastropathy

33

Pavel Scholz, Valérie Tóthová, František Dolák

The Nurse and Conceptual Model in Practice

49

Anita R. Fedor, Péter Takács

The Optimum Length of Child Care Leave

65

Éva Huszti

Two Methods, One Sample

Studying Egocentric Relationship Networks with Generator and Network Diary

79

Loránd Nagy

Potential Background Factors of Special Needs in Reflection to a 2011 Study

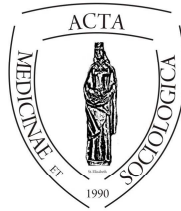
101

Szabados György

An Overview of Recent Social Policy and Services in Hungary: Thoughts of a New Compilation of Studies

129

UNIVERSITY
OF DEBRECEN
FACULTY OF
HEALTH
NYÍREGYHÁZA



ACTA
MEDSOC
VOLUME 3.
2013

Öszülő társadalmak: Aktív idősödés – nemzedékek közötti szolidaritás

Dr. Semsei Imre

Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar,
Gerontológiai Tudományos Koordinációs Központ

Abstract. Graying Societies: Active Aging – Solidarity between Generations.

Hungary, among other European nations, is a graying (aging) society characterized by all the symptoms and consequences of such societies. There are more and more aged people and even the ratio of the elderly is constantly increasing. Because of the deformation of the structure of the society the ratio between active and inactive people has been decreasing. Besides, there are more and more ill old people, not to mention that the ratio of women increasing between the elderly. Therefore, we encounter more and more serious problems and tensions in our societies regarding share of work, roles in the society, moreover, concerning pensions, health and social care as well.

In order to solve these problems the European societies have been developing strategies and programs e.g. the White Book or in Hungary the National Strategy of Aging Matters. The European Year 2012 with the motto: 'Active Ageing – Solidarity between Generations' would like to help reach an 'age-friendly Europe' by the year of 2020. The problems are pressing; nevertheless, we can hardly see 'the light at the end of the tunnel'. Nevertheless, solutions exist. This article is about a couple of these solutions as well.

Key words: aging societies, active aging, solidarity between generations

DOI: 10.19055/ams.2013.4/11/1

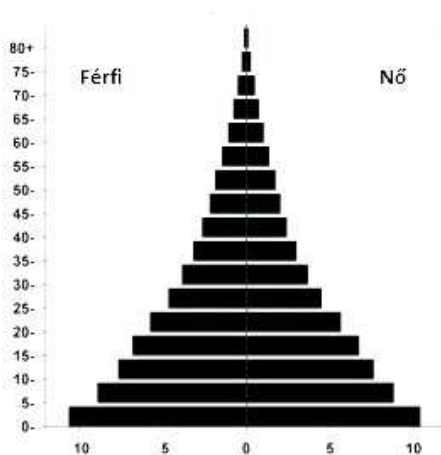
„A lejtőn lefelé menet legalább olyan munkás,
mint a felfelé kapaszkodás,
bár nem mindig olyan élvezetes”
SI

A világon sok minden öregszik, ahogyan az ember vagy például a gumi is, s időnként akár egy társadalom is elöregedhet. Sokan ismerik az emberi öregedés jellemzőit, de kevesen tudják, mi is az, mikor egy társadalom öregszik el. Jól tudjuk, hogy az ember, miután megöregszik, öregkorában bizony nem mindig kellemes változásokkal szembesül. Ehhez hasonlóan a társadalom elöregedése is negatív tendenciákat vetít elő. S ma már nem farkast kiáltunk...

Őszülő társadalmak

A társadalom elöregedéséről

Egy társadalom akkor fenntartható, ha szerkezete közelít egy ideális piramis szerkezethez (1. ábra). Ekkor többen születnek, mint az előtte született gyermekek, akik többen vannak, mint előttük a fiatalok, akik többen vannak, mint a felnőttek, akik többen vannak, mint az idősök, akik szintén nagyobb számban találhatóak az aggnál (mellesleg a férfiak száma mindig közel megegyező a nőkével, minden korosztályban). Így biztosítható a társadalom folyamatos fejlődése, fenntarthatósága.



1. ábra. Egy társadalom ideális szerkezete.

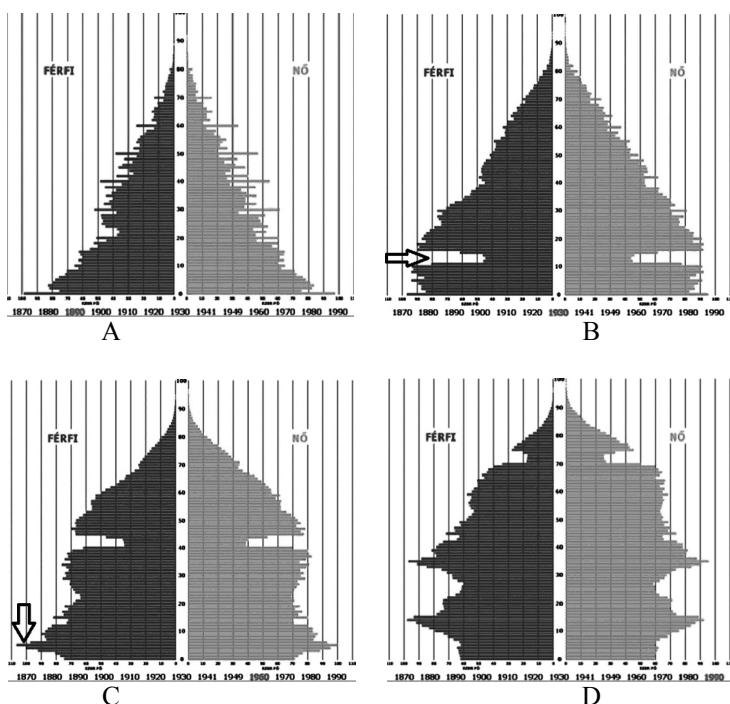
Mit látunk azonban az utóbbi néhány évtizedben Európa-szerte, köztük hazánkban is?

Egyre nagyobb számban vannak ezekben a társadalmakban idős emberek.

Az időszámítástól egészen a 19. századig az emberek átlagéletkora valahol 30-35 év körül mozgott. Az elmúlt 200 évben azonban megduplázódott, ma már ez 75-85 év körül van az európai országokban (köztük Magyarországon is). Nem csoda tehát, ha azt észleljük, hogy nőtt az idős emberek száma, hiszen egyre tovább élnek az emberek, s így megérik az idős kort is. Azonban nem csak számszerű növekedés tapasztalható, hanem aránybeli eltolódások is.

Nő az idős emberek aránya is egy társadalmon belül.

Nem volna tehát semmi probléma az idősek számának növekedésével, ha nem kísérné ezt a társadalom szerkezetének torzulása, például a születések számának visszaesése miatt. Azonban, mint ahogyan azt a 2. ábrán is látjuk, a kezdetben még ideális szerkezet a 19. század végén (A) már torzul az 1930-as évekre (B).



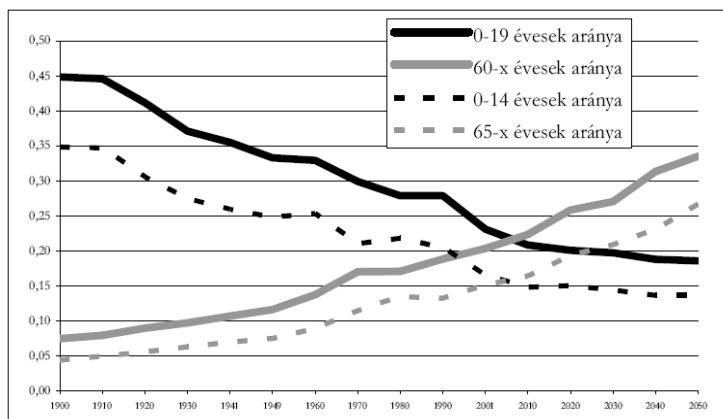
2. ábra. A társadalmi szerkezet változása az elmúlt évszázadban.

A = XX. századelő; B = 1930; C = 1960; D = 1990.

Itt megfigyelhetjük az első világháború okozta „sebhelyet” (nyíl), míg a C ábránál már látjuk, hogy a „Ratkó-korszak” kicsit visszafordította az előtte megjelent születés-szám visszaesést. A mai magyar társadalom helyzetét jól mutatja az utolsó (D) ábrarész, ahol is látjuk, hogy a Ratkó-korszak után folyamatosan visszaesett a születésszám, s a mai magyar állapotok távolról sem hasonlítanak az ideálshoz. Ez már egy előregedő (sőt előregedett) társadalom szerkezetét mutatja.

Egyre kevesebb eltartóra egyre több eltartott jut.

Amint a 3. ábrán is látható, az idősek arányának emelkedésével párhuzamosan a fiatalok arányának csökkenését észleljük. Így lesz egyre kevesebb azok száma, akik aktívak és keresnek, s egyre nagyobb azok száma, akik már nem keresőképese és „eltartásra” szorulnak.



3. ábra. Aránybeli változások különböző korosztályoknál.

Egyre több beteg idős ember van.

S ha mindez nem volna elég, további gondok is adódnak – kicsit paradox módon pozitív változások következményeként. Míg az elmúlt évszázad elején a legnagyobb számban az emberek fertőző betegségben és tüdőgyulladásban haltak meg, addig ma a magyar lakosság több mint fele szív és érrendszeri bajai miatt hal meg. A halandóság alapirányzatának illetően megváltozásának a vonzata az, hogy míg a múlt évszázad elején a betegek vagy meggyógyultak, vagy meghaltak, manapság a kardiovaszkuláris betegek akár évtizedekig is élhetnek.

Az idős emberek döntő többsége a női nemhez tartozik.

Ha megfigyeljük a nemek közötti különbségeket, akkor azt látjuk, hogy a nők átlagéletkora mintegy 10 évvel magasabb a férfiakénál. Ahogy haladunk előre a korban, egyre nagyobb arányban lesznek a hölgyek, s értelemszerűen a férfiaké csökken. Ez azt jelenti, hogy a családok férfi tagja már nem él a nejével, de az egyedül még tovább él.

A következmények

Amint azt sejteni lehet, mindezen társadalmi változások következményekkel járnak. De melyek is ezek?

Egyre nagyobb társadalmi feszültségek keletkeznek.

Sajnos, az elmúlt időszak „piramis - játék” típusú nyugdíjrendszere nem teszi lehetővé, hogy a kevesebb kereső által termelt kevesebb bevételek finanszírozzák az egyre növekvő számú eltartottat. Ideális szerkezetű társadalom esetén ez nem gond, hiszen egyre többen lesznek a keresők, s a náluk kevesebb eltartottat minden gond nélkül el is tartják. A megváltozott szerkezetben azonban csak akkor működne a rendszer, ha mindenki saját nyugdíját megteremtette volna már meg előzőleg. S mint jól tudjuk, nem ez a helyzet. A bevételek csökkenése nem tud lépést tartani a növekvő igényekkel. Így nem csoda, hogy fokozatosan csökkennek a nyugdíjak (először csak a 13. havit kézbesítették a tárgyhóban... majd már csökkentésről kellett dönten). Ez eladdig vezet, hogy összeomlik a nyugdíjrendszer. Kiváltképp, ha megjelenik a Ratkó-korszak nemzedéke, s tartja a kezét jól megérdemelt nyugdíjáért.

Gondok jelentkeznek a nyugdíjellátásban.

Mivel egyre több a beteg idős ember, egyértelmű, hogy a betegellátás terén is gondok jelentkeznek. Ha figyelembe vesszünk olyan tényeket, miszerint az idősök gyógyszerigénye 10-szer nagyobb a felnőtt korosztályénál, s hogy kórházi ellátásuk gyakorisága meghaladja a felnőttek 12-szeresét, akkor könnyen beláthatjuk, hogy a mai magyar egészségügy tulajdonképpen idős-egészségügy. Nem csoda tehát, hogy omladozik az egykor jobb napokat látott hazai egészségügy.

Gondok jelentkeznek az egészségügyi ellátásban.

A társadalom gondjainak növekedésével párhuzamosan (a rendszerváltás által még egy lapáttal rátéve) az állam egyre jobban próbál kihúzódni „kötelezettségei” alól. Ez megnyilvánul a szociális ellátások megnyirbálásában is. Noha nem

több mint 2-4%-át látja el az állam központilag az összes nyugdíjas korúnak, manapság már ez is túl nagy teher a társadalom számára, de folyamatosan csökken az egyéb szociális ellátásra rendelkezésre álló lehetőség is. A szocializmus nyíltan deklarált ellátó funkciója egyre jobban a svéd modell felől az amerikai felé tendál; azaz az állam helyett mindenkinek magának kellene gondoskodnia önmagáról. Lehet „kicselezni” a kötelezettségvállalást (pl. az időskorú szülőket ezentúl törvényileg köteles ellátni gyermeke), de ettől a gondok nem fognak megoldódni, csak az állam rázza ki nyakából a terheket.

Gondok jelentkeznek a szociális ellátások terén.

Az Európai Unió - látván a kialakult helyzetet – megpróbál valamilyen formában ellene hatni a tendenciáknak. A később részletezendő megoldási stratégiák közül az idősebb nemzedék foglalkoztatását próbálja meg megnyújtani „ajánlások” révén. Ehhez tartozik az is, hogy Magyarországnak folyamatosan emelnie kell az 50 év feletti foglalkoztatási rátáját. A már amúgy is eldurvult helyzetre (magas és emelkedő a munkanélküliség) még ilyen „okos” intézkedések is rásegítenek. Az EU döntéshozóinak vajmi kevés fogalma van az Unió heterogenitásáról; azaz arról, hogy igencsak más-más gondok foglalkoztatják az egyes államokat, ha már csak a gyorsan haladók és a „kevésbé iszkoló” államokat is hasonlítjuk össze, s ezzel párhuzamosan a megoldási stratégiák is eltérőek lehetnek. A fiatalok vs. idősök foglalkoztatása kérdése kapcsán egyre jobban erősödnek az „ageizmus” hangjai, azaz:

Gondok jelentkeznek a munkamegosztás terén.

Néhány - de nem az összes - következményét megemlítettem fent a társadalmi előregedésből fakadó problémáknak. Emellett számos másikat is lehetne említeni, esetlegesen kisebb horderővel. Azonban már a fent említettek megoldása is meglehetősen nehéz feladat elé állítja az előregedő társadalmakat (köztük a magyart is).

Van-e megoldás?

Ha az ember látja, hogy gond van, mindig megoldást keres annak elhárítására. Így van ez az ember öregedésével, de a társadalom előregedése kapcsán is. Igen sürgető (lenne) a gondjaink megoldása, hiszen a társadalmi előregedés nem most kezdődött (jó évtizedekkel előbb), s tudjuk, minél hamarabb találunk megoldásokat, annál kevésbé szenvedjük meg a következményeket. Amennyiben nem teszünk semmit a társadalom előregedéséből fakadó gondjaink orvoslására, sok más tényezőhöz hasonlóan (pl. háborúk, járványok, stb.) ez is elvezethet a nem-

zetromlás, sőt -elfogyás víziójához. Ha ugyanis nem teszünk semmit, automatikusan a nulla (taigetoszi) megoldás lép életbe; azaz, a társadalom (s főleg az idősek) magára marad(nak) „hadd hulljon a férgese” következményekkel. Ez ugyan meglehetősen cinikus megoldás, de jól jellemzi a mai magyar valóságot.

Az Európai Unió többi országa már jóval ezelőtt realizálta az eseményeket. Hathatósan nem tett ugyan ellene, de igen sok „stratégiát”, (fehér) könyvet (Fehér könyv, 2012; IH 1), programot (IH4) gyártott, szervezeteket hozott létre, hogyan kellene megoldani a gondokat (emellett jobb anyagi lehetőségeik révén többet is tettek a gondok orvoslására). Mindezek azonban nem oldották meg teljes mértékben az államok gondjait, ahogy Magyarországot sem, hiszen bár nálunk létezik egy Idősügyi Nemzeti Stratégia (INS, 2009), van Idősügyi Tanács is és egyéb tervek és programok, de minden annyit ér, mint ami belőle megvalósul. Anélkül, hogy tudományos igényességgel analizálnánk ezen programok és szervezetek munkáját, teljes nyugalommal kijelenthetjük, hogy mindezek csak írott malasztok maradtak, illetve a felállított szervezetek nem felelnek meg funkcióiknak. Nem csoda ez, ha látjuk, hogy a terveknek nincs cselekvési programjuk, azaz a terveket nem követik tényleges tettek. S akkor még azt sem említettük, hogy ezen „stratégiák” enyhén szólva sem teljesek, illetve rosszul határozták meg a problémák és megoldások fontossági sorrendjét. S így ilyenkor még a krónikus pénzhiányra sem lehetne hivatkozni...

Van-e tehát megoldás, s hogyan kellene hozzáfogni?

Mi is a legfontosabb ahhoz, hogy egy ember - vagy a belőlük szerveződött társadalom - el tudja látni a funkcióit? Az elsődleges feltétel, hogy egészséges legyen. Erről sokszor hajlamosak vagyunk megfeledkezni, természetes alapállapotnak vesszük. Mindez csak akkor válik fontossá, ha baj van az egészséggel. S ez az, ami a mai idős korosztályt jellemzi, azaz igen sokan szenvednek különböző (krónikus) betegségben (Székács és mtsai, 2011). Így sem a társadalom számára nem lesznek hasznosak (pl. önkéntesség, saját családjuk segítése, stb.), s saját jól megérdemelt nyugállományukat sem tudják (maradékalanul) élvezni. Ha a jelenséget azonosítottuk, könnyebb a megoldást megtalálni.

Az elsődleges megoldás tehát az emberek egészségének megőrzése, illetve betegségük esetén egészségük visszaállítása.

Milyen megoldások vezethetnek ide?

A kormányzati közgondolkodásban természetesen az egészségügy helyzetének javítása tűnik megoldásnak (noha mind a mai napig nem realizálták, hogy az egészségügy az idősek egészségügye). Pumpáljunk még több pénzt az egészség-

ügybe - vagy rosszabb idők esetén próbáljuk fenntartani az előbbi állapotokat. S látják, hogy ez nem megy. Nem, hogy az előtte levő állapotokat nem tudják fenntartani, de fokozatosan romlik a szolgáltatás (még ugyanannyi, vagy esetleg több pénz esetén is). Egyenes következménye ez annak, hogy egyre több beteg idős ember van, akit el kell(ene) látni.

Ilyenkor – néha – felmerül, hogy a helyzet további romlását (vagy a későbbi javulását) a megelőzéssel lehetne segíteni (Semsei, 2011; Székács és mtsai, 2011). Ezt ugyan – elvileg – mindenki tudja, de a gyakorlatban nem valósul meg. Vannak ugyan szűrőprogramjaink (lásd pl. a tüdőszűrést, mellyel vissza lehetett szorítani a TBC-t, melyről a múlt század eleji Magyarország elhíresült; vagy a mellrákszűrést, mely révén az európai átlaghoz közelítünk az esetleges más vonatkozásban meglévő néhány száz százalékos rosszabbi állapottól eltérően). Nincsenek azonban szűrőprogramjaink, az időseket legjobban érintő szív- és érrendszeri problémák szűrésére. Pedig ma Magyarországon ez a népbetegség, mint hajdan volt a TBC. Egy jó prevenciós program sokat segíthetne a bajok orvoslásában. Hogy nem most hatna, majd csak egy-két (néhány) évtized elteltével jelentkeznének az eredmények? Igen, a prevenció sajátossága már csak esetenként ilyen. Nem lehet (sajnos) a néhány éves kormányzati programokban „lobogtatni”, hogy milyen sikereket értek el ezen a területen. Ezért tehát nem is csinálják... Pedig közgazdaságilag is bizonyított, hogy a prevenció még olcsóbb is, mint a már jelentkező betegségek kezelése (és akkor még nem beszéltünk egyéb járulékos hatásokról, mint a munkából való kiesés, stb.).

Kellene tehát egy jól működő program a szív és érrendszeri betegségek szűrésére, prevenciójára.

S ha további „eretnkségeket” akarunk említeni, megjegyezhetnénk azt is, hogy még a prevenciónál is lenne egy fontosabb megoldási lehetőség: s ez az ismeretek terjesztése (Semsei, 2011). Néha egy két hozzáértő megemlíti, hogy ha a gerontológia eredményeit (Mi is az? Ha a balneológia a bálnákról szól, akkor a gerontológia miről is? – kérdeznék az „illetékesek”...) sikerülne a gyakorlatba átültetni, akkor (szinte instant módon) az átlagéletkort akár 1-2 évtizeddel is meg lehetne hosszabbítani (ami természetesen együtt járna egy jobb egészségi állapottal is). S ez még a prevenciónál is költséghatékonyabb lehetne.

A legfontosabb azonban a gerontológiával és egészségmegőrzéssel kapcsolatos információk terjesztése lenne.

Ha megnézzük tehát e rendelkezésünkre álló lehetőségeket, az egészség megőrzésére, illetve visszaállítására, akkor (fontossági sorrendben) a következőket kapnánk:

1. Ismeretterjesztés, oktatás
2. Prevenció
3. Gyógyítás-ápolás
4. Rehabilitáció.

Mire gondolunk, mikor az ismeretek terjesztésének fontosságára gondolunk az egészség megőrzésének, illetve visszaállításának kérdésében?

Anélkül, hogy teljesség igényével beszélnék erről (a nyilvánvaló terjedelmi korlátokra tekintettel), néhány vonatkozását megemlíteném (Semsei, 2011).

Még a gyermekek számára is fontos lenne (ami elsöre nem tűnik egyértelműnek), hiszen ők azok, akik a legtöbbet tehetik egészségük megőrzéséért (nyilvánvalóan minden korosztály tehet, de a korral előrehaladóan egyre szűkülnek a lehetőségek). S azt is meg kell tanulniuk, hogy „ha szerencsájük lesz, ők is megöregednek” (lásd még **pedagógia** – gyermeknevelés). Ha más eredménnyel nem is, de azzal járna, hogy az ageizmus (egyres társadalmi rétegek, csoportok negatív attitűdjei és ezek megnyilvánulásai az időséssel szemben) mérséklődne, s a generációk közötti szolidaritás megvalósulna, már így is igen nagy eredménynek tekinthetnénk a gyermekkori gerontológiai ismeretek terjesztését. S ha a gyermek nem tesz egészségének fenntartásáért, felnőttként sem fog, s idősként pedig beteg lesz.

A felnőttek ismereteinek gyarapítása (**andragógia**) is igen fontos, hiszen még mindig vannak lehetőségeik egészségük megőrzésére, egyes folyamatok meggátolására (esetenként visszafordítására) is (Jászberényi, 2011). Ehhez hozzátehetnénk az egész életen át tanulás fontosságát (Life Long Learning), mely nem csak az ismeretszerzés fontosságában nyilvánul meg (pl. a felnőttkori munkavégzés ismereteinek birtoklására a munka megtartásáért), de aki egész életében tanul, szellemi funkcióit is könnyebben megőrzi. Kevesebb demens (Alzheimeres) ember – kevesebb költség, több haszon. Meg kell még említeni azt is, hogy míg a fiatalok esetében az állam gondoskodik róla, hogy beilleszkedjenek a társadalomba, a munkamegosztásba (lásd oktatás), addig a felnőttek kezét elengedi, mikor már nincs rá szüksége („a mór megtette kötelességét – a mór mehet...”). Fontos lenne azonban felkészíteni a nyugdíj előtti generációt, hogy mire számíthatson nyugdíjba vonulásakor, s a jelentkező problémákra milyen megoldásokat találhat. Ezzel (is) igen nagymértékben lehetne a „leendő idősök” egészségi és szociális helyzetén javítani.

Emellett a harmadik korosztály ismeretszerzése (gerontagógia) is pozitív hozzájárulást tehet (Jászberényi, 2011; Dobos és Szalkai, 2011). Még akkor is, ha egyes preven-

ciós formák (az elsődleges és esetenként a másodlagos) már korlátozottabb hatásúak lehetnek, de ha az idős ember csak azt tanulná meg, hogy függésének mértéként hogyan tudná a lehető legkisebbre csökkenteni, már mindenki jól járna (pl. hogyan menedzselhetem magamat esetleges betegségem esetén, hogy ne szoruljak, vagy minél kevésbé szoruljak másokra). Emellett azonban a megelőzés még mindig igen nagy jelentőségű lehetne. Ha az idős ember például azzal tisztában lenne, hogy egy adott kor felett tilos eszni, akkor kb. 15%-uk nem halna bele egy banális csonttörésbe. S a példák szinte vég nélküliek. Az idősor egyéb ismeretszerzése is jelentős, hiszen akár reguláris, vagy irreguláris képzés keretén belüli ismeretek elsajátítása is része az idősek életminőségének fenntartásában, javításában (pl. ha az idős ember is megtanul számítógépet használni).

S hogyan is állunk ma a gerontológia oktatásával és ismeretterjesztésével?

A helyzet bizony távolról sem mondható megoldottnak - magyarul: nagyon rossz (Semsei, 2012). Sporadikusan és esetenként ad hoc jelleggel folyik ilyen oktatás a hazai intézményekben (szinte egy kézen meg lehet számolni, hol). A legelőrehaladottabb (egyedüli komplexitással) a gerontológia oktatása a Debreceni Egyetemen, annak Egészségügyi Karán:

- ❖ Felsőfokú szakképzés (előkészületben)
- ❖ BSc:
 - Szociális munka (nappali & levelező)
 - Egészségügyi képzés (n & l)
 - Gyógytornász (magyarul és angolul; Népegészségügyi Kar)
- ❖ MSc:
 - Szociális munka (n & l)
 - Egészségügyi képzés (n & l)
 - Gerontológia MSc szak (előkészületben)
- ❖ Posztgraduális oktatás (PhD)
 - Általános Orvoskar – oktatás
 - Egészségügyi Kar – PhD fokozat
- ❖ Posztgraduális képzés (Szakirányú továbbképzés)
 - Alkalmazott szociális gerontológia
 - Alkalmazott preventív gerontológia (előkészületben)

Nyilvánvaló (a szakemberek számára) a társadalmi előregedés és az abból fakadó problémák jelentősége, ugyanakkor egyetlen egyetem foglalkozik ilyen komplexitású gerontológiai képzéssel (nem csoda ez, hiszen az Oktatási Állam-

titkárságnál nem találni egy embert, aki nem hogy gerontológiai konferencián elő tudna adni a témában, de egyáltalán tudná, hogy mi is az...).

S akkor még nem említettük az **egyéb ismeretterjesztő formákat**, melyekre szintén igen nagy szükség lenne. A Harmadik Kor Egyeteme Miskolc (IH, 3), vagy a Nyugdíjasok Óbudai Akadémiája (IH, 5) üdítő kivétel ezen a területen, hiszen alig találkozunk ilyen ismeretterjesztési formákkal hazánkban. Csehországban például minden egyetemnek regulárisan (és államilag támogatva) van Harmadik Kor Egyeteme szervezete.

S ha már más országoknál tartunk, az Európai Unió létrehozott egy szervezetet: AGE Platform Europe (IH, 1; Magyar Gerontológia, 2012), mely segítséget nyújt az unió tagjainak a társadalom előregedéséből eredő problémáinak megoldásához, bár hatásköre csupán ajánló és tanácsoló jellegű, DE esetenként hatása egészen az UNECE tagországok minisztereinek deklarációjáig vezetett (IH,6). Az Európai Unió minisztériumai (Directorate General) közül ma már több is foglalkozik valamilyen formában az unió tagállamainak előregedéséből fakadó problémák megoldásával, noha nincs egyedüli felelőse. Az EU-nak az a víziója, hogy az „Aktív idősödés – nemzedékek közötti szolidaritás” zászlaja alatt (The EU Contribution, 2011) 2020-ra egy idősbarát Európát alakít ki. Ezzel párhuzamosan Magyarországnak is rengeteg teendője lenne, a fent említett oktatási, egészségügyi vagy akár szociális területeken is (Csernáthné, 2011).

A cikkben említett jelenségek csak részben írják le a társadalom előregedéséből fakadó gondokat, ahogyan a javasolt teendők is csak egy részét képezik a megoldásoknak. Nem beszéltünk a társadalmi kapcsolatok torzulásairól sem (a munkamegosztás gondjai, nemzedékek közötti ellentétek, stb.) ahogyan nem történt említés számos más megoldási lehetőségről (pl. születések számának emelése, nyugdíj korhatár emelése, idősök bevonása, megtartása a munkában, stb.). Ezen munka célja az volt, hogy felhívja a figyelmet egy régóta meglévő jelenségre, mely igen erősen befolyásolja társadalmunk helyzetének alakulását, s ráirányítsa a figyelmet az egyes megoldási lehetőségekre.

Összefoglalás

Magyarország - mint a többi európai ország - öszülő (előregedő) társadalom, annak összes ismervével és következményeivel együtt. Egyre nagyobb számban vannak idős emberek az országban, sőt arányuk is folyamatosan növekszik. A társadalom szerkezetének torzulása következtében az aktív keresők és az eltár-

tottak aránya is egyre romlik. Emellett egyre több beteg idős ember van, s az idősök között növekszik a nők aránya. Mindezek következtében egyre nagyobb társadalmi gondok és feszültségek keletkeznek a munkamegosztásban, a társadalmi szerepvállalásban, de a nyugdíjak, az egészségügyi és szociális ellátások területén is.

A fentiek megoldására az európai társadalmak megoldási stratégiákat és programokat dolgoznak ki, mint például a Fehér Könyv vagy Magyarországon az Idősügyi Nemzeti Stratégia. Az Európai Unió 2012-es éve az „Aktív idősödés – nemzedékek közötti szolidaritás” mottójával szeretné elérni, hogy Európa 2020-ra „idősbarát Európává” váljon. A tennivalók sürgetőek, a megoldások fényei viszont még mindig nem látszanak az alagút végén. Pedig lennének megoldások. Erről szól ez a közlemény is.

Irodalomjegyzék

1. Dobos L, Szalkai I. (2011): Az egészséges és aktív öregedés gyakorlata az Idősügyi Nemzeti Stratégiában. *Magyar Gerontológia* 12: 23-34.
2. Csernáthné KE. (2011): Az Idősügyi Nemzeti Stratégia szociális vonatkozásairól. Szociális szolgáltatások és az ehhez kapcsolódó Stratégiai Terv. *Magyar Gerontológia* 12: 50-54.
3. Fehér könyv: A megfelelő, biztonságos és fenntartható európai nyugdíjak menetrendje (2012): Európai Bizottság, Brüsszel, 2012.2.16.
4. Idősügyi Nemzeti Stratégia. Az Országgyűlés 81/2009. (X.2.) OGY határozata.
5. Jászberényi J. (2011): Geronto-educáció. Az idősoktatás helyzete és perspektívái itthon és a nagyvilágban. PrintX-Budavár Kiadó, Budapest. (ISBN 978-963-86545-2-6)
6. *Magyar Gerontológia* (2012) 4. évfolyam 14. szám (ISSN 2062-3690; 2062-3682).
7. Semsei I. (2010): A gerontológia oktatása. *Magyar Gerontológia* 5: 4-15.
8. Semsei I. (2011): Hangsúlyok az Idősügyi Nemzeti Stratégia cselekvési programjában. *Magyar Gerontológia* 12: 3-14.
9. Semsei I. (2012): A gerontológia oktatásának mai helyzete országunkban. *Magyar Gerontológia* 16: 3-16.
10. Székács B, Kiss I, Regius O, Bakó Gy. (2011): Idősorvoslás hiánya az Idősügyi Nemzeti Stratégiában. *Magyar Gerontológia* 12: 34-50.
11. The EU Contribution to Active Ageing and Solidarity between Generations (2012): Luxembourg: Publications Office of the European Union. ISBN 978-92-79-25123-8, doi:10.2767/67267.

12. Zöllei M, Bakó Gy, Semsei I. (2011): Oktatási kérdések az Idősügyi Nemzeti Stratégia keretében. Magyar Gerontológia 12: 14-23.

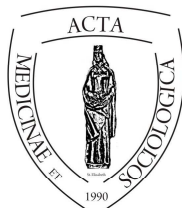
Internetes hivatkozások:

1. AGE Platform Europe: <http://www.age-platform.eu/en>
2. Fehér könyvek: http://europa.eu/documentation/official-docs/white-papers/index_hu.htm
3. Harmadik Kor Egyetem (Miskolc):
<http://www.harmadikkoregyeteme.hu/alapitvany.html>
4. Lisszaboni Stratégia:
http://www.euvonal.hu/index.php?op=kerdesvalasz_reszletes&kerdes_valasz_id=1431
5. Nyugdíjasok Óbudai Akadémiája: <http://www.zskf.hu/nyugdijasok>
6. Vienna Ministerial Declaration:
7. <http://www.ngocoa-ny.org/events/regional-conferences/unece-ministerial-conferenc.html>

Dr. Semsei Imre: MTA doktora

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, 4400 Nyíregyháza, Sóstói u. 2-4.

UNIVERSITY
OF DEBRECEN
FACULTY OF
HEALTH
NYÍREGYHÁZA



ACTA
MEDSOC
VOLUME 3.
2013

The influence of different pathogenically based treatment schemes on the endothelium dysfunction indexes in patients with liver cirrhosis

Rusin V.I., Sirchak E.S., Ivachevskij M.M.,
Petrichko O.I.,

Uzhhorod National University, Medical Department (Ukraine, Uzhhorod)

Abstract. The influence of different pathogenically based treatment schemes on the endothelium dysfunction indexes in patients with liver cirrhosis.

The data about the complex examination and treatment of 64 patients is given. The efficiency of prescribing angiotensin II receptor blocker was proved compared with angiotensin-converting enzyme inhibitors and β -blockers in combination with prebiotics, probiotics and L-arginine medical preparations. It is found that there are more manifested positive changes in the indexes of dysfunction of endothelium in patients from group 3 (usage of valsartan, n=24), namely: decrease of D-dimer level to $1,68 \pm 0,11$ ng/ml from $4,01 \pm 0,12$ ng/ml; endothelin-1 level to $0,52 \pm 0,04$ fmol/ml from $1,12 \pm 0,22$ fmol/ml; the level of PgF2 α to $97,1 \pm 2,2$ pg/ml from $217,5$ pg/ml; the level of Pg I2 to $79,2 \pm 4,5$ pg/ml from $218,4 \pm 6,8$ pg/ml ($p < 0,01$). This indicates the effect of the proposed treatment scheme on the dysfunction of endothelium indexes dynamics that lies within the basis of the treatment of complication progression at liver cirrhosis.

Key words: liver cirrhosis, endothelial dysfunction, angiotensin II receptor blockers, L-arginine, probiotics.

DOI: 10.19055/ams.2013.4/11/2

Összefoglalás. Különböző patogenetikailag megalapozott kezelési módszer hatása az endothel diszfunkció súlyossági mutatóira májcirrózisos betegeknel

A kutatás során 64 májcirrózisos beteg vizsgálati eredményeinek és kezelésének összegzésére került sor. Eredményeink az angiotenzin II-receptor blokkolók hatékonyságát bizonyították a β -receptor blokkolókkal és angiotenzin-konvertáz enzim bénítókkal szemben probiotikum és L-arginin készítményekkel kombinálva májcirrózis esetén. A 3. kutatási csoport betegeinél (valsartán alkalmazása, n=24) bizonyítottan lényegesebb pozitív értékeket tapasztaltunk az endothel diszfunkció mutatóinak dinamikájában, azaz, a D-dimer szint $1,68 \pm 0,11$ ng/ml-re csökkent $4,01 \pm 0,12$ ng/ml-ről, az endotelin-1 szint $0,52 \pm 0,04$ fmol/ml-re csökkent $1,12 \pm 0,22$ fmol/ml-ről, aPgf2a szint $97,1 \pm 2,2$ pg/ml-re csökkent $217,5 \pm 6,7$ pg/ml-ről, a Pg I2 szint $79,2 \pm 4,5$ pg/ml-re csökkent $218,4 \pm 6,8$ pg/ml-ről ($p < 0,01$). A kutatás során kapott adatok alátámasztják a javasolt kezelési séma (angiotenzin II-receptor blokkolók, probiotikumok, L-arginin készítmények) eredményességét az endothel diszfunkció súlyosságának csökkentésére, ami alapul szolgálhat a szövődmények progressziójának megelőzésében májcirrózisos betegeknel.

Kulcsszavak: májcirrózis, endothel diszfunkció, angiotenzin II-receptor blokkolók, L-arginin, probiotikumok.

Symptomatic treatment of patients with liver cirrhosis aims at decreasing the risk of developing complications of portal hypertension, such as hemorrhage, hepatic encephalopathy, hepatorenal syndrome, and improving the life quality of the given patients [2, 12, 13]. An important stage in the treatment of portal hypertension was the application of non-selective β -adreno-blocking agents and angiotensin-converting enzyme inhibitors for the treatment of hemorrhages of varicose veins of the esophagus and stomach [7]. β -blockers cause the desired hemodynamic effect only among 30-40% of the patients, while in a part of patients they cause the declination of liver functions due to the decrease of general blood circulation capacity of the organ. Inhibitors of angiotensin-converting enzyme decrease gradient of phleboid liver pressure, but due to a significant decrease of the systemic arterial pressure they cause further declination of the hyperdynamic blood circulation. Due to this, the search for new methods to decrease the pressure of the portal system with the help of medical preparations is continued [4,5].

It is known that L-arginin has been successfully used for many years for treating liver diseases [14]. It is proven that L-arginin based medical preparations decrease the concentration of ammonia due to the enhancement of urea synthesis (by 80%) and the enhancement of glutamine synthesis, decreasing the manifestation of hepatic encephalopathy [8, 9, 10]. Researches over the recent years have also proven the laudable effect of L-arginin on the function of vascular endothelium which is worth considering during the complex treatment of patients with chronic diffusive liver disease, since the preventive treatment of complex forms of liver cirrhosis largely depends on the correction of endothelium dysfunction.

Aim of the research

A comparative assessment of the efficiency of different pathogenically based schemes of portal system pressure correction and their influence on the endothelial dysfunction indicators in patients with liver cirrhosis.

Materials and methods of the research

We took 64 patients under observation with liver cirrhosis that had hemorrhage of varicose veins of esophagus and stomach (in anamnesis), which were treated in the gastroenterology, surgical and intensive care departments of the Transcarpathian Regional Clinical Hospital of A. Novak. Among the examined patients the number of men prevailed 40 (62,5%), aged $51,7 \pm 6,2$ years, and that of women 24 (37,5%), aged $47,7 \pm 5,9$ years. The control group consisted of 30 practically healthy persons aged 26 to 62 years, whose average age was $41,3 \pm 2,1$ years. Among them there were 16 men (53,3%), and 14 women (46,7%).

The diagnosis of liver cirrhosis was made according to their complaints, medical history, laboratory (blood chemistry, identification of markers of hepatitis viruses B, C) and instrumental (ultrasound of the abdomen, esophagogastroduodenoscopy, radioisotope, and angiography) methods of research. The degrees of liver affection were determined by C13-methacetin breath test and specially designed tests on the basis of laboratory blood indicators were also applied (Forns, Fibroindex, Fib-4, APRI, HALT-C, MDA, GUCI, FPI, PGA and PGAA).

In order to identify changes of the cardiovascular system, all patients with liver cirrhosis had electrocardiography (ECG) done, as well as Holter monitoring and echocardiography. Ultrasonic examinations of the heart were done on the automatic diagnostic device, "ACUSON" 128 XP, in M- and B-modes in accordance with a generally accepted methodology. By doing it the beat index (Bi) was also measured, as well as the left ventricular ejection fraction (LV EF) and the heart index (Hi).

Daily monitoring of arterial pressure (AP) was done using "AVRM-04" set ("Meditech", Hungary). Arterial pressure measurements were done every 15 minutes between 6:00 – 22:00 and every 20 minutes between 22:00-6:00. The following indexes were analyzed: systolic AP (SAP), diastolic AP (DAP), average day AP (SAPd, DAPd), average night AP (SAPn, SAPn), variability index (Vi) at day and night time SAP (Vi SAPd, Vi SAPn) and DAP (Vi DAPd, Vi DAPn), daily index (Di SAP, Di DAP).

The index of vasoactive substances in blood serum of patients with liver cirrhosis was measured using the immunoenzymometric examination, namely: endothelin-1 (ET-1) using test-systems of “Biomedica” company (Austria); 6-ketoprostaglandin F1 α (prostaciklin of blood serum Pgl2) and prostaglandin F2 α (PgF2 α), using Enzo Life Sciences test systems of “BCM Diagnostics” company (USA). The following indexes were also examined: the level of antithrombin (AT) III, D-dimer, von Willenbard factor (vWf), apolipoprotein A1, the level of insulin using chromogenic examination on Sysmex 500 and 560 set (Japan) using Siemens company reagents.

Ultrasonic duplex scanning of brachial artery was done using HDI-1500 set (USA) with the use of pulse waved Doppler detector 2,5 MG Hz and 5-10 MG Hz – “Zonarae” (USA). Endothelium-dependant vasodilatation (EDVD) of brachial artery was examined with the method, offered by D. Celermajer. The examination was done using two-dimensional scanning with synchronic ECG trace, the diameter of the artery was measured in B-mode, the change of the blood flow speed before and after the probe with reactive hyperemia was done in Doppler-mode. The simulation pulse of EDVD was the reactive hyperemia that is caused by the ferrule placed on the surface of the distally done examination. The diameter of the brachial artery was measured in a dormant state (after 10-15 minutes of rest). 200-300 mmHg pressure was created in the ferrule for 5 minutes, after that the pressure was removed, the diameter and the speed of the blood flow were measured during 5 minutes right after removing the ferrule with 30 second intervals. The increase of the brachial artery diameter by 10% after 60-90 seconds, with reactive hyperemia in the background, was considered a normal reaction.

After the restoration of the artery diameter in 15 minutes, the patient took 0,5 mg of nitroglycerine sublingually. In this method, nitroglycerine is used as an endothelium-independent (EIVD) stimulation pulse, which causes relaxation of the periphery vessels. Measurements were repeated after 2 and 5 minutes after taking nitroglycerine. The reaction related to the increase of the blood flow was evaluated as the difference of the diameter in the 2nd minute after taking nitroglycerine and that of the primary diameter. An increase of 10% and over of the brachial artery on the background of reactive hyperemia is considered to be normal. A lower level of vasodilatation or vasoconstriction is considered to be a pathological reaction. Dysfunction of endothelium was verified at a significantly lower rate during the distention of vessels, than while taking nitrates [11].

All patients with liver cirrhosis on their diet background received basic treatment with hepatoprotectors, diuretics, desintoxication and vitamin therapy, lactulose and enterosorbents. If intestinal dysbiosis was indicated patients were prescribed antibacterial medication: ciprofloxacin 500 mg 2 times daily for 5 days.

With the purpose of aiding the dysfunction of endothelium patients with liver cirrhosis received L-arginin based medical preparation: Gepadif (by 1 vial) dissolved in 200 mg of 5% glucose solution intravenously during 7 days, with a further change to oral consumption of medical preparation by 2 capsules 3 times a day during 3 weeks or Tivortin® (4,2% L-arginin solution) in the following dosage: for the first 4 days 100 mg twice a day intravenously, then during 10 days 100 mg a day. Simultaneously patients took 20 mg of Tivortin orally. Additionally, multiprobiotic Laciium™ was included into the treatment complex, which comprises *Bifidobacterium bifidum*, *Bifidobacterium lactis* (2 strains), *Enterococcus faecium*, *Lactobacillus acidophilus* (2 strains), *Lactobacillus paracasei*, *Lactobacillus plantarum*, *Lactobacillus rhamnosus*, *Lactobacillus salivarius* 1 capsule twice a day for two weeks.

Patients with liver cirrhosis who had hemorrhage of the varicose veins of esophagus and stomach (in anamnesis) were divided into groups depending on the mode of pressure control in the portal system:

Group 1 (n=14) of patients with liver cirrhosis were given medical preparation from angiotensin-converting enzyme inhibitors group – captopril - 25 mg twice a day.

Group 2 (n=26) of patients with liver cirrhosis were prescribed non-selective β -adreno-blocking agent propranolol dozed individually under the control of heartbeat rate.

Group 3 (n=24) of patients with liver cirrhosis were given medical preparation from angiotensin II receptor blockers group - valsartan - in individual dosage (by 40 or 80 mg daily).

Analysing and processing the results of patients' examination were carried out using Statistica 6.0, a statistical software package of Microsoft Excel 7.0.

Results and discussion

After clinical and laboratory examinations of all the patients with liver cirrhosis we divided them into classes of severity based on Child-Pugh, taking into account the level of bilirubin, albumin, prothrombin indexes and the presence or absence of ascites and hepatic encephalopathy. Class A according to Child-Pugh included 14 (21.9%) patients, class B 26 (40.6%) patients and class C 24 (37.5%) patients.

Besides the assessment of the clinical symptomatology dynamics and the control research of general laboratory and instrumental indexes, after the conducted complex treatment, patients with liver cirrhosis had an occasional weighting of the functional hepatocytes using C13-methacetin breath test, general

cardiogemodynamic examination parameters and index of dysfunction of endothelium identification.

After the conducted complex differential treatment, a positive dynamics of the clinical and laboratory symptomatology was observed in patients with liver cirrhosis. After a repeated identification of a mass of functioning hepatocytes in patients with liver cirrhosis no significant changes in the indexes before and after the conducted treatment were observed. In patients with liver cirrhosis, after a repeated identification of a mass of functioning hepatocytes it increased only by $2.5 \pm 0.7\%$ (from $28.4 \pm 5.2\%$ to $30.9 \pm 2.7\%$ - $p > 0.05$).

While characterizing the changes in probe dynamics with reactive hyperemia among the examined patients with liver cirrhosis, it was stated that the utmost influence on the appearance of dysfunction of endothelium has a simultaneous usage of probiotics, L-arginine medical preparation combined with angiotensin-II receptor blockers, that is, the complex treatment that was assigned for patients in group 3. However, it should be emphasized that in these patients the stages of dysfunction of endothelium manifestation suffered the most on the background of significant disorders in liver function, as all of them were representatives of C class according to Child-Pugh.

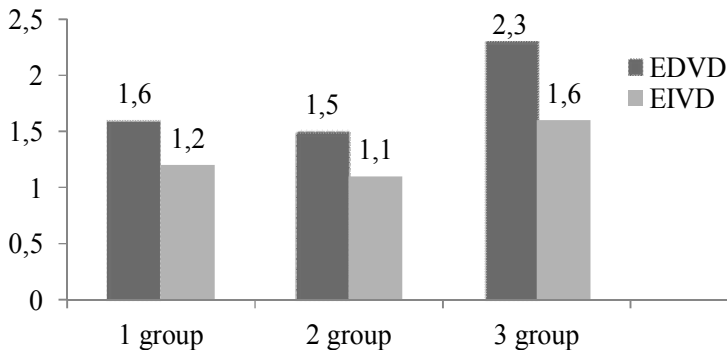


Chart 1. The rate of indexes of dysfunction of endothelium dynamics according to the results of the probe with reactive hyperemia in patients with liver cirrhosis under the influence of complex treatment.

The indexes of EDVD in patient group 3 increased by 2.3 timesfold compared with the indexes before the conducted treatment (before $10.3 \pm 1.2\%$ from $5.7 \pm 1.8\%$ - accordingly $p < 0.05$) (Chart1). In patients from group 1 and 2 a nearly similar EDVD and EIVD index dynamics were observed after the conducted complex treatment. Therefore, out of all the prescribed medical

preparations for patients with liver cirrhosis, the complex treatment with the use of probiotics, L-arginine medical preparations and β -adreno-blocking agents had the biggest influence on the instrumental indexes of the dysfunction of endothelium. Angiotensin-converting enzyme inhibitors and non-selective β -adreno-blocking agents show an almost similar influence on the condition of vessel endothelium.

While characterizing the laboratory indexes of the dysfunction of endothelium in patients with liver cirrhosis after the conducted complex treatment, it has been found that the most significant positive dynamic is also observed in patients from group 3, a less significant influence is manifested by the complex treatment, that was assigned to patients from group 1, and the least significant influence was found after the course of treatment in patients from group 2 (Chart 2). In patients from group 1 the decrease in endothelin-1 and von Willenbard factor levels were observed with the same frequency, namely the level of endothelin-1 decreased from 0.57 ± 0.04 fmol/ml to 0.38 ± 0.05 fmol/ml, the level of von Willenbard factor decreased from $189.0\pm 44.0\%$ to $126.0\pm 23.0\%$. The level of antithrombin III in this group of patients increased from $78.0\pm 10.3\%$ to $84.0\pm 2.5\%$. For patients from group 3 the most significant dynamic was observed while examining the level of D-dimer and endothelin-1. The level of D-dimer decreased to 1.68 ± 0.11 ng/ml from 4.01 ± 0.12 ng/ml, and the level of endothelin-1 – to 0.52 ± 0.04 fmol/ml from 1.12 ± 0.22 fmol/ml. The least positive dynamic in patients from group 3 was manifested in the levels of antithrombin III (only by 1.4 times).

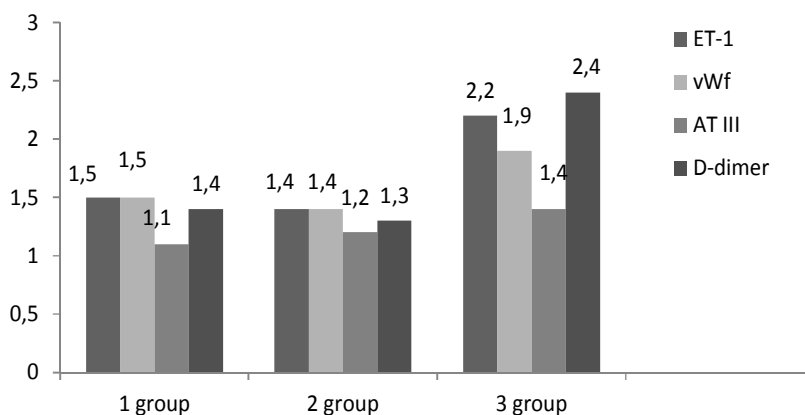


Chart 2. The rate of laboratory indexes of dysfunction of endothelium dynamics in patients with liver cirrhosis under the influence of complex treatment

In patients with liver cirrhosis from group 1 and 2 the conducted complex treatment helped the manifestation of positive dynamics in almost the same rate as that of the indexes of prostaglandins (chart 3).

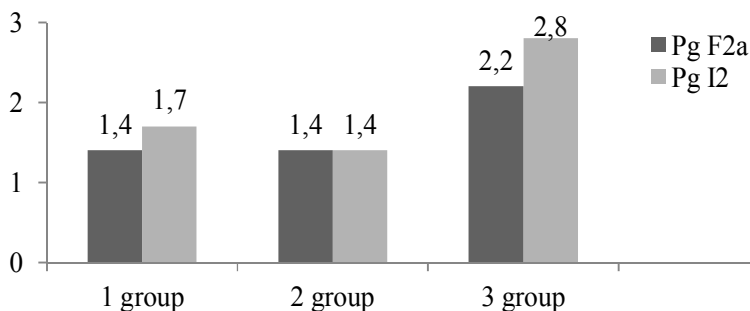


Chart 3. The rate of index dynamics of prostaglandin in blood serum in patients with liver cirrhosis under the influence of the complex treatment

The level of Pg I2 as well as the level of Pg F2 α in patients from group 2 decreased after the treatment by 1.4 times, whereas in patients from group 1 by 1.7-1.4 times - accordingly $p < 0.05$. The most significant changes after the treatment were registered in patients from group 3, namely the level of prostaglandin F2 α decreased to 97.1 ± 2.2 pg/ml from 217.5 ± 6.7 pg/ml, and the level of prostacyclin to 79.2 ± 4.5 pg/ml from 218.4 ± 6.8 pg/ml. Between the given indexes, before and after the treatment in patients from group 3, a statically accurate difference is found – $p < 0.01$.

While studying the dynamics of arterial pressure indexes under the influence of complex treatment during daily monitoring, more significant unwanted changes, on the background of the complex treatment, were observed in patients with liver cirrhosis from group 1. The arterial pressure of patients with liver cirrhosis decreased the most on the background of taking angiotensin-converting enzyme inhibitors – that is an unwanted effect for this group of patients, due to the specifics of hyperdynamic circulation. In patients from group 1, SAPd decreased from 110.2 ± 2.7 mmHg to 95.3 ± 4.6 mmHg. DAPd decreased on the background of taking captopril from 69.5 ± 2.2 mmHg to 59.3 ± 1.8 mmHg. Patients from group 1 were registered with the highest daily surges between the indexes of arterial pressure: Di SAP after the treatment was $9.7 \pm 1.8\%$, while Di DAP was $8.4 \pm 1.2\%$.

While treating patients with liver cirrhosis with non-selective β -adreno-blocking agents in dosage that normalizes the heartbeat rate and valsartan in individual dosage, no significant decrease of vessel blood pressure was observed. On the background of taking propranolol and valsartan (groups 2 and 3) no significant surges were observed in the system arterial pressure. In patients from group 2, while normalizing the heartbeat rate (to 75.3 ± 7.7 beats per minute), SAPd and DAPd decreased only by 2.3 ± 1.4 mmHg. The Vi SAPd after the treatment was 12.1 ± 1.7 mmHg, while the Vi DAPd was 8.6 ± 1.2 mmHg.

In patients from group 3, the heartbeat rate decreased to 77.8 ± 2.4 beats per minute. SAPd after the treatment was 99.5 ± 4.4 mmHg, before the treatment it was 101.7 ± 6.3 mmHg. DAPd after the treatment was 60.2 ± 3.3 mmHg, before the treatment it was 61.2 ± 4.1 mmHg.

While doing an echocardiographic examination before the treatment, significant changes in the heart hemodynamics were observed – they were manifested by the parameters that are specific for a hemodynamic blood circulation, especially in patients with liver cirrhosis from group 3 (C class according to Child-Pugh). The beat index for patients from group 3 before the treatment decreased to 28.99 ± 2.2 ml/m², with lowered indexes of heart index to 2.59 ± 0.8 l-min⁻² –m⁻², and also left ventricular ejection fraction to $58.1 \pm 3.6\%$ (Table 1).

Indicators	Patients with liver cirrhosis					
	1 group (n=14)		2 group (n=26)		3 group (n=24)	
	before treatment	after treatment	before treatment	after treatment	before treatment	after treatment
Bi, ml/m ²	49,11 \pm 1,7	45,87 \pm 2,2	39,1 \pm 2,4	44,2 \pm 3,5	28,99 \pm 2,2	36,1 \pm 3,5*
Hi, l-min ⁻² –m ⁻²	4,22 \pm 0,5	4,17 \pm 0,4	3,41 \pm 0,5	3,98 \pm 0,7	2,59 \pm 0,8	3,26 \pm 0,7*
LV EF,%	61,4 \pm 3,3	62,1 \pm 2,8	60,7 \pm 2,1	65,5 \pm 1,4*	58,1 \pm 3,6	65,1 \pm 1,1*

Table 1. The rate of cardio hemodynamic indexes according to echocardiographic data in patients with liver cirrhosis under the influence of complex treatment

Note: * - $p < 0.05$ – a statically accurate difference was observed between the indexes in patients before and after the treatment.

While using β -adreno-blocking agents in complex treatment of patients from group 2 a decrease of diastolic dysfunction of myocardium in liver cirrhosis was observed, and also an increase of LV EF by $4.8 \pm 0.7\%$, whereas as a result of it the beat index increased by 5.1 ± 1.1 ml/m². The most manifested positive

changes were observed while using valsartan in patients with liver cirrhosis from group 3. In this group of patients LV EF increased by $7.0 \pm 2.5\%$ ($p < 0,05$), beat index also increased after the treatment to 36.1 ± 3.5 ml/m² from 28.99 ± 2.2 ml/m².

Therefore, while characterizing the efficiency of the prescribed medical preparation complexes in patients with liver cirrhosis the upmost manifested positive influence on the endothelial dysfunction indexes is shown by the treatment scheme of patients from group 3 (simultaneous usage of probiotics, L-arginine medical preparations in combination with angiotensin II receptor blockers – valsartan). Under the influence of the treatment of patients from group 3 the EDVD and EIVD indexes increased by 2.3 to 1.6 times compared with the corresponding indexes before the treatment. In patients from group 1 and 2 an increase of EDVD and EIVD by merely 1.6-1.2 times and correspondingly 1.5-1.1 times was observed.

While assessing the efficiency of the proposed schemes of treatment on laboratory indexes of dysfunction of endothelium in patients with liver cirrhosis, it was determined that angiotensin-converting enzyme inhibitors and non-selective β -adreno-blocking agents manifest almost the same influence on the level of endothelin-1, von Willenbard factor, antithrombin III and D-dimer, but a less significant one, than the treatment with the use of angiotensin II receptor blockers. While identifying prostaglandin indexes in patients with liver cirrhosis, the same tendency was realised in their dynamics as in the above mentioned laboratory markers of the dysfunction of endothelium, namely, supremely manifested positive changes were observed in the indexes of patients from group 3. In line with this, the usage of valsartan leads to minimal frequencies of the system vessel pressure, and, also positively influences cardio hemodynamic indexes in patients with liver cirrhosis.

Considering the results of our studies the following conclusion was made: a complex pathogenically based treatment in patients with liver cirrhosis has to include the prescription of prebiotics and L-arginine medical preparations in combination with probiotics. L-arginine is a relatively indispensable amino acid, it is a broad cell regulator of many vital functions of the organism, it performs a hepatoprotector effect with the help of anti-oxidant, anti-hypoxic and membrane stabilizing activity, plus positively effects the processes of energy supply in hepatic cells. Arginine is also a substrate for NO-synthase, an enzyme that catalyzes the NO synthesis in endothelial cells, which determines its key role in regulating vessel tonus in patients with diseases that circuits with the damage of vessel walls [1, 3]. At the same time, the usage of probiotics in order to decrease the manifestation of intestinal microbiocinosis helps normalize the amino acid reserves of blood serum, which increases positive influences on indexes of dysfunction of endothelium. Therefore, it is considered potential to use L-

arginine medical preparations, probiotics in complex treatment and preventive treatment of the development of portal hypertension in patients with liver cirrhosis.

Also, in order to normalize the pressure in the portal system of patients with liver cirrhosis angiotensin II receptor blockers can be used there, where the usage of β -adreno-blocking agents is restricted. As the β -adreno-blocking agents, valsartan leads to minimal decrease in the system arterial pressure indexes, this is very important in the treatment of patients with liver cirrhosis. At the same time, angiotensin II receptor blockers manifest the most positive effect on the laboratory and instrumental indexes of dysfunction of endothelium in combination with L-arginine medical preparations and probiotics, thus it is necessary to include during the complex treatment of these patients.

In patients from group 3, a stable positive effect on indexes of dysfunction of endothelium was gained throughout the treatment course. A similar, but less significant tendency of endothelial dysfunction indexes correction was registered in the treatment using β -blockers, with an improvement of life quality; inhalation correction, decrease in ascite, adema.

System endothelial dysfunction in patients with liver cirrhosis is manifested in a rapid progression of laboratory and instrumental indexes of the dysfunction of endothelium that is especially manifested in patients of class C of Child-Pugh. The results confirm the data, which is available in literature, about rapid progression of laboratory markers of the dysfunction of endothelium in system circulation in decompressed forms of liver cirrhosis. Up to this moment the problem of endothelial dysfunction and its correction during diffusive liver diseases has been hardly studied. Our studies allow us to view endothelial dysfunction and the change of its laboratory indexes (endothelin-1, von Willenbard factor, and prostaglandins in plasma), as one of the important links in pathogenesis of portal hypertension and the development of a hyperdynamic blood circulation type.

During the progression of the pathogenic process a damage to endothelium liver sinusoid cells occurs with a further activation of liver mononuclear cells, that leads to an increase in cytokine production, free radicals and collagen, as a result of this a change of sinusoid fenestration, collagenization of Disse space and an increase of the inner liver vessel resistance. This leads to nascence of pre-liver blood deployment through natural portocaval anastomoses which, along with inner-liver and portocaval shunts, leads to a rapid decrease of the volume of liver blood supply [6]. This leads to ischemia, necrosis of the liver tissue with further fibrosis and defection of the liver architectonics.

Portal hypertension, which leads to varicose hemorrhage and ascites, is a severe complication of liver cirrhosis associated with high death rate. Improvement of the treatment methods of liver diseases is associated with

problems of early manifestation of central and porto-liver hemodynamics defection and their prompt correction, namely through restoring endothelium structure and functions system and liver blood capillary. Systemic endothelial dysfunction with defection of laboratory markers of the dysfunction of endothelium concentration in liver cirrhosis with portal hypertension carries a universal character. A treatment with angiotensin II receptor blockers and beta-blockers is pathogenically optimal in formation of portal hypertension in patients with liver cirrhosis on the background of basic treatment in combination with prebiotics, probiotics and L-arginine medical preparations. Endothelial dysfunction and intracardiac hemodynamics indexes normalization, which occurs on the background of complex treatment, points out the improvement of the elastic abilities of vessel walls and displays the positive influence of this treatment scheme on the process of vessel remodeling.

Conclusions

1. Complex treatment in patients with liver cirrhosis with the usage of valsartan in combination with prebiotics, probiotics and L-arginine medical preparations is well tolerated by the patients and does not significantly influence the indexes of system arterial pressure.

2. Complex treatment with the usage of prebiotics, probiotics, L-arginine medical preparations and angiotensin II receptor blockers in patients with liver cirrhosis and portal hypertension is an effective pathogenically proven method for the dysfunction of endothelium indexes and central hemodynamics correction.

3. Medical preparations, valsartan, are an alternative in complex treatment of patients with liver cirrhosis for normalizing the endothelial dysfunction in combination with prebiotics, probiotics and L-arginine medical preparations for the preventive treatment of hemorrhages of varicose veins of esophagus and stomach.

References:

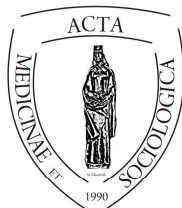
1. Bai, V., Sun, L., Vang, S. et al. (2009): Increase in fasting vascular endothelial function after short-term oral L-arginine is ineffective when baseline flow-mediated dilation is low: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am. J. Clin. Nutr.* 89 (1): 77 – 84.
2. Bosch, J., Berzigotti, A., Garcia-Pagan, J.C. et al. (2008): The management of portal hypertension: rational basis, available treatment and future options. *J. Hepatol.* 48: 68–93.
3. Chatterjee, A., Catayas, J. D. (2008): Endothelial nitric oxide (NO) and its pathophysiologic regulation. *Vascul. Pharmacol.* 49 (4 – 6): 134 – 140.
4. Fierbinteanu-Braticevici, C., Dragomir, P., Tribus, L., et al. (2006): The role of Valsartan, an Angiotensin II receptor antagonist, on portal and systemic hemodynamics and on renal function in liver cirrhosis. *J. Gastrointest. Liver Dis.* 15 (4): 337 - 342.
5. Hennenberg, M., Trebicka, J., Kohistani, A. Z. et al. (2009): Vascular hyporesponsiveness to angiotensin II in rats with CCl₄-induced liver cirrhosis. *Eur. J. Clin. Invest.* 39 (10): 906 - 913.
6. Lugo-Baruqui, A., Munoz-Valle, J.F., Arevalo-Gallegos, S. et al. (2010): Role of angiotensin II in liver fibrosis-induced portal hypertension and therapeutic implications. *Hepatol. Res.* 40 (1): 95 - 104.
7. Mejias, M., Garcia-Pras, E., Tiani, C. et al. (2008): The somatostatin analogue octreotide inhibits angiogenesis in the earliest, but not in advanced, stages of portal hypertension in rats. *J. Cell Mol. Med.* 12: 1690 – 1699.
8. Бабушкина, А. В. (2009): L-аргинин с точки зрения доказательной медицины / А.В. Бабушкина. *Український медичний часопис* 6 (74): 43 – 48.
9. Грюнрайфф, К., Ламберт-Бауманни (2008): Эффективность гранул L-орнитин-L-аспартата при лечении хронических заболеваний печени. *Сучасна гастроентерологія* 2: 26 - 33.
10. Ермолова, Т. В., Шабров, А. В., Ермолов, С. Ю., Олейник, В. В. (2009): Изучение эффективности L-орнитина-L-аспартата (Гепамерц) в профилактике послеоперационных осложнений у больных хроническими заболеваниями печени. Острые и неотложные состояния в практике врача 5: 26 – 28.
11. Русин, В. І., Сірчак, Є. С., Петричко, О. І., Івачевський, М.М. (2011): Корекція ендотеліальної дисфункції у хворих на цироз печінки. *Український журнал хірургії* 2 (11): 9 - 13.

12. Скрипник, І. М., Гапко, О. Ф. (2010): Кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу: діагностика, лікування та профілактика. *Здоров'я України* 4: 44 – 45.
13. Степанов, Ю. М., Кононов, І. Н. (2007): Основные причины кровотечений при заболеваниях печени. *Здоров'я України* 7 (1): 33 - 35.
14. Чекман, І. С., Харченко, Н. В., Анохіна, Г. А. (2010): Клініко-фармакологічні властивості та особливості застосування комбінованого гепатопротекторного препарату «Гепадиф®» як середника терапії супроводу при прийомі статинів. *Сучасна гастроентерологія* 4 (54): 88 – 93.

Rusin V.I., Sirchak E.S., Ivachevskij M.M., Petrichko O.I.

Uzhhorod National University, Medical Department (Ukraine, Uzhhorod)

UNIVERSITY
OF DEBRECEN
FACULTY OF
HEALTH
NYÍREGYHÁZA



ACTA
MEDSOC
VOLUME 3.
2013

Content of nitrogen oxide synthases in the mucosa of the stomach and duodenum of patients with NSAID gastropathy

Yu.M.Stepanov, Yu.S.Breslavets

Institute of Gastroenterology (Ukraine, Dnepropetrovsk)

Abstract. Content of nitrogen oxide synthases in the mucosa of the stomach and duodenum of patients with NSAID gastropathy.

The article presents results of immune histochemical investigation of the levels of inducible and endothelial nitric oxide synthases (iNOS and eNOS) in 120 patients with gastroduodenal inflammatory and erosive lesions of against the long-term use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), and in 20 subjects without endoscopically verified gastrointestinal pathology, who comprised control group. The mean iNOS levels in patients with NSAIDs-gastropathies was $(2,30 \pm 0,09)$ and $(2,39 \pm 0,07)$ in patients of the first and second groups, in the control group – $(0,20 \pm 0,09)$ c.u; eNOS – $(2,10 \pm 0,09)$ and $(2,02 \pm 0,09)$ c.u. respectively, in the control group $(0,65 \pm 0,11)$. The direct correlation has been established between the levels of iNOS, eNOS and lesions of gastroduodenal mucosa at NSAID gastropathies ($p < 0,001$). These figures indicate the direct role of nitric oxide synthases in the chain of pathological reactions that develop in the stomach and duodenum of patients with NSAIDs – gastropathies.

Key words: NSAID gastropathy, nitrogen oxide synthases, immune-reactive reactions, acid-producing function of the stomach, H.pylori culture

DOI: 10.19055/ams.2013.4/11/3

Összefoglalás. Nitrogén-oxid szintáz érték a gyomor és a nyombél nyálkahártyájában NSAID-gastropathiás betegeknél

A cikkben immunhisztokémiai vizsgálat során kapott indukálható és endoteliális nitrogén-oxid szintáz (iNOS és eNOS) eredményeket mutattunk be 120 betegnél, akiknél gyulladáso, illetve eróziós gyomor és nyombél elváltozásokat állapítottunk meg huza-mos nem szteroid gyulladáscsökkentő szerek (NSAID) szedése következtében és 20 személynél, akiknél endoszkópos vizsgálat során nem találtunk kóros elváltozást a táp-csatornában (a továbbiakban ők alkották a kontroll csoportot). Az átlag iNOS érték az NSAID-gastropathiás betegeknél $(2,30 \pm 0,09)$ és $(2,39 \pm 0,07)$ f.e. volt az első és a második megfigyelési csoportban, a kontroll csoportnál pedig $(0,20 \pm 0,09)$ f.e.; az eNOS érték - $(2,10 \pm 0,09)$ és $(2,02 \pm 0,09)$ f.e., illetve $(0,65 \pm 0,11)$ f.e. a kontroll csoportnál. Közvetlen összefüggést állapítottunk meg az iNOS, eNOS szint és a gasztroduodenális rendszer nyálkahártyájának kóros elváltozásai között NSAID-gastropathia esetén ($p < 0,001$). Ezek az adatok rámutatnak a nitrogén-oxid szintáz közvetlen szerepére ama kóros láncreakcióban, ami a gyomor és a nyombél nyálkahártyájában alakul ki NSAID-gastropathiás betegeknél.

Kulcsszavak: NSAID-gastropathia, nitrogén-oxid szintáza, immunreaktív válasz, a gyomor savtermelő funkciója, H.pylori kultúra

Among the factors which undeniably affect the development of inflammatory and destructive lesions of gastroduodenal zone, NSAIDs rank next to Helicobacter pylori (HP). Every drug is inherited with its biological and physicochemical properties, which are essentially a combination of both desirable as well as undesirable ones. Thus, extensive research activities are oriented towards the improvement of therapeutic efficacy of drugs through the removal of their undesirable effects. NSAIDs are among the most commonly prescribed classes of drugs throughout the world. Historically, the anti-inflammatory drugs had their origin in the serendipitous discovery of certain plants and their extracts being applied for the relief of pain, fever and inflammation [1, 6, 10].

Aspirin and NSAIDs have a storied history in the treatment of pain and rheumatic diseases. In the 4th century B.C., Hippocrates detailed the use of powder made from the bark and leaves of the willow tree (*Salix* spp.) for headache, pain, and fever. Ancient Egyptians and Assyrians also used a willow extract to relieve the pain and erythema of inflamed joints. In 1828, Johann Buchner at the University of Munich extracted and purified salicin from willow, and three decades later, Charles Gerhardt succeeded in synthesizing a “buffered” form of salicylate to reduce dyspepsia, acetylsalicylic acid. This synthetic compound, containing no willow derivatives, was marketed by Felix Hoffmann of the Bayer Company in 1899 as aspirin [2, 18].

The importance and necessity of NSAIDs usage by patients with a marked pain syndrome, especially in pathology of locomotor apparatus was demonstrated by a series of investigations lasting from 6 to 18 months (such as MEDAL, CLASS, TARGET) [11, 20, 21]. Two large-scale studies comparing the adverse gastrointestinal effects of COX-2 specific inhibitors to those of traditional nonselective NSAIDs confirmed the relative safety of selective COX-2 inhibitors. The 2000 Vioxx Gastrointestinal Outcomes Research Trial (VIGOR) involved a randomized double-blind comparison of 8076 patients with rheumatoid arthritis. Participants received either 50mg of rofecoxib or 500mg of naproxen twice a day for nine months. The researchers found that significantly fewer adverse gastrointestinal events occurred in the rofecoxib treatment group. Furthermore, both medications showed similar efficacy against rheumatoid arthritis. A second study published in the same year also confirmed the relative gastrointestinal safety of selective COX-2 inhibitors, testing celecoxib. The Celecoxib Long-Term Arthritis Safety Study Trial (CLASS) involved 8059 patients with osteoarthritis or rheumatoid arthritis in a prospective, randomized double-blind comparison of three groups. Patients were assigned to receive either 400 mg of celecoxib twice a day, 800 mg of ibuprofen three times a day or 75mg of diclofenac twice a day. Celecoxib was found to be associated with fewer upper gastrointestinal side effects, including symptomatic ulcers and ulcer complications [3, 21].

The term "NSAID gastropathy" was established in 1986, in order to differentiate classic ulcerative diseases from the specific lesions of gastric mucosa. Large share of patients take these medicines to relieve pain. Nonsteroidal antiinflammatory drug associated gastropathy is a specific syndrome, associated with use of NSAIDs. This syndrome is expressed by mucosal lesions in gastric antrum and less frequently in the duodenum. The spectrum of NSAID-induced gastro-intestinal tract (GIT) pathology includes shallow mucosal changes, erosive gastritis, peptic ulcer disease, and ulcer complications, such as upper GIT bleeding, perforation, penetration, and obstruction. Dyspepsia occurs in 10-20 % of patients taking NSAIDs but also occurs frequently with non-NSAID analgesics, such as acetaminophen, and it is not predictive of ulcer development. Similarly, although two-thirds of patients taking NSAIDs have superficial mucosal lesions visible by endoscopy, these are not predictive of adverse outcomes. Recognition of frank ulcers, which represent 15-25% of patients with dyspepsia, is clinically important. The incidence of hospitalization for NSAID-related upper GIT bleeding is 1-2 % per year and confers 5-10% mortality; although the overall annual mortality rate for GIT bleeding in this context is relatively low (0.22 %), the large number of patients with chronic NSAID exposure results in substantial morbidity and mortality.

Unfortunately, many patients are poorly informed of the risks associated with this class of medications [18, 30].

The most often NSAIDs are used in pathology of osteo-muscular system, especially in case of osteoarthritis. Over the period from 1997 till 2002 osteoarthritis incidence in Ukraine doubled and continues to increase. By the data of the X-rays examinations, osteoarthritis signs are revealed in 35% of persons younger than 30 years and almost in 100% over the age of 55 years. What is more, osteoarthritis causes long-term disability and is responsible for about 10% of primary disablement of population [5, 16, 28]. The risk of complications from the side of gastro-intestinal tract in patients on NSAIDs medication increases. The lesions of gastroduodenal zone in the form of erosions is revealed in 10-29% of patients using NSAIDs. The most frequent pathologic changes are revealed in the antral portion of the stomach and more rarely in the bulb of the duodenum. NSAIDs cause the 20% of all side effects of drug therapy in England, 25% in the USA and over 40% in Ukraine; therewith 90% are gastroduodenal complications. Considering specificity of pathogenesis of pathologic process in NSAID gastropathies, complaints are absent in approximately 34% of the patients; this increases risk of complications in the form of gastro-intestinal bleedings [12, 28, 30].

According to modern medical data, there are multiple contributing factors in the development of NSAID gastropathy, which makes researchers continue studying its pathogenesis and contributing factors in detail. In accordance with pathogenesis of NSAID gastropathy it is supposed that there is no difference in complication risks depending on the routes of NSAIDs' administration (per os, or per rectum). There are several factors that increase the risk of peptic ulcer disease: age > 65 years; past medical history of peptic ulcer disease; high doses of NSAIDs, or two NSAID drug combinations and/or long-term treatment regimens; co-treatment with corticosteroids; female gender; tobacco and alcohol; *Helicobacter pylori* infection. The clinical utility of an NSAID is determined by the compromise between its therapeutic efficacy and toxicity. If an NSAID is effective, but a patient cannot tolerate its side-effects then the NSAID is of no use to the patient. Safety is often a primary consideration in the choice of a particular NSAID. Given the apparent equivalent efficacy of NSAIDs it is not surprising that the promoted "safety" of an NSAID is a main determinant of its sales success. NSAID toxicity can be reduced by avoiding their use in high-risk patients, however, this is not always practical given that many such patients may require NSAIDs for daily functioning [18, 27].

NSAID gastropathy pathogenesis is not completely revealed, but it is deemed that these medications have ability to penetrate mucosal layer in the acid media of stomach; they damage bicarbonate barrier, cause back-diffusion of hydrogen ions into the gastric lumen and so with the direct contact cause damage. In the line with

the up-to-day views, there exist some mechanisms of lesion of mucous membrane of the gastroduodenal zone when using drugs of this group. One of them is due to the blockade of cyclooxygenase-1 (COX-1) and disorder of synthesis of gastroprotective prostaglandins (PG) in the mucous membrane linked with. In 1972, John R. Vane demonstrated that aspirin blocks the synthesis of a proinflammatory cytokine, prostaglandin E, for which he was granted the Nobel Prize in 1982. Prostaglandin synthase (COX), the enzyme inhibited by aspirin, which converts arachidonic acid to prostaglandins, was discovered in 1989, and was found to have two isoforms: COX-1 and COX-2. The COX-1 enzyme is constitutively expressed in most cells of the body, and in the gastroduodenal mucosa the prostaglandins it produces serve to protect the mucosal lining from injury by luminal acid pepsin. COX-1 is also implicated in platelet aggregation (mediated by thromboxane A₂) and maintenance of renal function. In contrast to COX-1, COX-2 expression is inducible by proinflammatory cytokines, and the products of its reaction are implicated in activation of the inflammatory cascade as well as the maintenance of renal function. Nonselective NSAIDs, such as aspirin, therefore reduce inflammation via COX-2 inhibition at the expense of platelet inhibition and GIT toxicity from COX-1 inhibition. COX-2 selective inhibitors then reduce inflammation without platelet inhibition or adverse GIT effects. As renal perfusion is affected by both enzymes, COX-2 selective inhibitors may still impart renal toxicity [4, 7, 22, 23,27].

The first COX-2 selective inhibitor, celecoxib (Celebrex), approved by the FDA in 1998 based upon the results of five clinical trials involving more than 5000 patients with degenerative or rheumatoid arthritis, showed comparable analgesia and efficacy to nonselective NSAIDs and placebo with fewer clinical and endoscopic gastroduodenal ulcers. Two other COX-2 selective inhibitors: valdecoxib and rofecoxib, were subsequently approved; however, in the wake of concerns of an increased risk of thromboembolic events, and with valdecoxib an additional risk of Stevens–Johnson syndrome, both were withdrawn from the U.S. market in 2005. Celecoxib remains available for the treatment of pain associated with degenerative joint disease and rheumatoid arthritis, but as of April 2005 carries a “black box” warning alerting consumers to the increased cardiovascular risk associated with this medication [18].

The relation between the infection with *Helicobacter pylori* and use of NSAIDs in the pathogenesis of peptic-ulcer disease is controversial, because studies examining these two risk factors in this disorder have had conflicting results. The conventional aspect is that the presence of both of these well-established risk factors for peptic-ulcer disease would be expected to increase the risk of the disease. However, this was not the case in several observational studies with patients taking NSAIDs, in which peptic-ulcer disease was less frequently diagnosed when HP infection was present than in patients without the infection.

Conflicting results have also been reported from randomized controlled clinical trials on whether eradication of HP infection retards ulcer healing or reduces the risk of developing peptic-ulcer disease [8]. In the 4th Maastricht/Florence Consensus Conference, 44 experts from 24 countries took active part and examined key clinical aspects in three subdivided workshops: indications and contraindications for diagnosis and treatment, focusing on dyspepsia, non-steroidal anti-inflammatory drugs or aspirin use, gastro-oesophageal reflux disease and extraintestinal manifestations of the infection. A meta-analysis showed, however, that eradication seems less effective than treatment with maintaining PPI for preventing NSAID-associated ulcers [14, 15, 24].

At present there exist a lot of scientific publications devoted to the research into the role of this ferment in the pathogenesis of various diseases, NSAID gastropathies in particular. However, significantly less works are devoted to the role of nitrogen oxide (NO) in pathologic reactions, appearing in the case of gastroduodenal zone lesions, associated with the usage of non-steroid drugs.

In the 1980's researches linked with NO for the most part were devoted to the cardio-vascular system, however in the 1990's researches into the functional systems, gastroenterology in particular came under scrutiny. At present it is known, that NO impacts the state of smooth musculature, secretion of gastric juice, mucus production and alkaline metabolites [17, 26, 29].

Three basic types of isoenzyme of NO synthases, coded by various genes are distinguished by present day scientists: NOS1 (neuronal) and NOS3 (endothelial) are related to constitutive isoforms of synthases, their activity directly and proportionally depends on the increase of intercellular calcium; NOS2 (macrophageal) is an inducible form, practically not linked with calcium, it is activated under the impact of immunogenic and pro-inflammatory stimuli, and produced by 100.000 times more number as compared with constitutive forms. Under physiologic conditions NO appears as endogenous mediator of healing, restoration, tissue aggregation, i.e. it plays a protective role. Series of investigations, carried out by scientists of the USA and Russia, demonstrated the increase of NO synthases in the cells affected by pathologic process, of inducible isoform in particular in the case of pathology of gastroduodenal zone, caused by long-term usage of non-steroid drugs. However, in the recent years, questions like the uniqueness of positive impact of eNOS and negative impact of iNOS are being discussed. In a series of researches carried out in constitutive forms was established to stimulate cascade of pathologic changes, and NO produced in activation of iNOS, executes restorative function. At the same time, in the line with classic ideas, nitrogen oxide produced in iNOS increases pathologic changes typical for ulcerous process [9, 13, 19, 25].

But despite a great interest and active study of the problem which investigates impact, they define optimal methods of its identification in the organs and tissues in various pathologies, in NSAID–gastropathies in particular.

Aim of the research

To study the content of nitric oxide synthases (eNOS and iNOS) in the mucosa of the gastroduodenal zone by immunohistochemical method in the case of NSAID gastropathies to compare with the persons of control group without endoscopically verified pathology of GIT, to assess interrelation between the level of content of nitric oxide synthases, selectivity of NSAID and H.pylori presence, and the level of acid-producing function of the stomach.

Materials and methods of the research

140 patients, of them 120 patients with inflammatory and erosive lesions of gastroduodenal zone (64 females and 56 males, aged from 18 to 67 years) in the main group, and 20 persons without endoscopically verified GIT pathology (7 females and 13 males, aged from 18 to 67 years) in the control group were under observation. In-patients and out-patients receiving NSAID as medication for a prolonged period of time (from 1 month to 3 years) were included into the research. In 93 (77%) patients of the main group osteochondrosis and osteoarthritis with the marked pain syndrome, including deforming one with disorder of functional degree (DFD) 2-3 stage was diagnosed, in 1 patient - Bechterew's disease, in 12 patients - rheumatoid arthritis, and in 14 patients - post-infarction cardiosclerosis. 82 patients (68%) having complaints from the side of GIT underwent planned fibro-gastro-duodenoscopy (FGDS). Others 38 (32%) patients without complaints up to the moment of examination noted periodical complaints in the anamnesis, which they linked with the onset of NSAID medication. These patients underwent FGDS, considering main diagnosis, presence of complaints in anamnesis and duration of NSAID medication. Depending on selectivity of NSAID all the patients were divided into 2 groups: patients of the 1st group (67 pts) received non-selective NSAIDs (aspirin, diclophenac), patients of the 2nd group (53 pts) received selective inhibitors of COX-2 (nimesulid, movalis). Patients both of the basic and control groups were of the same gender ($p>0,40$) and age ($p>0,30$).

State of the mucosa was evaluated after obtaining biopsy material. Endoscopic investigation was carried out by fiber-optic gastroscope PENTAX-FG-29; pH-

metry was performed according to Chernobrový's method. To perform morphologic investigation biopsy material of the patients obtained in FGDS was fixed in 10% solution of neutral buffered formalin during 10-12 hours with the aim to preserve integrity of cells and tissues. Later material was filled into paraffin in accordance with standards adopted. Paraffin thin-layer sections 3-5 mkm of thickness were stained with hematoxylin and eosin by standard techniques and were subjected to thorough microscopic investigation. To obtain sections, microtome with the station of receiving sections (Microm HM-340) was used. Light microscopic examination was performed by means of light microscope Leica DMLS using objectives x10, x20, x40, x100. Later, defining eNOS and iNOS content was carried out by immune-histochemical method, by the scale from 0 to 3, according to recommendations of Lazaraki G. et al. (2008). Thin-layered paraffin sections were incubated by antibodies in a damp chamber at temperature 23-25°C during 30 minutes. Spectrum of antibodies, which included eNOS markers (endothelial synthase of nitric oxide, LabVision, USA), iNOS (inducible synthase of nitric oxide, LabVision, USA) were used as primary antibodies. Control investigations with the aim to exclude false-positive and false-negative results were used for every marker. Secondary antibodies—specifically-selectively tropic ones to primary antibodies were applied on sections and incubated into damp chambers during 30 minutes with washing out between each stage during 10 minutes in TRIS-buffer solution. Immuno-histochemical (IHC) investigation was carried out by using visualization system of the last generation UltraVision LP (LabVision, USA). Identification of reaction was carried out by applying diaminaminobenzidine chromogene (DAB) over the period from 20 seconds to 3 minutes under the control of microscope, with cytoplasmic cells manifested in the form of dark-brown coloring. To differentiate tissue structures, sections additionally were stained with Mayer hematoxylin for 1-3 minutes. While performing IHC investigation, control sections with tissues, in which the above mentioned marker was revealed in all cases and in full measure were used to check up quality and specificity of reactions. Besides, as a quality control, reactions with unchanged intact epithelium were assessed. Qualitative and quantitative findings of the level of markers content were studied at a minimum 8-10 randomized chosen fields of vision of microscope of histologic sections at magnification x400 and x1000.

Assessment of eNOS and iNOS content was performed by the scale from 0 to 3, in accordance with LAZARAKI G. et al (2008). Intensity was defined by criteria from 0 to 3 (0 for negative reaction, 1 for slight diffuse coloring, 2 for moderate granular coloring, 3 for intensive granular), and area – by percentage of colored cells to the whole area of the tissue (<10%, 10 – 89%, >90%). So, aggregate finding 1 (+) (intensity 1, area 10-100%) of colored cells, or intensity 2-3 up to 10% of colored cells), 2 (++) (in the range of intensity 2 and more than

10% of colored cells, to intensity 3, with less than 90% of colored cells), and aggregate finding 3 (+++) (intensity 3 and more than 90% of colored cells) were obtained.

Statistical processing of research materials was carried out using the program package Statistica® v.6.1. To assess authenticity of differences of mean values, criterion Student and Mann-Withney was used, for relative values – criterion of correspondence χ^2 – square (χ^2), correction of Yeits; to assess interrelation between separate signs – Spirmen's(r) coefficient of range correlation was used. Differences were considered as statistically significant in $p < 0,05$.

Results and discussion

The results of the endoscopical investigations in the basic groups of patients are the following: peptic ulcer of the stomach was revealed in 24 patients (36,5 %) of the 1st group, and in 15 patients (28,1%) in the 2nd group; duodenal ulcer – 13 (19,1 %) of the 1st group and in 18 (33,3 %) - 2nd group; erosive gastritis – in 22 patients (34,9 %) of the 1st group, and in 15 (28,1 %) – 2nd group. Un-erosive mucosal changes was revealed in 9.5 % of patients of the 1st group and in 10,5 % of patients in the 2nd group (Fig.1).

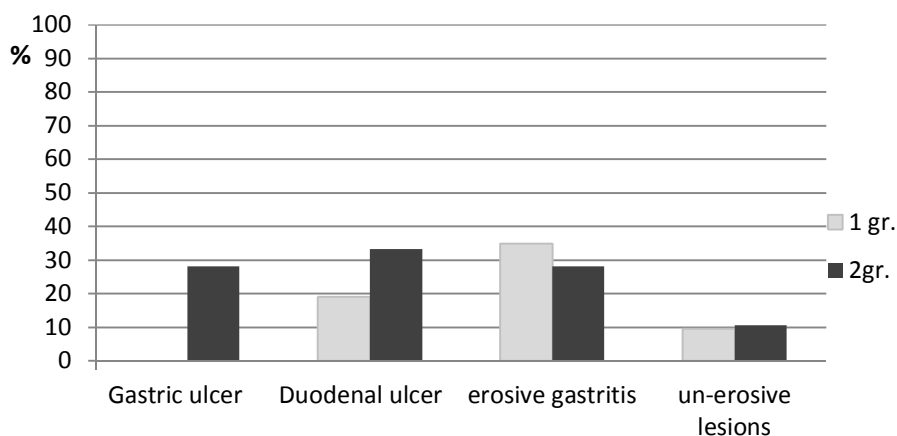


Fig 1. Structure of character of gastroduodenal zone lesion in dependence with NSAID selectivity

Morphologic picture in the basic groups of patients did not differ significantly. Hyperplastic-atrophied gastritis with activity from (+) to (+++) was revealed in 60 patients (90%) of the 1st group, and in 51 (96%) – of patients in the 2nd group ($p>0,40$), active hyperplastic gastritis – in 7 (10%) of patients in the 1st group and in 2 (4%) – 2nd group.

Taking into account the importance of *H.pylori* presence in the ulcerogenic processes while performing quick urease test, in the groups of patients helicobacteriosis degree was revealed in comparison with the control group. Infectivity with *H.pylori* by the results of tests reached 61,9% ($n=41$) in the 1st group, in the 2nd – 73,7 % ($n=39$), in the control group – 50% ($n=10$). Despite the absence of morphologically verified pathology of GIT in the patients of the control group, by the incidence of *H.pylori* revealing this group probably did not differ from other groups of investigation ($p>0,20$).

By the results of pH-metry, increased pH level (+) was revealed in 28 (41,3 %) of patients in the 1st group and in 15 patients (28,3 %) in the 2nd group ($p<0,05$), pH (-) – in 30 patients (44,4 %) and in 23 patients (43,4 %) accordingly to the groups ($p<0,05$). pH (N) in 9 patients (14,3 %) in the 1st group and in 15 patients (28,3 %) in the 2nd group; in 10 persons (50%) in the control group pH level complied with the norms ($p<0,001$ as compared to the 1st and 2nd group). By the incidence of revealing of the increased pH level, patients of the control group were approaching to the patients of the 1st group ($p>0,10$) (Fig 2).

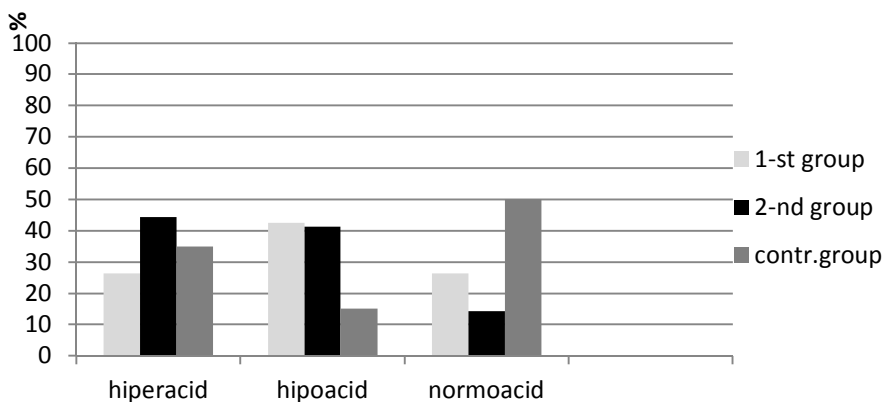


Fig 2. The results of pH-metry in dependence with NSAID selectivity

Study of nitric oxide content in different groups of investigation showed the following: significant ($p < 0,001$) increase of iNOS content in the mucosa of gastroduodenal zone in case of inflammatory and erosive lesions of gastroduodenal zone, associated with a long-term usage of NSAIDs. It is important that enzyme acted directly in the cells of the gastroduodenal zone mucosa; this testifies to a high specificity of reaction (Fig. 3, Fig. 4).

Average level of iNOS ($M \pm m$) in patients of the I-st and II-nd group was ($2,30 \pm 0,09$) and ($2,39 \pm 0,07$) of conventional units (c.u.) correspondingly; this is more than 11 times exceeded analogous level in the patients of control group ($0,20 \pm 0,09$) of c. u. (Fig.5). Probable differences between the level of inducible form of NO content, depending on selectivity of NSAIDs ($> 0,40$) used for a long-time period, were not revealed.

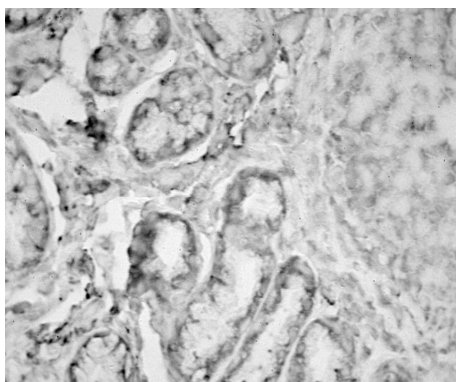


Fig.3. Biopate of the antral portion of the stomach patient P., 26 years of age NSAID gastropathy. Immuno-histochemical method with antibodies iNOS (endothelial synthase of nitric oxide LabVision, USA).

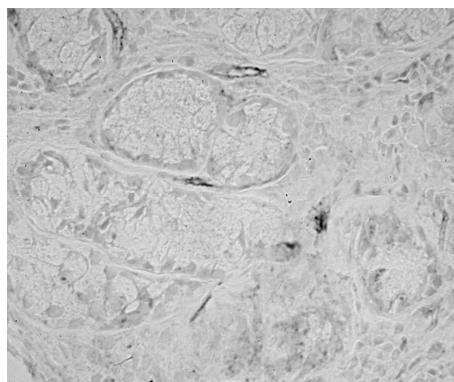


Fig. 4. Biopate of the antral portion of the stomach, patient N., 20 years of age (control group). Immuno-histochemical method with antibodies iNOS (endothelial synthase of nitric oxide LabVision, USA).

As for eNOS production, its level was significantly higher as compared to the control one in patients of the 1st group – ($2,10 \pm 0,09$) against ($0,65 \pm 0,11$) of c.u. ($p < 0,001$), this level has a tendency to grow in patients of the 2nd group – ($2,02 \pm 0,09$) of c. u.

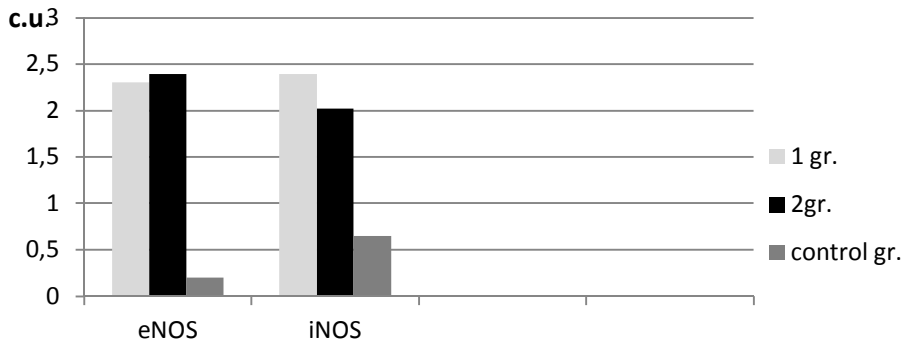


Fig.5 Mean levels of intensity of NO-synthases in patients with inflammatory and erosive lesions of the gastroduodenal zone: *- $p < 0,001$ in comparison with control group.

($p < 0,007$). Reaction was going on in the vessels located next to pathologic process, the latter testifies to non-specific reaction of the above mentioned marker in pathologic processes, especially in the mucosa of gastroduodenal zone (Fig.6, 7).

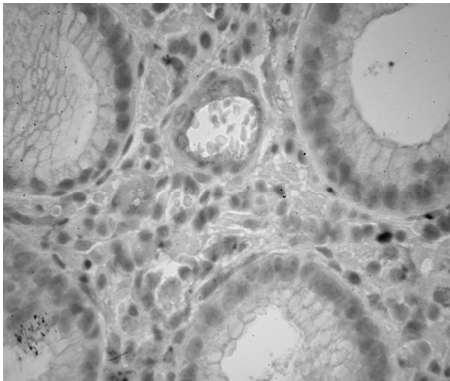


Fig.6. Biopsate of the antral portion of the stomach patient P., 26 years of age NSAID gastropathy. Immuno-histochemical method with antibodies eNOS (endothelial synthase of nitric oxide LabVision,

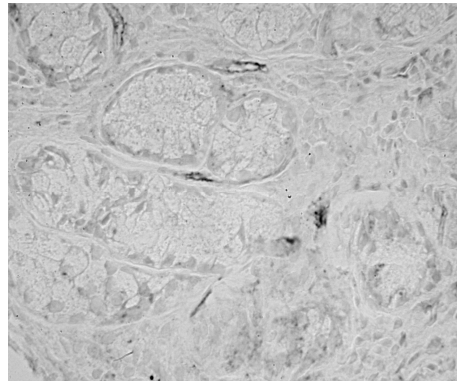


Fig.7. Biopsate of the antral portion of the stomach, patient N., 20 years of age (control group). Immuno-histochemical method with antibodies eNOS (endothelial synthase of nitric oxide LabVision, USA).

So, the usage of non-steroid anti-inflammatory drugs over a prolonged period of time causes a cascade of pathologic reactions, stimulates synthesis of pro-inflammatory enzymes; which in turn significantly decreases protective properties of the gastroduodenal zone mucosa.

Conclusions

1. The increased level of iNOS and eNOS content in patients with NSAID gastropathies in comparison with persons without verified by means of endoscopic method pathology of GIT ($p < 0,001$) testifies to direct impact of NSAIDs usage on development of cascade of pathologic reactions in the mucosa of gastroduodenal zone.

2. The increase of immunoreactivity of iNOS in the cells affected by pathologic process testifies to specificity of the mentioned marker in inflammatory and destructive lesions of gastroduodenal zone on the background of NSADs medication.

3. In patients receiving non-selective non-steroid drugs, a tendency to increase the findings of acid-producing function of the stomach was noted, this is in inverse proportion as compared with patients, receiving selective NSAIDs ($p < 0,05$).

4. Contamination with *H. pylori* in patients, receiving selective and non-selective NSAIDs significantly did not differ; this definitely may testify to the absence of a direct link between selectivity of non-steroid anti-inflammatory drugs and level of *H. pylori* revealing.

References

1. Abnet C. C., Freedman N.D., Kamangar F. et al. (2009): Non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of gastric and oesophageal adenocarcinomas: results from a cohort study and a meta-analysis. *Br J Cancer* 100(3): 551 – 557.
2. Appelboom T. (2002): Arthropathy in art and the history of pain management: through the centuries to the cyclooxygenase-2 inhibitors. *Rheumatology* 41(suppl 1): 28–34.
3. Bombardier C., Laine L., Reicin A. et al. (2000): Comparison of upper gastrointestinal toxicity of rofecoxib and naproxen in patients with rheumatoid arthritis: VIGOR Study Group. *Engl J Med.* 343 (21): 1520-8.

4. Buttgerit F., Burmester G., Simon L. (2001): Gastrointestinal toxic side effects of NSAID and cyclooxygenase-2 specific inhibitors. *Am. J. Med.* 110: 13–19.
5. Chan F.K. (2010): Celecoxib versus omeprazole and diclofenac in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis (CONDOR): a randomised trial. *Ann Intern Med.* Vol.376 (9736) 376: 173–179.
6. Hall A. J. (2003): Gastric mucosal cell model for estimating relative gastrointestinal toxicity of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *J Pharm Pharmacol.* 55(5): 661.
7. Hinz B., Cheremina O., Brune K. (2009): Acetaminophen (paracetamol) is a selective cyclooxygenase-2 inhibitor in man. *The FASEB journal: Official publication of the Federation of American Societies for Experimental Biology* 22 (2): 383–390.
8. Huang J., Sridhar S., Hunt R.H. (2002): Role of *Helicobacter pylori* infection and non-steroidal anti-inflammatory drugs in peptic-ulcer disease: a meta-analysis. *Lancet* 5: 15 – 16.
9. Kubes P. (2004): Inducible nitric oxide synthase. *Gut* 51: 1234-1241.
10. Kumud M., Prodrugs M., Manishika Sh., Seema Th. (2011): Quest for Alternative to NSAIDs Gastropathy. *International Journal of Research in Pharmaceutical and Biomedical Sciences* 2(4): 1394.
11. Laine L. et al. (2007): Assessment of upper gastrointestinal safety of etoricoxib and diclofenac in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis in the Multinational Etoricoxib and Diclofenac Arthritis Long-term (MEDAL) programme: a randomized comparison. *Lancet* 9560 (369): 465–473.
12. Laporte J., Ibanez L., Vidal X. (2010): Upper gastrointestinal bleeding associated with the use of NSAIDs. *Drug. Saf.* 27: 411–420.
13. Lazaraki G. et al. (2008): *Helicobacter pylori* infection upregulates endothelial nitric oxide synthase expression and induces angiogenesis in gastric mucosa of dyspeptic patients. *European journal of gastroenterology & hepatology* 5: 441–449.
14. Malfertheiner P., Megraud F., O’Morain C. et al. (1997): European concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection—the Maastricht consensus report. The European *Helicobacter pylori* study group (EHPSG). *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 9: 1-2.
15. Malfertheiner P., Megraud F., O’Morain C.A. et al. (2012): European *Helicobacter* Study Group. Management of *Helicobacter pylori* infection—the Maastricht IV/ Florence Consensus Report. *Gut.* 61(5): 646 – 664.
16. Orlando A. et al. (2009): Gastrointestinal lesions associated with spondyloarthropathies. *World Gastroenterol.* 15 (20): 8.

17. Shan V., Gores G. (2007): Nitric oxide in gastrointestinal health and disease. *Gastroenterology* 45: 787-781.
18. Schlansky B., Hwang J. (2009): Prevention of nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced gastropathy. *J Gastroenterol.* 44 [Suppl XIX]: 44–52.
19. Schmidt H.H.H.W., Gagne G., Nacane M. et al. (1992): Mapping of neural nitric oxide synthase in the rat suggests frequent colocalisation with NADPH-diaphorase but not with soluble guanylyl cyclase, and novel paraneural function for nitrinergic signal transduction. *Histochem. Cytochem.* 40 (10): 1439 – 1456.
20. Schnitzer T.J., Burmester G.R., Mysler E. et al. (2004): Comparison of lumiracoxib with naproxen and ibuprofen in the Therapeutic Arthritis Research and Gastrointestinal Event Trial (TARGET), reduction in ulcer complications: randomised controlled trial. *Lancet* 364: 665–674.
21. Silverstein F.E., Faich G. et al. (2000): Gastrointestinal toxicity with celecoxib vs nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatoid arthritis: the CLASS study: a randomised controlled trial. *Celecoxib Long-term Arthritis Study.* *JAMA* 284 (10): 1247–1255.
22. Vane J.R. (1971): Inhibition of prostaglandin synthesis as a mechanism of action for aspirin-like drugs. *Nat New Biol.* 231: 232–5.
23. Vane J. R., Botting R., Botting J. (1996): Overview—mechanisms of action of antiinflammatory drugs. Improved non-steroidal anti-inflammatory drugs. COX-2 enzyme inhibitors. *Kluwer Academic Publishers* 1–27.
24. Vergara M., Catalan M., Gisbert J.P. et al. (2005): Meta-analysis: role of *Helicobacter pylori* eradication in the prevention of peptic ulcer in NSAID users. *Aliment Pharmacol. Therapi* 21: 1411-18.
25. Yang W.D., Ando J., Korenaga R. et al. (1994): Exogenous nitric oxide inhibits proliferation of cultured vascular endothelial cells. *Biocemestry immuncations* 203(2): 1160 – 1167.
26. Ивашкин В.Т., Драпкина О.М. (2000): Оксид азота в регуляции функциональной активности физиологических систем. *Росс. Журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии* 4: 16 – 21.
27. Игнатова Ю.Д., Кукеса В.Г., Мазурова В.И. (2010): Клиническая фармакология нестероидных противовоспалительных средств Москва, ГЭОТАР_Медиа С. 5,7.
28. Козлова И.В., Липатова Т.Е., Афолина Н.Г., Кветной И.М. (2006): Гастропатия, индуцированная НПВС, у больных остеоартрозом: роль некоторых факторов диффузной эндокринной системы желудка в ее возникновении. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии* 1: 47 – 52.

29. Малышев И.Ю. (1997): Введение в биохимию оксида азота: Роль оксида азота в регуляции основных систем организма. Рос.жур. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии 1: 49 – 55.
30. Насонов Е.Л. (2009): Применение нестероидных противовоспалительных препаратов: клинические рекомендации, Москва, ИМА-ПРЕСС 5-23

Yu.M.Stepanov, Yu.S.Breslavets

Institute of Gastroenterology

49074, Ukraine, Dnepropetrovsk, Pravda avenue, 96

UNIVERSITY
OF DEBRECEN
FACULTY OF
HEALTH
NYÍREGYHÁZA



ACTA
MEDSOC
VOLUME 3.
2013

The nurse and conceptual model in practice

Pavel Scholz, Valérie Tóthová, František Dolák

University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social
Studies, Department of Nursing and Midwifery

Summary. The authors of the article present the results of quantitative research focused on the nurses' opinions on conceptual models. The research constitutes a part of the results of the GAJU 079/2010/ grant project denominated: Use of the conceptual model and classification systems in nursing documentation, implemented at ZSF JU. The nursing documentation includes conceptual models. The conceptual model is a developing and changing arrangement of thinking and nursing activity, reflecting the attitudes, methods and goals of nursing. The goal of this article is to point out the current knowledge of nurses from hospital facilities in the area of conceptual models. Another partial goal consists of ascertainment of the nurses' interest in education in the area of conceptual models. The strategy of quantitative research investigation with the help of questionnaire technology was used to process these issues. The research investigation was implemented in hospital facilities of South Bohemian Region. The implementation took place in selected standard wards and intensive care wards of the region. The nurses working at such wards acted as respondents. The questionnaire was segmented into 5 parts: identification data, section dealing with the use of nursing documentation and section focused on classification systems, section of conceptual models and multicultural issues. This article focuses on the most interesting results of the nurses' opinions on the conceptual models, including the model application in practice, as well as on the nurses' interest in education in this area. The total number of questionnaires used for analysis was 565. Almost 40% of the nurses stated that they use the procedures from conceptual models in practice. The fact whether nurses use the procedures is related to the duration

of their work experience. Nurses with shorter work experience use them more frequently while nurses with the longest work experience use the procedures the least frequently. The results also show the lack of the nurses' interest in educational courses in the area of conceptual models.

Key words: nurse, conceptual models, knowledge, model application

Intruduction

The development of nursing is considered one of the essential tasks of current nursing by a lot of nurses.

Nursing at its beginnings was based mainly on natural and behavioural sciences.

The 20th century shows the use of biomedical model of nursing patients. The patient was expected to adapt to the rules of the health care workers. By the end of the 20th century, a new nursing philosophy was developed and the human in health and in disease, understood as a whole, became the subject of nursing. Nursing is a continuously developing profession and nowadays it is deeply focused on its own unique knowledge base. On the conference on the development of nursing, the Johnson, Reilly and Roy group termed different views on nursing explicitly as conceptual models. The term and further development of conceptual models can be considered an essential step towards the establishment of an independent scientific discipline, nursing (Sedláková and Kalátová, 2010). The identification and development of the knowledge base consists in the cognition and use of conceptual models in practice and in research. The integration of conceptual models into the nurses' education and their application in practice constitutes a distinctive progress leading to the increase of nursing care (Walsh, 2007). The creation of conceptual models and their terming as such was a very important progress in the nursing discipline. The nursing conceptual model is not a theory given once and for all but a developing and changing way of arrangement of thinking and nursing activity, reflecting the attitudes, methods and goals of nursing (Archalousová and Slezáková, 2007). In current nursing, we usually interpret the theories and models created by American nurses because we still do not have our specific models (Sedláková a Kalátová, 2010). Every health care facility is obliged by law to keep health care documentation of the patients, including nursing documentation. Thus the nurses' and midwives' activity shifts to a more controllable level. The requirements imposed on it are considerable because it must be as easy to complete as possible, and at the same time accurate and comprehensive. The nursing documentation prepared by using conceptual

models can help to collect the nurse's anamnesis from the patient and the patient's family, to identify the nursing problem, to plan the care for the patient and, of course, to implement it (Pavlíková, 2006).

Goal

One of the goals of this article is to point out the current knowledge of nurses on hospital facilities in the area of conceptual models and further to point out the nurses' interest in education in the area of conceptual models.

Methodology

The strategy of quantitative research with the help of questionnaire technology was used to process these issues. The research investigation was implemented in cooperation with hospital facilities of South Bohemian Region: Hospital of České Budějovice a.s., Hospital of Písek a.s., Hospital of Tábor a.s.,

Hospital of Jindřichův Hradec, a.s., Hospital of Český Krumlov, a.s., Hospital of Strakonice, a.s., and Hospital of Prachatice, a.s. The research investigation was performed at selected standard wards and intensive care wards; the nurses working at those wards acted as respondents. The questionnaire was anonymous and included 59 questions. The questionnaire was segmented into 5 parts: identification data, section dealing with the use of nursing documentation and section focused on NIC and NOC classification systems, section of conceptual models and multicultural issues. The nurses' opinions on the conceptual models, including the model application in practice, as well as the nurses' interest in education in this area were ascertained. The total number of distributed questionnaires amounted to 750. Finally 565 fully submitted questionnaires were used for subsequent analysis, which constitutes 75% return. The data were processed through the SASD (Statistic analysis of social data) software, version 1.4.4.

Selected results

As we show in Diagram No. 1, more than a half (52.0%) of the nurses answered “yes” or “rather yes” to the question whether they knew the concept of “conceptual models in nursing”. Negative standpoint was chosen by 36.2% nurses; the remaining 11.8% chose the answer "I don't know".

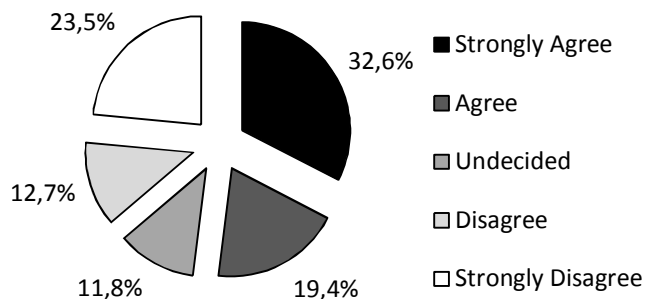


Diagram No.1

Knowledge of the concept of “conceptual models in nursing”(in %) N = 561

The analyses based on the second degree of classification demonstrated that the knowledge of the concept of “conceptual models in nursing” is significantly influenced by a number of factors. The results also show that nurses with shorter work experience (up to 10 years) have more knowledge in this area while nurses with longer work experience have less knowledge. Also the influence of education is statistically significant. Higher knowledge is reported by nurses with advanced vocational education (VOŠ) and particularly with university education (VŠ); lower knowledge is reported by graduates from secondary schools of nursing (SZŠ) and by nurses with postgraduate education. There was also a distinctive tendency showing that the knowledge of the concept of “conceptual models in nursing” is reported more by younger nurses while less by older ones.

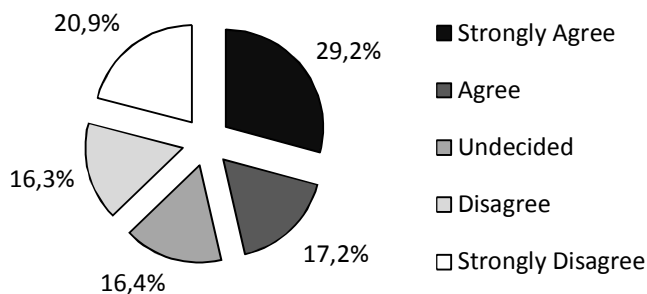


Diagram No.2

Encounter with a specific conceptual model in the course of education (in %) N = 559

Another area, on which the attention of the researchers was focused, consisted of the fact whether the nurses had encountered a specific conceptual model in the course of their education. The question was asked as close-ended question with a standardized five-degree scale of answers. A total number of 46.4% of nurses (sum of “yes” and “rather yes” answers) had encountered some conceptual model in the course of their education. The question was answered negatively by 37.2% of the nurses while the remaining 16.4% chose the answer “I don't know”. It means that a greater part of nurses state that they rather or definitely encountered some conceptual model in the course of their education. But at present, the nurses who state that have not encountered a specific model or who do not know about it slightly prevail. Nurses from the hospitals of České Budějovice, Písek and Strakonice significantly more frequently encountered a specific conceptual model in the course of their education, whereas nurses from the hospitals of Jindřichův Hradec and Prachatice encountered it less frequently. Nurses with shorter work experience (up to 10 years) significantly more frequently encountered a specific comprehensive model in the course of their education while nurses with longer work experience report on a significantly fewer frequency. Education has also considerably influenced this fact. Nurses with VOŠ and VŠ education significantly more frequently encountered a specific conceptual model in the course of their education while nurses with SZŠ and with postgraduate education encountered it less frequently. In addition, a tendency among younger nurses having encountered a specific conceptual model in the course of their education more frequently than older nurses can also be recognized. (Diagram No.2)

As we show in Diagram No. 3, more than half (57.5%) of the nurses answers "rather yes" or "yes" to the question whether they have encountered Marjory Gordon's conceptual model. Less than one third (29.0%) of the nurses answers the question negatively while the remaining 13.5% chooses the answer "I don't know". Thus the conclusion which can be reached is that most nurses at the hospitals of South Bohemian Region have already encountered Marjory Gordon's conceptual model. The low number of observations and their distribution in the individual fields of the contingency charts did not allow applying tests of statistic significance without correction.

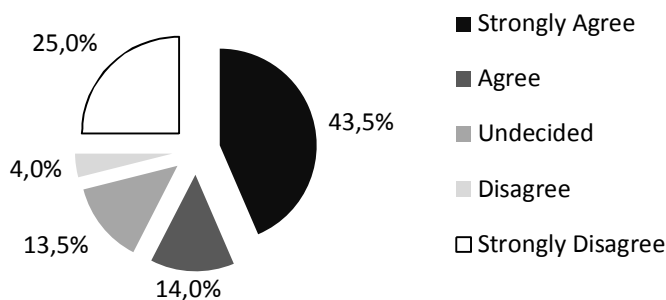


Diagram No. 3
Encounter with Marjory Gordon's conceptual model (in %) N=556

Nevertheless, strong tendencies can be observed that nurses from the hospitals of České Budějovice and Strakonice encountered the model the most frequently while the nurses from the hospitals of Jindřichův Hradec and in Prachatice encountered it the least frequently. It also turned out that nurses with shorter work experience, younger nurses and nurses graduated from VOŠ or VŠ encountered the model more frequently.

Almost 2/5 (39.4%) of the nurses of the hospitals of South Bohemian Region stated that they rather or definitely used some procedures from the conceptual models in their practice. More than a quarter (27.6%) of the nurses are not able to assess the fact and choose the answer "I don't know"; the remaining ones, up to one third (33.0%) states that they rather or definitely do not use such procedures in their practice. Thus it can be stated that nurses who admit the use of some procedures from the conceptual models in their practice is slightly prevail among nurses from the hospitals of South Bohemian Region.

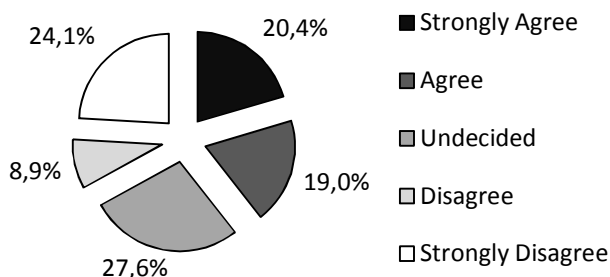


Diagram No. 4

Use of procedures from conceptual models in practice (in %) N = 564

Statistically significant differences in the answers to this question were identified among the nurses from individual hospitals. Some procedures from the conceptual models are used in practice particularly by the nurses from the hospitals of Strakonice and České Budějovice, while nurses from the hospital of Prachatice use them significantly less. The fact whether nurses use the procedures is also related to the duration of their work experience. Nurses with shorter work experience use them more frequently; nurses with the longest work experience use the procedures less frequently. It was also definitely demonstrated that nurses with VOŠ and VŠ education use the procedures significantly more frequently while nurses with SZŠ answer “do not know” more frequently than the others and nurses with postgraduate education use the procedures less frequently. (Diagram No. 4)

The nurses who stated the use of some procedures from the conceptual models in their practice (answers “yes” and “rather yes”) were further asked some close-ended and filtered questions to map whether they consider having sufficient information on the conceptual models in nursing. As we show in Diagram No. 5, only about 1/10 (10.8%) of the nurses considers having sufficient information on the conceptual models in nursing. Up to 2/3 of them (67.3%) considers not having sufficient information and the remaining 21.9 % is not able to assess the question and chooses the answer “I don’t know”. Thus it can be stated that the prevailing majority of nurses from the hospitals of South Bohemian Region considers not having sufficient information on the conceptual models in nursing. Tests of statistical significance could not be applied in this case due to the low number of observations (filtered question). But the comparison of relative frequencies suggests that the distribution found in the whole set also applies in its individual parts segmented by socio-demographic features.

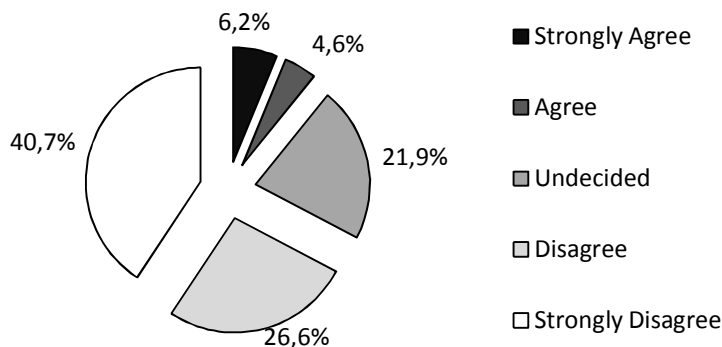


Diagram No. 5

Sufficient information on conceptual models in nursing FILTER (in %) N = 324

As we show in Diagram No. 6, the results suggest that almost a half (46.4%) of the nurses are not able to assess whether the system of care practiced in their wards is suitable for nursing documentation prepared according to the conceptual model. About 1/3 (32.5%) of the nurses think that their system is suitable; the remaining 21.0% thinks that it is not suitable. So the conclusion which can be reached is that for most of the nurses this question is not clear and that they cannot assess the suitability of the conceptual model for nursing documentation in their wards. The analysis is based on the second degree of classification demonstrating statistically significant deviations in the nurses' opinions on this issue in hospitals of South Bohemian Region. Nurses from the hospital of Strakonice are absolutely convinced about the suitability of the conceptual model for nursing documentation in the wards where they work; the nurses from the hospitals of České Budějovice and Prachatice are the least convinced; particularly the nurses from the hospital of Jindřichův Hradec are not able to take an unambiguous stand.

It shows that the opinions on this question differ significantly among the nurses at the observed hospitals. Nurses working at standard wards are more likely to use the conceptual model while nurses from the intensive care units take a negative stand more frequently. Thus the nurses' standpoint to this issue is conditioned by the type of ward they work in. The opinion on this issue is also conditioned by the duration of work experience - the longer the nurses' work experience, the more uncertain is their standpoint and the more frequent the answer "I don't know" is. It was also demonstrated that the opinion on the

possibility of using the conceptual model for nursing documentation is conditioned by education.

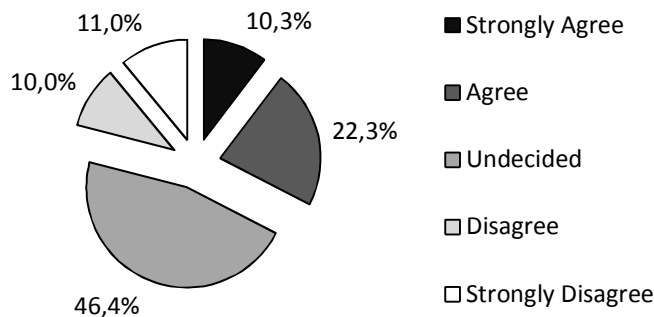
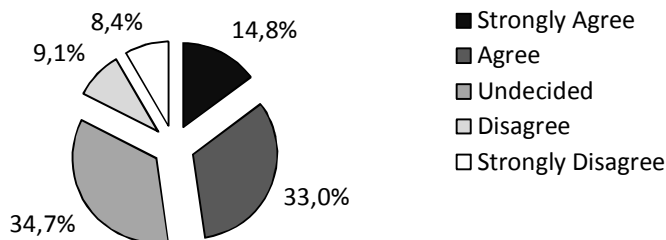


Diagram No. 6

System of care of the respondents' workplace and its suitability for nursing documentation prepared according to the conceptual model (in %) N = 562

Mainly nurses with university education prefer this possibility while nurses with SZŠ and postgraduate education more frequently state "I don't know". Thus it can be stated that the standpoint to this issue is conditioned by the type of facility and the type of ward the nurse works in, as well as by the duration of her work experience and by the degree of the education achieved.



S

Diagram No. 7

Nurses' opinion on the use of one conceptual model within nursing documentation (in %) N = 561

As we can in Diagram No. 7, 47.8% of the nurses working in the hospitals of South Bohemian Region would welcome the use of one conceptual model within the nursing documentation. Negative stand to this thesis was taken by 17.5% and the remaining 34.7% do not have a clear opinion on this issue and chose the answer "I don't know". Thus most nurses prefer the use of one conceptual model within the nursing documentation. The standpoint to this issue differs by the health care facility the nurse works in. One conceptual model is preferred particularly by the nurses at Strakonice and Písek who have more decisive opinion on this issue than the nurses at the other hospitals. The latter one more frequently state "I don't know". That means that the opinions on this question differ significantly among the nurses from the observed hospitals. Nurses with shorter work experience prefer the use of one conceptual model in nursing documentation, while nurses with longer work experience more frequently do not have a clear opinion on this issue. It was also seen that the use of one conceptual model within the nursing documentation is particularly preferred by nurses with university education while nurses with SZŠ and postgraduate education do not have a clear opinion and choose the answer "I don't know" more frequently.

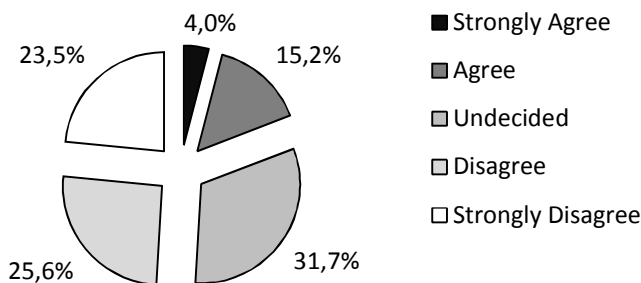


Diagram No. 8

Nurses' opinion on the use of multiple conceptual models within nursing documentation
(in %) N = 558

As we show in Diagram No. 8, the analysis of the results shows that 19.2% of the respondents expressed their consent with the use of multiple conceptual models within nursing documentation while 49.1% of the nurses are against such procedure and the remaining 31.7% do not have a clear opinion on this issue. So it was confirmed that those who prefer the use of one conceptual model do not agree with the use of multiple conceptual models and vice versa.

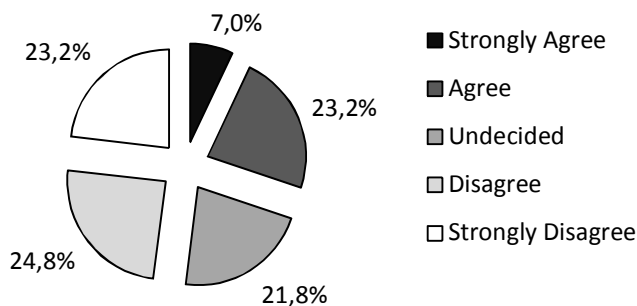


Diagram No. 9
Respondents' interest in educational courses in the area of conceptual models (in %)
N = 560

The last part of the research, the area of conceptual models, was focused on the issue of education.

It was ascertained whether the nurses from the hospitals of South Bohemian Region were interested in educational courses in the area of conceptual models. The analysis shows that at present, lack of interest in a possible course on the area of conceptual models prevails among the nurses from the hospitals of South Bohemian Region. Almost one half of the nurses (48.0%) expressed such lack of interest. About 3/10 (30.2%) of the nurses expressed their interest while for the remaining 1/5 (21.8%) the question was not clear and chose the answer "I don't know". The simple comparison of relative frequencies shows that nurses from the hospital of Strakonice showed the highest interest in educational courses. But tests of significance cannot be applied due to the low number of observations in extreme scale values. Nurses with medium duration of work experience show more interest while nurses with the shortest and the longest work experience in their branch are less interested. Other statistically significant context was not identified. (Diagram No. 9)

Discussion

One of the goals of the research consisted of ascertaining the level of information of the nurses on the conceptual models in nursing. The area of knowledge shows interesting findings that nurses with VOŠ and particularly with VŠ report higher knowledge of the concept of nursing conceptual model while the graduates of SZŠ and nurses with postgraduate education report on lower knowledge. This result may be related to the fact that the study programs ranging from advanced vocational schools to Bachelor and Master Degrees at universities include subjects dealing with the conceptual model. We can base our statement on the results presented in Diagram 3. M. Gordon's conceptual model is quite well known among the nursing staff and it ranks among the basic conceptual models (Parker, 2001). In connection with that fact, we wanted to ascertain whether the respondents knew this concept. The analysis of the results confirms our assumption that M. Gordon's conceptual model is known to the nurses. The results show that the information about the model has mainly been passed in recent years at the level of advanced schools of nursing and universities. The practical use of the conceptual models is a criterion of their spreading in the nursing practice in the hospitals of South Bohemian Region. Therefore the research ascertained whether the nurses used some procedures of the conceptual models in their practice. As we can see in Diagram 4, almost 40% of the nurses stated they use the procedures of conceptual models in practice. The results also show that the use of the procedures of the conceptual models in practice depends on the length of the work experience and the nurses' education. Nurses with shorter practice use them more frequently; the nurses with the longest practice use the procedures less frequently. The nurses who stated they use some procedures from the conceptual models in their practice were further asked whether they consider having sufficient information on the conceptual models in nursing. As we show in diagram No. 5, more than 60% of nurses consider not having sufficient information on the conceptual models, which seems to be an alarming result. We can observe a connection with the use of the procedures of the conceptual models (Diagram 4 and 5) and lack of information on the conceptual models in nursing. There is a noticeable space here to increase the offer of courses of lifelong education for nurses.

The results presented in Diagram 5 show that most nurses are not sure about the question whether their system of care in their workplace is suitable for nursing documentation according to the conceptual model. As Walsh states, the nurses should be able to assess the system of care at their workplace and to apply a suitable conceptual model when caring the patient. Thus this result is not in

line with the professional literature (Fitzpatrick and Whall, 1996). As Fitzpatrick and Whall state, a lot of nurses believe that it is more suitable to have one central conceptual model than to use multiple models (Fitzpatrick and Whall, 1996). The results of this research are in line with that. Nurses working at standard wards prefer the possibility to use the conceptual model while nurses from the intensive care units take negative stand more frequently, as we present it in Diagram 6. This result can be related to the character of work at those wards and to the working habits the nurses have there. The opinion on this issue is also conditioned by the duration of the nurses' work experience. It can be stated, based on the results, that the standpoint to this issue is conditioned by the type of facility and the type of ward the nurses work in. Most nurses prefer the use of one conceptual model within the nursing documentation. Nurses with shorter work experience prefer the use of one conceptual model in nursing documentation more, while nurses with longer work experience more frequently do not have clear opinion on this issue. It was also demonstrated that the use of one conceptual model within the nursing documentation is preferred particularly by nurses with university education. Thus it can be stated that the standpoint to the use of one conceptual model within nursing documentation depends on the duration of work experience and education of the nurses. The research had also formulated the thesis related to the use of multiple conceptual models within nursing documentation. Nurses took stands to this thesis as well, as we show it in Diagram 7. The question was meant as a test question, as it was assumed that nurses who prefer the use of one model would take negative stands to the use of multiple models and vice versa. The results acquired confirmed that assumption. As we show it in Diagram 8, the analysis of the results shows that about 50% of the nurses expresses their disagreement with the use of multiple conceptual models within nursing documentation. So it was confirmed that those who prefer the use of one conceptual model do not agree with the use of multiple conceptual models and vice versa. Thus it can be stated that the nurses from the hospitals of South Bohemian Region prefer the use of one conceptual model within nursing documentation. Only a minority of the respondents prefers the use of multiple models; but the rate of nurses without a clear opinion on this issue is considerable.

We consider the result interesting; although the nurses report on lack of information on the conceptual models, they predominantly show lack of interest in a possible course on the area of conceptual models, as it can be seen in Diagram 9.

Conclusion

The results of the research show that the nurses report on the knowledge of the concept of conceptual model in nursing. Their standpoint to this issue depends on their age, work experience and last but not least on their education. A greater part of nurses state that they rather or definitely encountered some conceptual model in the course of their education. Based on the result of the analysis, it can also be stated that Marjory Gordon's conceptual model is relatively well known among the nurses from the hospitals of South Bohemian Region. Almost 2/5 of the nurses of the hospitals of South Bohemian Region stated that they rather or definitely used some procedures from the conceptual models in their practice. It can be also stated, based on the results, that the nurses from the hospitals of South Bohemian Region prefer the use of one conceptual model within nursing documentation. Only a minority of the respondents prefers the use of multiple models; but the rate of the nurses without a clear opinion on this issue is considerable. The results further show that at present, lack of interest in a possible course on the area of conceptual models prevails among the nurses from the hospitals of South Bohemian Region. Nurses with medium duration of work experience show more interest while nurses with the shortest and the longest work experience in their branch are less interested.

References

1. ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z. Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe. I. vyd. HK: Nukleus, 2007. ISBN 80-86225-63-1
2. FARKAŠOVÁ, D. a kol. Ošetrovatelství – teorie. 1. vyd.. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8
3. FITZPATRICK J.J., WHALL, A.L. Conceptual models of nursing: Analysis and application. 3.ed. Stamford: Appleton & Lange, 1996. ISBN 083-8510-647
4. PARKER M. E. Nursing Theories and Nursing Practice. 1.ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2001.
5. ISBN 080-3606-044
6. PAVLÍKOVÁ, S. Modely ošetrovatelství v kostce. 1.vyd. Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1211-3
7. RIEHL-SISCA, J., ROY, C. Conceptual models for nursing practice. 3.ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange. 2008, ISBN 083-8512-011

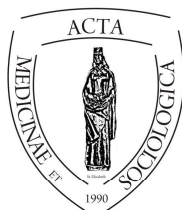
9. SEDLÁKOVÁ, G., KALÁTOVÁ, D. Vybrané ošetrovateľské modely a týrané dítě. 1.vyd. Praha:Triton. 2011. ISBN 97-8807-3874-124
10. WALSH, M. Models and critical pathways in clinical nursing, 2. ed., Bailliere Tindall, 2007. ISBN 0-7020-2188-1

This article was developed on the basis of the results of the GAJU 079/2010/ project denominated 'Use of the conceptual model and classification systems in nursing documentation, implemented at ZSF JU'.

Pavel Scholz, Valérie Tóthová, František Dolák

University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Studies, Department of Nursing and Midwifery

UNIVERSITY
OF DEBRECEN
FACULTY OF
HEALTH
NYÍREGYHÁZA



ACTA
MEDSOC
VOLUME 3.
2013

A gyermekgondozási szabadság optimális időtartama

R. Fedor Anita, Takács Péter

Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar

2010-ben indult kutatásunkban azt a célt tűztük ki, hogy megvizsgáljuk a kisgyermekes nők munkaerő-piaci integrációs esélyeiket, munkavállalási attitűdjeit. Empirikus vizsgálatunk adatgyűjtését Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében végeztük, ahol 450 fő, 0-7 éves korú gyermeket nevelő nő személyes megkeresésére került sor. A kérdőívek lekérdezése a területi védőnői körzetekben történt. A mintánkban szereplő nők munkaerő-piaci integrációs magatartását két alcsoporton keresztül tártuk fel (a megkérdezés időpontjában gyeden/gyesen lévő és a gyermekvállalást követően már újból munkába állt kisgyermekes anyák), így lehetővé vált a két vizsgált csoport összehasonlító elemzése. Jelen írásunkban fent említett kutatási eredményeink egy részterületét mutatjuk be, melyben arra kerestük a választ, hogy a kisgyermeket nevelő nők hogyan gondolkodnak a gyermekgondozási szabadság optimális időtartamáról.

DOI: 10.19055/ams.2013.4/11/4

Előzmények

Az 1950-es évektől a kétkeresős családmodell elterjedésével, a nők fizetett munkába történő bekapcsolódásával egyre nagyobb szerephez jutott a családon kívüli intézményes kisgyermekgondozás, nevelés. Az anyai gondoskodás, illetve az intézményes keretek között történő, bölcsődei, óvodai ellátás valószínűleg más-képpen hat a gyermek érzelmi és szellemi fejlődésére, későbbi teljesítményére. Ezt alapul véve az OECD a gyermek első életévéig az otthoni gyermekgondozás mellett érvel (Benedek 2007). A gondoskodó otthoni környezetben nevelkedő gyerekek a későbbiekben jobban teljesítenek az élet számos területén, mint azok, akikkel kevesebbet foglalkoztak szüleik. A korai gyermekkorban megélt élmények hosszú távon hatnak a gyermek fejlődésére, ezért a gyermeknevelés ügye a gyermek, a család és az egész társadalom szempontjából fontos (Spock 1970).

Számos, az Egyesült Államokban végzett kutatás szerint a kisgyermekes anyák által rövid időtartamra igénybevett gyermekgondozási szabadság hatással van a gyermek fejlődésére, kognitív funkcióira, későbbi iskolai eredményességére (Gregg et al. 2005). Ebből kiindulva Gregg et al. (2005) azt vizsgálták, hogy ezek a megállapítások Nagy-Britanniában is meg állják-e a helyüket. Eredményeik szerint az anya rövididejű otthonmaradásának csak akkor van negatív hatása a gyermek kognitív fejlődésére, ha az otthon töltött időszak másfél évnél kevesebb időtartamra szól. Mindemellett megállapítják, hogy amennyiben az anya, a gyermek 18 hónapos koránál hamarabb visszatér dolgozni és azt nem napi 8 órában teszi, úgy a fent említett negatív hatás csekély mértékű. Az iskolai végzettség mentén vizsgálva a kérdést azt tapasztalták, hogy a kevésbé iskolázott szülők gyermekei általában véve nem szenvednek hátrányt az anya korai munkába állása miatt, kedvezőtlen hatást inkább a magasabb végzettséggel rendelkező szülők gyermekeinél tapasztaltak. Ez pedig konzisztens azzal a hipotézissel, hogy az anya keresete jótékony hatással bír abban az esetben, ha az egyéb forrásból származó bevétel alacsony (ez egybecseng Coleman (1996) által, a családi háttér egyik összetevőjeként említett pénzügyi tőke, gyerekek teljesítményére gyakorolt jótékony hatásával), vagy ha a hátrányos helyzetű családban az anyai gondoskodás minősége nem haladja meg az igénybevett intézményes gondozás minőségét (Gregg et al. 2005).

A neuropszichológiai kutatások szerint a megszakítás nélküli szeretetteli gondozóhoz - elsősorban anyához, apához - fűződő kapcsolat, különös tekintettel a születést követő első életévben, tartós hatással bír a gyermek szociális és érzelmi fejlődésére (Schore 1996). Ebből az következik, hogy a szülő úgy investál a gyerekbe, hogy ez alatt az idő alatt nagyobb mennyiségű minőségi időt szán rá. Neidell (2000) ezzel összefüggésben azt tűzte ki célul, hogy megmérje az

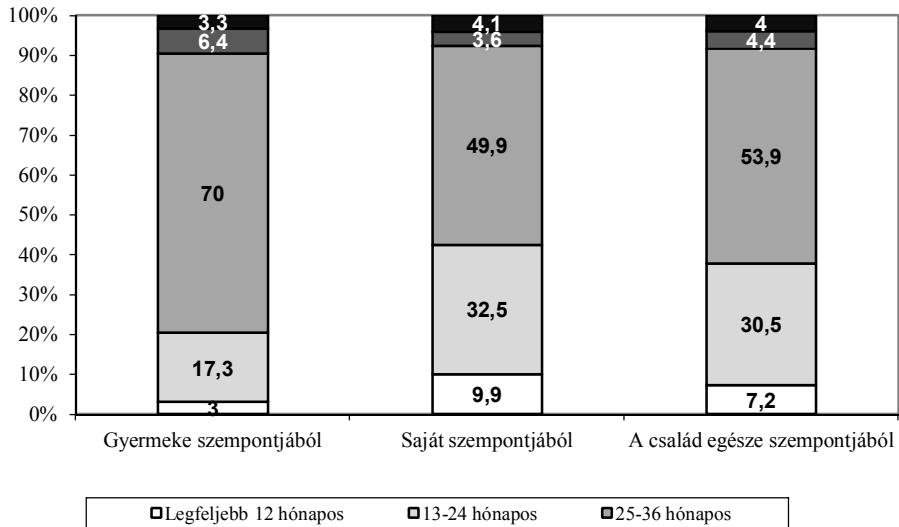
idő-invesztáció hatását abban az értelemben, ahogy azt a gyerek kognitív és non-kognitív fejlődésére vonatkozó neuropszichológiai bizonyítékok implikálják. Munkájában az előző kutatásoktól eltérően, a szülői időráfordítás permanens hatását vizsgálta a gyermek szociális és érzelmi fejlődésben, melyek fontos összetevői az emberi tőkének, s közvetve a társadalmi tőkének is. Neidell (2000) eredményei szerint az anyák, gyermekük egyéves koráig terjedő megszakítás nélküli otthonmaradása pozitív hatással bír a gyermek fejlődésére, míg a második otthon töltött időszaknak nincs meghatározó jelentősége. Bizonyos esetekben kifejezetten jótékony hatású az anya újbóli fizetett munkavégzése. Azok az anyák, akik jó munkahelyi légkörben dolgoznak s elégedettek munkájukkal, saját gyermekük emberi tőkéjét is jobban kiaknázzák. Ugyanakkor, ezek a szülők kevesebb időt töltenek gyermekeikkel, azonban minőségileg hatékonyabb „munkát végeznek” e rövid idő alatt. „Valószínű, hogy ez a csoport több információval és ismerettel rendelkezik a gyermeknevelés terén már a terhesség alatt és azt követően, vagy potenciálisan nagyobb tehetséggel rendelkeznek ahhoz, hogy mindezt átadják gyermekeiknek” (Neidell 2000:26).

A gyermekgondozási szabadság optimális időtartama a kisgyermeket nevelő nők aspektusából

Kérdésként vetődik fel, hogy milyen hatással van a gyermek fejlődésére, a család kohéziójára, jövedelmi helyzetére az anya korai munkába állása, vagy másképp fogalmazva, mennyi az az optimális idő amennyit a gyermek érdekében érdemes otthon tölteni? A szakemberek között nem alakult ki egységes álláspont e tekintetben, de az a korábbi kutatások alapján megállapítható, hogy a harmadik és negyedik otthon töltött évnek a gyermek fejlődésére gyakorolt pozitív hatása kisebb, mint a gyermek életének első két évében (Herczog 2008). Ez a vélekedés visszatükröződik vizsgálati alanyaink válaszaiból is. A *Mennyi lenne az ideális otthon tölthető idő?* kérdésünket, három szempont szerint osztályozták a válaszadók: gyermekük szempontjából, saját- és a család egésze szempontjából. (1. számú ábra)

A megkérdezettek 70%-a gondolta úgy, hogy gyermekük testi, lelki fejlődésének az a legkedvezőbb, ha legalább három évig otthon maradnak, további 17,3% szerint elegendő két évet otthon tölteni s mindössze 3,0% voksolt az egy év mellett. A család egésze szempontjából azonban már csak 53,9% tekintette a három éves időtartamot ideálisnak s több, mint 30%-ra duzzadt azok aránya, akik e tekintetből legfeljebb két otthon töltött évet tartanak optimálisnak. A szélsőségesnek mondha-

tó egy éves időtartamra szóló gyermekgondozási szabadság elfogadása mindhárom esetben elenyésző.



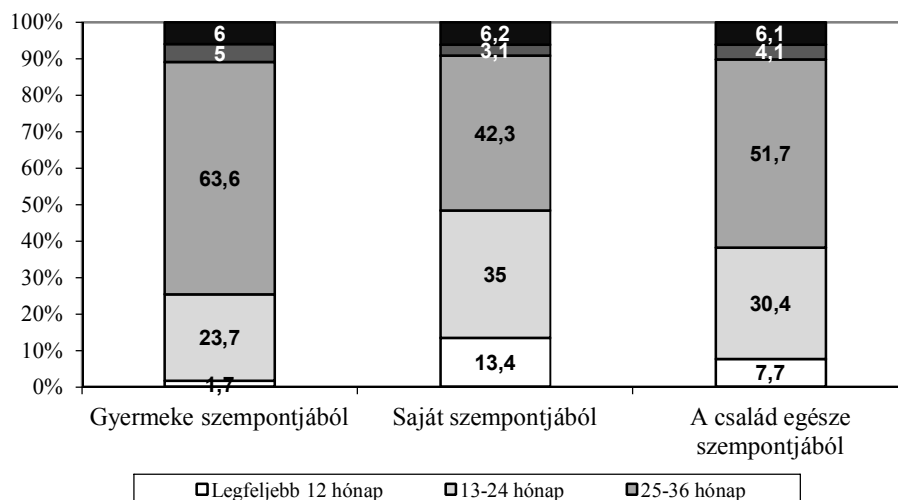
1. számú ábra. A gyermekgondozás optimális időtartama (%)
(teljes minta, N=427)

A két almintá válaszait külön vizsgálva, jelentősnek tekinthető eltéréseket tapasztaltunk. A dolgozó anyáknál is egyértelműen megmutatkozik, hogy a legtöbbször által preferált otthon tölthető időszak a 25-36 hónapos periódus. Ennél az almintánál is kirajzolódik az az álláspont, mely szerint a gyermeknek az a legideálisabb, ha az anya három évig otthon tartózkodik gyermekével.

A gyermek szempontjait előtérbe helyezve fenti állítással értett egyet az anyák 63,6%-a, s közel egynegyedük gondolkodott hasonlóan a 13-24. hónap közötti időszakról. Itt is megfigyelhető, hogy a gyermek egyéves koránál korábbi visszatérés mellett nagyon kevesen érveltek s valamivel többen a 36 hónapot meghaladó lehetőség mellett.

Ellentétben a gyeden/gyesen lévő anyákkal, a dolgozó anyák válaszaiból az tükröződik, hogy az egyéni szempontok jelentősen átírják az optimálisnak tartott otthon tölthető időszakot. Közel 20%-kal csökken a 25-36 hónapos periódus elfogadása, több mint 10%-kal nő a 13-24. hónap közötti időszaké. Jelentős elmozdulás látható a legrövidebb, legfeljebb 12 hónapos periódus irányába, s apad a leghosszabb időtartamot optimálisnak tekintők aránya. A harmadik szempont szerint

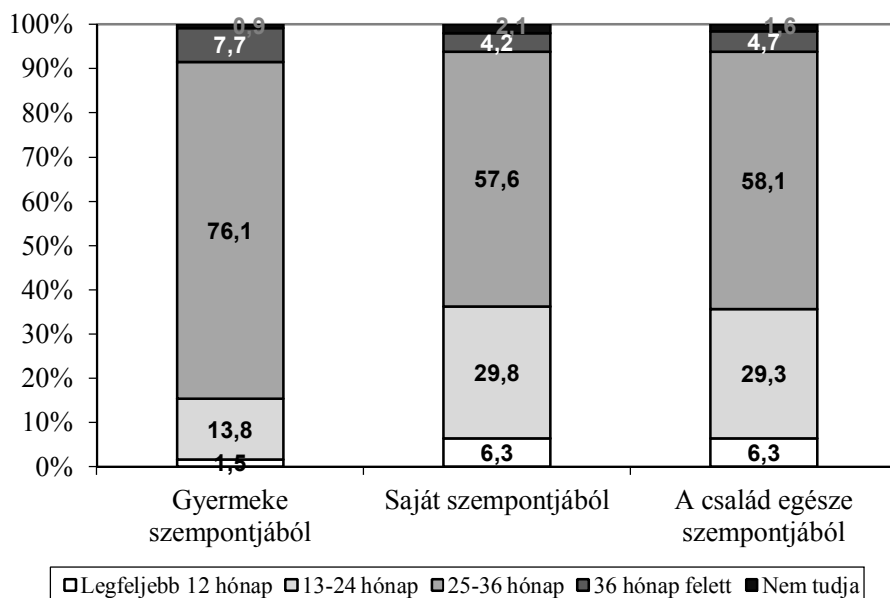
az álláspontok egyfajta köztes szemléletet prezentáló visszarendeződést mutatnak (2. számú ábra).



2. számú ábra. A gyermekgondozás optimális időtartama (%)
(dolgozó anyák, N=212)

A jelenleg gyermekükkel otthon lévő anyák igen határozott álláspontot képviselnek. Mindhárom szempontot mérlegre téve, a három évre szóló „főállású anyaság intézményének” elsőbbségét hangsúlyozzák. Minden esetben bőven 50% felett van a jelenleg érvényben lévő gyermekgondozási szabadság maximális időtartamára szóló otthonmaradás igénybevételével való egyetértés. Eltántoríthatatlan gyermek-centrikusság fogalmazódik meg a válaszokból, melyen az egyéni szempontok sem módosítanak jelentősen. Az igaz, hogy az elfogadás mértéke különböző. A gyermek szempontjait szem előtt tartva, a válaszadók háromnegyede véli úgy, hogy az a legjobb, ha az anya gyermeke 25-36 hónapjában, ezen belül is a harmadik betöltött életévében tér vissza dolgozni. A saját és a család egésze szempontjából vizsgálva a kérdést, a hasonlóan gondolkodók aránya 57,6 és 58,1%. A gyermek szempontjából a második legtöbbször által elfogadott periódus a 13-24. hónap (13,8%), azonban az emellett voksolók aránya nagyságrendekkel alacsonyabb az előbbinél. A 13-24. hónapos kor közötti időszakot ideálisnak tartók aránya több mint kétszeresére duzzad abban az esetben, ha az optimális időpontot magára az anyára illetve az egész családra vonatkoztatjuk. Elenyésző 1,5% gondolja, hogy az a jó a gyermeknek, ha az édesanya az első évig marad otthon. Mikor a saját és a család szempontjai kerülnek előtérbe, bár még

mindig kevesen, de az előbbihez képest négyszer annyian támogatták a legrövidebb periódust.



3. számú ábra. A gyermekgondozás optimális időtartama (%)
(gyeden/gyesen lévő anyák, N=215)

A három éven túlmutató gyermekgondozási időszakot, a gyermek szempontjából 7,7%, míg a saját és a család szempontjából már csak 4,2 és 4,7% tarja ideálisnak. (3. számú ábra)

A két vizsgált almintá optimális otthon tölthető időszakról alkotott véleményében három jelentős különbséget látunk. Először is, bár általában a „nem tudja” válasz lehetőségek magyarázatának ritkán szentelünk elemző gondolatokat, most azonban ettől eltérően erre irányítjuk a figyelmet. A gyeden/gyesen lévő anyák esetében több ízben tapasztaltuk, hogy bizonyos kérdéseknél a „nem tudom” válaszok aránya akár a kirívóan magas 30%-ot is elérte. A „nem tudom” válaszlehetőség elfogadás lehet a bizonytalanság de akár a közömbösség jele is. Azonban az optimális gyermekgondozási szabadság megítélésében a „nem tudom” válasz lehetőségnek az alacsony aránya azt mutatja, hogy a kérdés megválaszolása fontos az érintetteknek, mondanivalójuk, kinyilvánításra érdemes véleményük van a témával kapcsolatosan.

Az „*Ön szerint mennyi lenne az ideális otthon tölthető időszak?*” kérdésnél a gyeden/gyesen lévő anyák almintájában nem talákoztunk hiányzó válasszal és nagyon alacsony volt a „nem tudom” válaszok aránya is, 0,9-2,1%. (A dolgozó anyáknál ez 6-6,2%). Ebből és a válaszok struktúrájából arra következtetünk, hogy az anyáknak határozott véleményük és elvárásuk van a kérdéssel kapcsolatba, mely egyrészt éppen aktuális családi életciklusuk miatt fontos számukra, másrészt a kérdőívek lekérdezésének időszakában vette fontolóra az akkori kormány a GYES jogosultsági időtartamának három évről két évre csökkentését, így a válaszok az újításra való reflektálásként is értelmezhetők.

A másik szemmel látható különbség, hogy a jelenleg gyeden/gyesen lévő anyák mindhárom szempont figyelembevételkor magasan a gyermek három éves koráig tartó otthon maradási időtartamot tekintették ideálisnak. Hasonlóan vélekedtek a dolgozó anyák is, azonban az elfogadottság mértékében eltérés mutatkozik. Míg a gyeden/gyesen lévő anyák 76,1%-a tartja optimálisnak a három éves időtartamra szóló otthonmaradást a gyermek szempontjából, addig a dolgozó anyák 12,5%-kal alacsonyabb arányban osztják ezt a véleményt. A saját szempontok figyelembevételénél ennek az időintervallumnak az elfogadottsága mutatja a legnagyobb különbséget, a két minta véleményében már 15,3%-os távolság tapasztalható. A vélemények a család szempontja szerinti ideális időpont megítélésében közelednek a leginkább egymáshoz, itt a két minta közötti rés 6,4%-ra apad. A harmadik figyelemre méltó tényező a gyeden/gyesen lévő és a dolgozó anyák csoportján belül a különböző szempontok szerinti ideális időről alkotott véleményének egymáshoz való viszonyában érhető tetten. A jelenleg otthon lévő anyák megengedő attitűdje mindhárom esetben jellemző, azonban a gyermek szempontja szerinti vélekedésnél tapasztaltuk a legtöbbször által ideálisnak tartott három évnek az elfogadását, a másik két szempont szerinti vélekedés alig különbözik egymástól. A 3. számú ábrából leolvasható adatok alapján megállapíthatjuk, hogy a saját és család egésze felől közelítve a kérdéshez, a vélemények struktúrája egybeesik. Szemléltetve a hasonlóságot azt mondhatjuk, hogy akár a két véleményt tartalmazó oszlopot egymás mögé állíthatjuk, szinte tükörképei egymásnak. Ebből azt a következtetést vonjuk le, hogy a gyeden/gyesen lévő anyáknál nem válik ketté a saját és a család érdeke. Az anya érdeke képviseli a család érdekét és fordítva, melyet a gyermek szempontjából ideálisnak tartott idő határoz meg. Persze nem kívánjuk az anyákat egyfajta mártírként feltüntetni, akik saját munkaerő-piaci érdekeiket alárendelik családjuknak. Egyszerűen arról lehet szó, hogy jelenlegi helyzetükben a munkaerő-piaci szempontok, a fizetett munka és családi teendők összehangolásának nehézségei nem játszanak szerepet a véleményalkotásban.

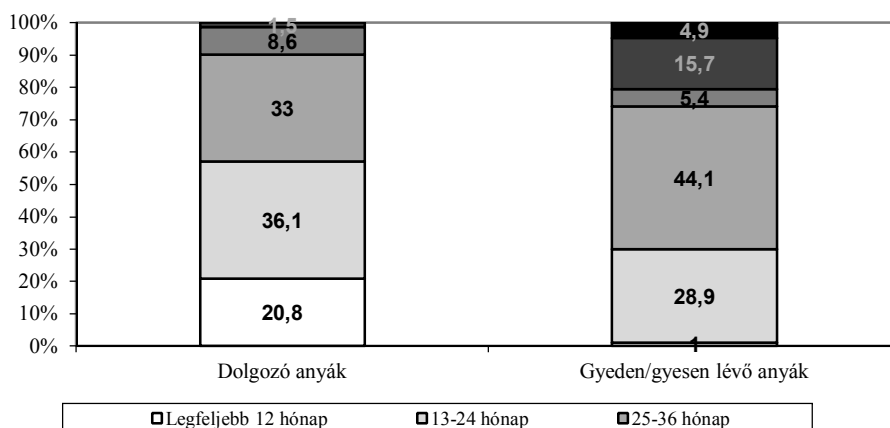
A dolgozó anyák különböző szempontok szerinti, ideális otthon tölthető időszakról alkotott elképzelésük más összefüggésekre mutat rá. Esetükben is meghatározó a három éves időtartamra szóló gyermekgondozási szabadság mellett

állást foglalók aránya, és ez igaz mindhárom tényező figyelembe vételekor. E tekintetben a legmarkánsabb különbséget a saját szempontok előtérbe kerülésénél tapasztaltunk, ahol 21,3%-kal csökkent ennek az időintervallumnak az elfogadottsága, s jelentősen nőtt az ennél rövidebb idő mellett állást foglalók aránya. A családi szempontok szerinti vélemények egyfajta visszarendeződést mutatnak, az első két esetben tapasztalt jelentős vélemény különbségek enyhülni látszanak. Ha ennél a csoportnál is szemléltetni kívánjuk az egyes véleményeket tartalmazó oszlopok egymáshoz való viszonyát, akkor azt mondhatjuk, hogy olyan mintha az első és a második oszlop eredőjeként jutná a harmadik oszlop eredményihez, vagyis a gyermek és a saját szempont szerinti ideális időtartam mellett érvelők átlagát látnánk viszont a család szempontja szerinti véleményekben. A dolgozó anyák csoportjánál az gondoljuk, hogy a kérdéssel kapcsolatos véleményalkotásban már szerepet játszanak a munkaerő-piaci megfontolások. Előtérbe kerültek a munkaerő-piaci szerepek, esetlegesen az ezzel kapcsolatos negatív tapasztalatok, mely a saját szempontok figyelembevételénél megmutatkozó eredményekben köszön vissza. Azonban a családi és munkaerő-piaci szerepek összhangjának megteremtése iránti vágy mutatkozik meg akkor, mikor már a nemcsak a gyermek, nem csak a nő, mint munkavállaló, hanem a család egésze a figyelem fókuszába került. Ezzel magyarázzuk a már fentebb említett meglátásunkat, mely szerint a család egésze szempontjából ideálisnak tartott otthon töltendő időszakról vallott vélemények struktúrája, a gyermek és saját szempontok szerint alkotott vélemények átlagaként fogható fel. Meglátásunk szerint a munkaerő-piaci körülményekhez való alkalmazkodás rajzolódik ki a véleményekből. Tehát ebben az esetben már nem az a kérdés, hogy mi a jó a gyerekeknek hanem, hogy mi a jó a családnak.

Az optimálisnak tartott gyermekgondozási szabadság időtartama és a végleges, illetve tervezett munkaerő-piaci visszatérés

A következőben azt hasonlítjuk össze, hogy a gyeden/gyesen lévő és a dolgozó anyák tervezett és megvalósult visszatérése milyen képet fest. Ez látható a 4. számú ábrán. Első látásra meghatározó különbségek tapasztalhatók a két almita újbóli munkába állásának időzítésében. A jelenleg gyeden/gyesen lévők munkába állási terveiket kérdezve azt tapasztaltuk, hogy közel egyhatodik nem gondolkodott még azon, hogy mikor térjen vissza munkahelyére. Ez a magatartás főleg azokra volt jellemző, akik egyévesnél kisebb gyermekükkel voltak otthon. Ezek az édesanyák valószínűleg az elkövetkezendő egy éven belül nem jelennek

meg újra a munkaerőpiacon. A dolgozó anyák csoportjától eltérően a jelenleg gyermekükkel otthon lévő anyák közül senki (!) sem tervezi, hogy gyermeke egy éves koránál korábban visszamegy dolgozni, s mindössze két fő véli úgy, hogy ha gyermeke betölti az egy évet, akkor újra dolgozni szeretne. A legtöbben gyermekük három éves korára időzítene, de a második életévben munkába álló anyák aránya is jelentős viszont közel 10%-kal elmarad a dolgozó anyáknál tapasztalt értékektől. Ettől eltérően a dolgozó anyák egyötöde nyilatkozta azt, hogy a gyermek egyéves koráig maradt otthon gyermekével, a második és harmadik évvégéig visszatérők csoporton belüli aránya szinte azonos. Utóbbi két intervallumot összehasonlítva a gyeden/gyesen lévők hasonló időszakával, látható, hogy a dolgozó anyák visszatérési aránya a 13-24 hónapos korcsoportban 10%-kal magasabb, a 25-36. hónapos korcsoportban pedig ugyanennyivel alacsonyabb. (4. számú ábra)



4. számú ábra

A megvalósult és a tervezett visszatérés (%) (N=427)

Mann-Whitney p=0,000

Végezetül arra fókuszáltunk, hogy a két almita, a három megadott szempont szerint ideálisnak tartott optimális időszakról alkotott véleménye és a már megvalósult és tervezett visszatérés adatai milyen összefüggésekre mutatnak rá. (2. és 3. számú ábra).

Mind a jelenleg gyermekgondozási szabadságon lévő, mind a dolgozó anyáknál a saját és a család szempontjainak érvényesülését véltük felfedezni a már megvalósult és az előre kalkulált munkaerő-piaci megjelenésre vonatkozóan.

A 4. számú ábra egyértelműen szemléleti a két alminta várható és már megvalósult visszatérése közötti eltérést. Megállapításunkat a Mann-Withney próba alkalmazásával erősítettük meg, melynek lefuttatását követően az eredmények szignifikáns különbségről árulkodtak.

A megvalósult és a tervezett munkaerő-piaci visszatérés		
		Rank átlagok
Mann-Whitney teszt p=0,000	Dolgozó anyák	158,83
	Gyeden/gyesen lévő anyák	209,82

1. számú táblázat

A rank átlag a gyeden/gyesen lévők körében volt magasabb, mely szerint ez a csoport statisztikailag alátámaszthatóan későbbre tervezi visszatérését, mint a dolgozó anyák. Tehát a nullhipotézist, mely szerint a visszatérés időzítése és a munkaerő-piaci aktivitás között nincs összefüggés, vagyis a két változó nem függ össze, el kell vetni. Az átlagok arra utalnak, hogy a jelenleg gyeden/gyesen lévők későbbre időzítik várható visszatérésüket, míg a dolgozó nők már megvalósult visszatérése ettől korábbi időpontokra tevődik. A súlyozott átlagok szerint a két csoport több mint féléves különbséggel állt/áll újra munkába. Ebből arra következtethetünk, hogy a gyeden/gyesen lévő anyák terveiben az ideálisnak tartott visszatérésben még nem tükröződnek a munkaerő-piaci megfontolások, mely a második évet követően a dolgozó anyák már megvalósult visszatérésében tetten érhető.

A változók közötti kapcsolat erősségét a Pearson-féle korrelációs együttható segítségével vizsgáltuk. Az általunk kiválasztott változók közül a fent említett módszer az anyák által optimálisnak tartott gyermekgondozási szabadság változó magyarázó erejét mutatta a legerősebbnek. Tehát a munkaerő-piaci visszalépést a gyermekkel otthon töltött idő ideális hosszához való viszony határozza meg leginkább. Korrelációs elemzés segítségével megnéztük, hogy milyen összefüggés tapasztalható a független változók között, majd a függő és független változók korrelációját is vizsgáltuk. Először a három szempont szerinti vélemények (gyermek, saját, család egésze) belső struktúráját vizsgáltuk, majd ezt követően a munkaerő-piaci visszalépés változónak a többi, magyarázó változóhoz való viszonyát tártuk fel. Mindkét alminta tekintetében szignifikáns pozitív korreláció mutatkozott a három szempont szerint megalkotott véleményekben. Az optimális otthon tölthető idő vonatkozásában a *család egésze/saját szempontok* mutatkoztak a legerősebbnek, közepes együttmozgást tapasztaltunk a *gyermek/család* szempontjának figyelembevételénél, s ennél gyengébb összefüggést találtunk a *gyermek/saját* szempontok kapcsolatában. A jelenleg otthon lévő anyáknál az optimális otthon tölthető időszak tekintetében a *család/saját szem-*

pontok érvényesítése ($r= 0,715$; $p=0,000$) vált a legkarakteresebbé, mely összefüggés azt a megállapításunkat támasztja alá, mely szerint az otthon töltött időszakban a munkaerő-piaci szerepek meghatározó ereje gyengül, s felértékelődik a családdal, gyermekkel együtt töltött idő értéke.

		A gyerek szempontjából mikor lenne ideális visszatérni a munkába (hó)	Saját szempontjából mikor lenne ideális visszatérni a munkába (hó)	Család egésze szempontjából mikor lenne ideális visszatérni a munkába (hó)	Gyermeke mennyi idős lesz/volt amikor Ön munkába áll/t (hó)
A gyerek szempontjából mikor lenne ideális visszatérni a munkába (hó)	Pearson korreláció	1	0,437(**)	0,503(**)	0,312(**)
	Szignifikancia		0,000	0,000	0,000
	N	195	187	187	159
Saját szempontjából mikor lenne ideális visszatérni a munkába (hó)	Pearson korreláció	0,437(**)	1	0,715(**)	0,211(**)
	Szignifikancia	0,000		0,000	0,008
	N	187	187	187	155
Család egésze szempontjából mikor lenne ideális visszatérni a munkába (hó)	Pearson korreláció	0,503(**)	0,715(**)	1	0,202(*)
	Szignifikancia	0,000	0,000		0,011
	N	187	187	188	156
Gyermeke mennyi idős lesz/volt amikor Ön munkába áll/t (hó)	Pearson korreláció	0,312(**)	0,211(**)	0,202(*)	1
	Szignifikancia	0,000	0,008	0,011	
	N	159	155	156	162
** Korreláció szignifikáns 1%-os szinten.					
* Korreláció szignifikáns 5%-os szinten					

2. számú táblázat

Az optimális gyermekgondozási szabadság és a munkaerő-piaci visszatérés összefüggései (gyeden/gyesen lévők)

A dolgozó anyáknál mért kapcsolat erősségek módosultak a gyeden/gyesen lévő anyáknál tapasztaltakhoz képest. (3. számú táblázat.) A változók legkarakteresebb együttmozgását a *gyermek/saját* szempontok összefüggésében figyeltük meg ($r=0,590$; $p=0,000$). Ezt követte a *saját/család* szempontjainak előtérbe kerülése, s

a család/gyermek szempontjai változók együttmozgása bizonyult a leggyengébbnek. Vélhetően ez annak köszönhető, hogy a gyermekgondozási szabadságról a munka világába már visszatért anyáknak a családi környezetből kikerülő gyermekük jólléte, a megfelelő gyermekfelügyelet biztosítása a legfontosabb.

		A gyerek szempontjából mikor lenne ideális visszatérni a munkába (hó)	Saját szempontjából mikor lenne ideális visszatérni a munkába (hó)	Család egésze szempontjából mikor lenne ideális visszatérni a munkába (hó)	Gyermeke mennyi idő lesz/volt amikor Ön munkába áll/t (hó)
A gyerek szempontjából mikor lenne ideális visszatérni a munkába (hó)	Pearson korreláció	1	0,437(**)	0,503(**)	0,312(**)
	Szignifikancia		0,000	0,000	0,000
	N	195	187	187	159
Saját szempontjából mikor lenne ideális visszatérni a munkába (hó)	Pearson korreláció	0,437(**)	1	0,715(**)	0,211(**)
	Szignifikancia	0,000		0,000	0,008
	N	187	187	187	155
Család egésze szempontjából mikor lenne ideális visszatérni a munkába (hó)	Pearson korreláció	0,503(**)	0,715(**)	1	0,202(*)
	Szignifikancia	0,000	0,000		0,011
	N	187	187	188	156
Gyermeke mennyi idő lesz/volt amikor Ön munkába áll/t (hó)	Pearson korreláció	0,312(**)	0,211(**)	0,202(*)	1
	Szignifikancia	0,000	0,008	0,011	
	N	159	155	156	162
** Korreláció szignifikáns 1%-os szinten.					
* Korreláció szignifikáns 5%-os szinten					

3. számú táblázat

Az optimális gyermekgondozási szabadság és a munkaerő-piaci visszatérés összefüggései (dolgozó anyák)

Következő lépésként áttértünk a függő és független változók közötti korreláció vizsgálatára oly módon, hogy a változók kapcsolatának vizsgálatában bevontuk a munka világába visszatérés megvalósult és tervezett időpontját,

mint független változót és megvizsgáltuk a függő változókhoz való viszonyát. Az első vizsgálódási aspektus esetében a teljes mintára vonatkozóan azt tapasztaltuk, hogy a visszatérésben a gyermeke szempontja - saját szempontok - család egészségének szempontja szerinti rangsor jött létre. A két almintánál hasonló prioritások kialakulását figyeltük meg (2. és 3. számú táblázat). A gyeden/gyesen lévő és a dolgozó anyáknál a korrelációs együtttható értékei azt mutatják, hogy a munkába állás tervezett időpontja legerősebben a gyermek szempontjaival korrelál, majd ezt követően a kapcsolatok erőssége csökken, a saját szempontok és a család egésze szempontjának fókuszba kerülésekor.

Megállapítható, hogy mind a gyeden/gyesen lévő, mind pedig a dolgozó anyáknak a visszalépés időzítéséről alkotott véleményét, a *Mi a jó a gyermeknek?* gondolat alakítja a leginkább. Összességében megállapíthatjuk, hogy a két vizsgált alcsoport alapvetően a hároméves gyermekgondozási szabadság intézményét preferálta, a gyermekkel otthon tölthető optimális időtartamra vonatkozó vélemények ezt tükrözik. Véleményünk szerint a három évig tartó otthoni gondoskodás hozama a gyermek egészséges fejlődésében, a jó anya-gyermek kapcsolat kialakulásának hosszú távú jótékony hatásában fejezhető ki. Ezen túl a három évre szóló gyermekgondozás elfogadása egy erőteljes tradicionális társadalomtörténeti hatás következménye, kulturális mintájának lenyomata, melyben a társadalmi környezet által elvárt viselkedéssel való azonosulás köszön vissza. Mégis azt láttuk, hogy a dolgozó anyák közel háromnegyede, a gyeden/gyesen lévők majdnem fele, a gyermek hároméves koránál korábban tért vissza, illetve tervezte, hogy visszatér a munka világába. Ez arra utal, hogy a gyermekvállalást követő munkaerő-piaci visszatérésre vonatkozó elképzeléseknek korlátai vannak.

Irodalomjegyzék

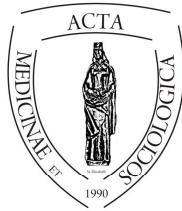
1. Benedek Dóra (2007): A szülés utáni munkába állás hatása a gyerek fejlődésére. In: Fazekas Károly-Cseres-Gergely Zsombor-Scharle Ágota (szerk.): Munkaerőpiaci Tükör. MTA Közgazdaságtudományi Intézet Országos Foglalkoztatási Közalapítvány, Budapest, 72–75.
2. Coleman, James S. (1996): A társadalmi tőke. In: Lengyel György - Szántó Zoltán (szerk.): A gazdasági élet szociológiája. BKE Szociológiai és Szociálpolitikai Tanszék, Budapest, 99-129.
3. Gregg, P. - Washbrook, E. - Propper, C. - Burgess, S. (2005): The Effects of a Mother's Return to Work Decision on Child Development in the UK. *Economic Journal* 115, 48-80.

4. Herczog Mária (2008): A kora gyermekkori fejlődés elősegítése. In: Fazekas Károly - Köllő János - Varga Júlia (szerk.): Zöld könyv a magyar közoktatás megújításáért. Oktatás és Gyermekesély Kerekasztal, Magyarország Holnap Ecostat, Budapest, 33-52.
5. Neidell, J. M., (2000): Early Parental Time Investments in Children's Human Capital Development: Effects of Time in the First Year on Cognitive and Non-cognitive Outcomes. Department of Economics, University of California, Los Angeles.
6. Schore, A. N. (1996): The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology* 8, 59-87.
7. Spock, B. (1970): Csecsemőgondozás, gyermeknevelés. Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Rusinné Fedor Anita -Takács Péter

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, 4400 Nyíregyháza, Sóstói u. 2-4.

UNIVERSITY
OF DEBRECEN
FACULTY OF
HEALTH
NYÍREGYHÁZA



ACTA
MEDSOC
VOLUME 3.
2013

Két módszer, egy minta

Az egocentrikus kapcsolati háló vizsgálata névgenerátorral és network napló módszerrel

Husztai Éva

Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar

'Empirical collection of contact data is possible but not easy...'
Pool and Kochen, 1978:19

Abstract. We have known many methods to measure ego-centred network. All applied methods have advantages and disadvantages, strong and weak points. In this study I deal with one of the most often applied method, name generator and an alternative data collecting method that is used rarely even internationally, contact diary. In Hungary Róbert Angelusz and me developed and tested this method. In this paper I examined the network size and composition which were measured by name generator and contact diary in the same sample.

Keywords: personal network, name generator, contact diary, network size, network composition

DOI: 10.19055/ams.2013.4/11/5

Bevezetés

Az egyéni kapcsolathálózatok feltárásának több módszerét is ismerjük. Minden alkalmazott módszernek vannak előnyei, hátrányai, erősebb és gyengébb oldalai. Tanulmányomban az egyik leggyakrabban használt módszerrel, a névgenerátorral, illetve az egyik, nemzetközi téren kevésbé, hazánkban pedig még egyáltalán nem alkalmazott módszerrel, a kapcsolati naplóval foglalkozom. A lentebb bemutatásra kerülő kapcsolati napló kialakításának, formálásának, tesztelésének igénye Angelusz Róbert nevét dicséri, az ő témavezetésével kezdtem el az általa network naplónak nevezett módszerrel foglalkozni. Jelen írás a névgenerátorral és a network naplóval mért egocentrikus kapcsolati háló méretét és összetételét vizsgálja. A két módszer összehasonlításához a Nyíregyháza Életminősége panelkutatáshoz használt mintából kialakított alminta nyújtotta az alapot.¹ Az adatfelvételre 2010-ben és 2011-ben került sor.

Alkalmazott adatgyűjtési módszerekről általában

Az elmúlt négy évtizedben a különböző típusú névgenerátorok voltak a legfontosabb mérési módszerek, melyek közelebb vitték a kutatókat az egocentrikus kapcsolati háló megismeréséhez. Az egocentrikus kapcsolati háló felmérésének két leggyakrabban alkalmazott, legnépszerűbb módszere a Wellman, Fischer, Burt, Marsden neveihez köthető névgenerátor², valamint az elsősorban Lin és Dumin nevével fémjelzett pozíció generátor³. Mindkét módszer elsődleges célja, hogy az egyéni kapcsolatrendszer társas támogatását és a kapcsolatok által elérhető erőforrásokat próbálja feltárni. A két módszer között azonban fontos metodológia és teoretikus különbségek vannak (Chua-Madej-Wellman, 2009). A névgenerátor és a pozíciógenerátor mellett az erőforrás generátort kell még meg-

¹ Nyíregyháza Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatal Szociális Osztálya és a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Alkalmazott Társadalomtudományi Tanszéke által 2008-ban indított kutatássorozat célja a városban élők életminőségének panelszerű vizsgálata. A panelkutatás során alkalmazott mintába a 18. életévüket betöltött állandó nyíregyházi lakosok kerültek be. A minta kiválasztását a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala végezte véletlenszerűen. Így első körben egy 2000 főből álló minta jött létre, melyet egy 400 fős pótminta egészített ki. Az így összeállított minta a nem változó mentén reprezentálja a város lakosságát. A saját kutatásom során használt mintát tehát ebből az adatbázisból állítottam össze, ez volt a mintavételi keret.

² továbbá pl. Laumann, 1973; Wellman, 1979; McCallister and Fischer, 1978; Fischer, 1982; Burt, 1984; Campbell and Lee, 1991; Marsden, 1987

³ továbbá pl. Lin and Dumin, 1986; Lin, 2001; Erickson, 2004

említeni, mint a kapcsolati hálót vizsgáló módszer (Snijders, 1999, van der Gaag and Snijders, 2004). Negyedik útként a napló módszert lehet említeni, mely során a kutató arra kéri a válaszadót, hogy soroljon fel minden egyes kapcsolatát napi szinten, egy bizonyos időintervallumon keresztül. A továbbiakban a névgenerátorral, valamint a napló módszerrel foglalkozom részletesebben.

A névgenerátor

Az egyéni kapcsolatrendszerrel szóló adatgyűjtés alapvetően azon alapul, hogy felvázoljuk az egyének (ego) kapcsolatait más emberekkel (alterek). Módszertanilag az adatgyűjtés első lépése, hogy az interjúkészítő/kérdőbiztos azt kérdezi az egyénektől, hogy kikkel állnak kapcsolatban. Az ego által felsorol altereket tekintik az adott ego társas kapcsolatrendszerének. A következő lépésben a kutatások ezekről az alterekről gyűjtenek információkat (pl. Wellman, 1979, 2001a, 2001b; Fischer, 1982a, 1982b; Hogan, Carrasco and Wellman, 2007). A névgenerátor alapesetben azt kéri a válaszadótól, hogy adjon egy listát azokról a kapcsolatairól, akik eleget tesznek bizonyos, előre megadott kritériumoknak, pl. erős kapcsolatok, barátok, stb. (pl. Fischer, 1982a, 1982b; Wellman, 1979). Vannak kutatások, melyekben egyszerűen azt kérdezték meg az emberektől, hogy „Ki az Ön legjobb barátja?” (Laumann, 1973), vagy azt, hogy kik azok, akikkel „intim”, közeli kapcsolatban van a megkérdezett (Wellman, 1979). Mások azt kérték a megkérdezettől, hogy nevezzék meg azokat, akikkel bizonyos erőforrásokat tudnak cserélni, pl. akitől kölcsön tud kérni adott esetben egy nagyobb összeget, vagy akitől tanácsot kér munkával kapcsolatos döntésben (Fischer, 1982a). A tapasztalatok szerint ez utóbbi megközelítés több nevet tár fel, mint az első típusú, viszont kimaradnak az olyan kapcsolatok, akik nem nyújtanak társas támogatást (Chua-Madej-Wellman, 2009). Ezek az alkalmazási módok az egyéni networknek az ún. mag-kapcsolatainak (core regions of personal networks) feltárására koncentrálnak, kivéve pl. a Granovetter által használt névgenerátor, mely tartalmazott egy olyan kérdést (munkahelykeresés), mely a gyengébb, de fontos kapcsolatokat is feltárta (Granovetter, 1973, 1974, 1982). Az általában alkalmazott névgenerátorok afelé tendálnak, hogy szinte csak az erős kötések feltárására törekszenek (Chua-Madej-Wellman, 2009).

A névgenerátor kérdéseket általában ún. névinterpretáló kérdések követik, melyek arra irányulnak, hogy különböző paraméterek alapján leírják az ego által megnevezett egyes altereket, illetve, hogy képet adjanak ego és az egyes alterek kapcsolatáról (Marsden, 2005). A névinterpretáló kérdések magukba foglalnak olyan kérdéseket, mint a 1) személyes jegyeket leíró kérdések – az alter neme, kora, iskolai végzettsége, szocio-ökonómiai háttere; 2) a kötések leírására szol-

gáló kérdések – ego-alter közötti kapcsolat típusa (szerep szerint), a kapcsolat gyakorisága, az intimitás szintje, a kötés élettartama, eredete (Chua-Madej-Wellman, 2009).

A névgenerátor viszonylag részletes információt ad az egyén kapcsolatrendszeréről, a kitöltésével kapcsolatban azonban több esetben fogalmazódott meg, hogy a kitöltés nagyon időigényes lehet (Fu, 2007). Ennek kiküszöbölésére született például a 'participant-aided sociograms' (Hogan, Carrasco, Wellman, 2007), mint egy innovatív módszer. Ez az „alacsony technológiájú” módszer (papír, ceruza, post-it) arra kéri a megkérdezetteket, hogy sorolják fel, majd egy koncentrikus körökből álló ábrára helyezték el azoknak a személyeknek a neveit, akikkel kapcsolatban állnak. A koncentrikus körök mindegyike különböző intimitási szintet képvisel. A megkérdezett van a legbelső körben, őt közvetlenül a szoros kapcsolatai veszik körül, aztán a kevésbé szoros, majd a gyengébb kötések következnek.

Kapcsolati napló

A kapcsolati napló módszert 1961-ben Gurevitch alkalmazta először: 100 napon keresztül 18 személy vezette a naplót az USA-ban. Az egonak azokat az altereket kellett megjelölnie és szociodemográfiai adatok mentén jellemeznie, akivel az egyes napokon találkozott. A módszerrel sikerült feltárni a megkérdezettek kapcsolatrendszeréhez tartozók társas struktúráját (Fu, 2007). Pool és Kochen (1978) azt kérték a válaszadóktól, hogy egy jegyzetömbbe írjanak fel mindenkiket, akikkel találkoztak. Csak azokat az ismerősöket kellett feljegyezni, akikkel az adott időintervallumon belül legalább két alkalommal találkoztak, akiknek tudták a nevét, és akiket legalább üdvözöltek. Freeman és Thompson az 1980-as évek végén tettek kísérletet az ismerősök alkotta network méretének becslésére. A szerzőpáros szerint a naplós adatfelvétellel azokra a másokra lehet jó becslést adni, akik a megkérdezettek teljes ismerősi köréből a vizsgált időszakban aktív kapcsolatot mutattak (Freeman-Thompson, 1989). Lonkila (1999) Oroszországban és Finnországban középiskolai tanárok kapcsolati rendszerét vizsgálta, akiknek 15 napig kellett feljegyezniük a „nem rutinszerű” kapcsolataikat. Legújabbban a taiwan-i Yang-chih Fu foglalkozik részletesen és évek óta az egyéni kapcsolatháló napló módszerrel történő vizsgálatával. Fu szerint több okból kifolyólag is nehéz pontosan meghatározni az egyént körülvevő kapcsolati rendszert. Egyrészt, nincsenek tiszta határok az egocentrikus network körül, másrészt, pedig minden egyéni networknek van egyfajta dinamikája, tehát az idő folyamán a network tagok cserélőd(het)nek (Fu, 2005). Fu 2005-ös tanulmányában két módszert vetett össze:

1. *single-item survey* – „Hozzávetőlegesen hány emberrel találkozik napon-ta?” A kérdést zárt formában teszik fel, tehát a megkérdezett különböző válaszlehetőségek közül választhat. pl. 0-4 fő vagy pl. több mint 100 fő. A módszer olcsó ugyan, de meglehetősen kevés információ nyerhető belőle az egyén tényleges kapcsolatrendszerét illetően.

2. *napló módszer (diary log)*– általában kevés számú válaszadót kérnek meg arra, hogy egy bizonyos időszakon keresztül naplót vezessen napi kapcsolatairól, majd részletes leírást adjon a naplóban megjelölt személyekről és a velük való kapcsolatáról. Ez a módszer meglehetősen költséges, viszont lényegesen több információt ad, mint a másik típusú adatfelvétel.

Fu meglátása szerint a fenti két módszer lényegesen különbözik ugyan egymástól, de olyan adatokat generálnak, melyek jól kiegészítik egymást. Ezen a vonalon haladva, ezt továbbgondolva vetem össze az általam alkalmazott névgenerátor és napló módszer eredményeit. A legfontosabb indok, ami miatt a névgenerátorral való összevetést választottam az, hogy a napló módszer előzetes tesztelése során talált eredmények azt mutatták, hogy sok, klasszikusan az erős kötéshez sorolt kapcsolatot tár fel a napló is, de azokon felül vannak olyan bejegyzett alterek, akik nem sorolhatók egyértelműen sem az erős, sem pedig az általánosan elfogadott tipológia másik végletéhez tartozó gyenge kötésekhez sem.

A napló módszer előnyei a korábbi tapasztalatok alapján

Annak ellenére, hogy a napló nagyon munkaigényes feladat, a tapasztalatok szerint a módszerrel a kapcsolatok értékes tartományát lehet felmérni az erős kötésektől a közepesen erős kapcsolatokon keresztül a gyenge kötésekig, melyek sem a névgenerátor, sem pedig a pozíciógenerátorral nem ismerhetők meg (Chua-Madej-Wellman, 2009).

A különböző típusú generátor módszerektől eltérően, a naplóban feljegyzett napi kapcsolatok pontosabban mutatják azokat a társas cselekvéseket, melyek formálják és fenntartják a kapcsolati háló struktúráját. A napló módszer így direkt és átfogó eleme lehet az egocentrikus network mérésének.

Míg a névgenerátor feltárja az erős kapcsolatokat, a pozíciógenerátor módszer a gyenge kötések, addig a napló egyszerre ad információt a különböző típusú kapcsolatokról. A napló nyilvánvaló korlátai és rizikói ellenére a belőle származó adatok felölelik mind az erős, mind a gyenge kötések. A napló adataiból láthatjuk, hogy milyen gyenge kötése vannak egonak és milyen kapcsolata van idegenekkel, valamint azt is, hogy az intim, közeli alterekkel való kapcsolat hogyan formálódik (Killworth et al., 1990).

Egy jól strukturált és irányított network naplóval lehet csökkenteni az emlékezet és felidézés problémáját, mely alapvetően nehezíti az egocentrikus network pon-

tos vizsgálatát. Fu mutat rá arra az előnyre is, hogy míg a generátor módszerek különböző becsléseket adnak a komplett networkre vagy annak egyes részhalmozaira, a kapcsolati napló az egyéni network egy teljesebb profilját állítja elő. A napló az aktuális és komplett network-öt méri egy meghatározott időintervallumban (Fu, 2005). Az eddigi alkalmazások bizonyítják, hogy a naplóból származó információ nagyon gazdag, és részletes. Ezek az előnyök nagymértékben tompítják azt, hogy költséges, időt és energiát igénylő módszer a naplózás. Az egyéni kapcsolatháló dinamikus, a kapcsolatok, így maga a network is állandóan formálódik az interakciók és cselekvések közben. A napi kapcsolatok, megvalósuló interakciók, cselekvések vizsgálata alapvető eleme kell legyen a társas kötések tanulmányozásának, hiszen ezekből ismerhetjük meg az egyéni kapcsolatrendszer felépítését, alakulását. Ennek vizsgálatára a legpraktikusabb módszer a napló (Fu, 2008). Mindezek mellett a napló lehetővé teszi, hogy a kutatók az aktuális, első kézből származó és teljes kapcsolati adatokat gyűjtsék be az egyéni kapcsolathálót illetően, valamint a kutatók arról is képet kapnak, hogy ego hogyan érzékeli és értékeli az alterekkel való kapcsolatát. (Fu, 2005)

A napló módszer kritikái

A napló módszer pioneer alkalmazásai során már látható volt, hogy a naplók kitöltése időigényes, és nagy kérés a naplót vezetőktől. Ezt többféle módon próbálták kiküszöbölni: pl. nem időtartamot határoznak meg, hanem azt, hogy pl. 100 kapcsolatot jegyezzenek fel. (Fu, 2007) Vannak, akik szerint a rövid periódus (ide tartozik még az egy hét is), illékony képet mutat az egyén kapcsolati hálójáról és a hosszabb periódus mindenképpen stabilabb képet mutat (Feld-Suitor-Hoegh, 2007).

Mivel a kapcsolati napló csak azokat az altereket tartalmazza, akikkel az ego a meghatározott időintervallumban találkozik, így nem használható globális és hosszabb távra is vonatkozó kapcsolati háló feltárására. Fu szerint azonban azok a kapcsolatok, melyek nem jelennek meg az adatfelvétel során, nem is számítnak az ego aktív kapcsolatai közé. (Fu, 2007). Az általam alkalmazott naplóban az egy hetes napló után lehetőség volt megjelölni azokat az altereket, akikkel az adott héten nem találkozott ego, de valami miatt fontosak számára (lásd még Lonkila, 1999).

További hiátus, hogy a válaszadók nagyobb valószínűséggel idézik fel azokat a kapcsolatokat, melyek időben hosszabbak vagy érzelmileg intenzívebbek. Fu azt mondja, hogy a napló pontos tervezése, a válaszadók pontos instruálása, segítése ezt a problémát minimálisra tudja csökkenteni (Fu, 2007). Freeman és Thompson (1989) szerint a napló módszer túlságosan fárasztó és költséges módszer ahhoz, hogy empirikus kutatásokra használjuk. Nem lehet nagy és reprezentatív mintán alkalmazni, és nem lehet pontosan meghatározni azt az időtartamot, ameddig vezetni kell a naplót. A túl hosszú ideig vezetendő napló az ésszerű

felelet arányt csökkenti. Fu mellett érvel, hogy a kevés elemszámú, de informatív naplók viszont mindenképpen értékes eredmények és illusztratívak bizonyos személyes kapcsolati hálókra vonatkozóan. (Fu, 2007) A naplós adatfelvételek során az alterekről sok esetben több információval rendelkezünk, mint a megkérdezettől. Ez felvethet etikai jellegű kérdéseket is.

Véleményem szerint az egocentrikus kapcsolati háló kutatására alkalmazott módszerek az egyént körülvevő kapcsolatrendszernek csak egy kis szeletét mutatják be, ezért szükséges egy olyan metódus, mellyel az egyéni network szélesebb körét lehet vizsgálni. Előny, hogy a napló módszerrel a személyes network nagyobb részét lehet megismerni, mint a névgenerátor módszerrel, de a megismert alterek mégsem lesznek anonimek, mint például az egyébként tágabb kapcsolati hálót is befogni képes, pozíciógenerátor módszerrel gyűjthető adatok. Meglátásom szerint a névgenerátor módszerek legnagyobb rizikója, hogy ezek a módszerek alapvetően a vizsgált személyek *vél*t kapcsolatait tárják fel. Az egyes szituációk esetén megnevezett alterekkel kapcsolatban nem megvalósult kontaktusokat kell feljegyezni, hanem azt, hogy vajon, az adott élethelyzetben a megkérdezett szubjektív megítélése szerint kire számíthat. Végeredményben tehát, lehetséges, hogy kezelhetőbb listát kapunk az ego-t körülvevő kapcsolatrendszerrel a különböző szempontok alapján limitált névgenerátor módszerek alkalmazásával, de ezzel, véleményem szerint információt veszíthetünk, és nem feltétlenül a valós és aktuális kapcsolatrendszert ismertjük meg.

Adatfelvétel, minta

Az általam fejlesztett és tesztelt network napló működését Nyíregyháza Megyei Jogú Város lakosai körében volt módomban vizsgálni. A naplóval végzett adatfelvétel a már említett nyíregyházi panelvizsgálatban alkalmazott mintára épült. A kérdezési időpont kiválasztásánál figyeltem arra, hogy az adott időszakra ne essen semmilyen ünnep, ne legyen benne munkaszüneti nap, azaz egy-egy átlagos hét vizsgálatára törekedtem. Az adatfelvételi szituáció mindkét időpontban hasonlóan történt, azaz az előre felkészített kérdezőbiztosok (szociális munkás hallgatók) a megadott címek alapján felkeresték a mintába kerülőket, akikkel, első alkalommal közösen töltöttek ki egy névgenerátor típusú kérdőívet, majd a napló módszer ismertetése után, ugyancsak közösen, elkezdték kitölteni a naplót az adott napra vonatkozóan. A módszer közös megismerését, a kezdeti közös kitöltést Szalai alapján „nevelő interjúnak” nevezhetjük, melynek esetükben is az volt a célja, hogy növelje a módszer megbízhatóságát (Szalai, 1978). Az instrukciók alapján a naplóvezetés egy hete alatt a kérdezőbiztos legalább egyszer felkereste a megkérdezettet, vagy az utolsó találkozás alkalmával átnézték az

elkészített naplót, pontosították a névinterpretáló kérdésekre adott válaszokat. A mintába került válaszadók mindegyikével készült tehát egy Fischer-féle névgenerátor típusú kérdőív (McCallister-Fisher, 1978) és egy kapcsolati napló, melyet egy hétig kellett vezetniük a megkérdezetteknek.

Az adatfelvétel két szakaszban történt. Mindkét alkalommal két módszert alkalmaztunk: a hét szituációs névgenerátort és a naplót. A névgenerátor hét szituációt tartalmazott, melyek az instrumentális (2.; 3.; 4. szituációk), emocionális segítő kapcsolatokat (5.; 6.; 7. szituációk) és a szabadidő eltöltésekor szóba jöhető kapcsolatokat mérték (1. szituáció)⁴.

Az adatfelvétel ideje	Névgenerátor	Napló
2010 tavasz	60	60
2011 ősz	82	82
Összesen	142	142

1. számú táblázat
Adatfelvétel és módszer

A megkérdezettek (egok) demográfiai jellemzői: a megkérdezettek körében némiképp felülreprezentált a nők csoportja⁵. A megkérdezettek átlagéletkora 45 év. Iskolai végzettségüket tekintve legtöbben középiskolai végzettséggel rendelkeznek. Mind a korosztályokat, mind, pedig a megkérdezettek iskolai végzettségét tekintve elmondható, hogy minden kategóriából előfordultak a naplót kitöltők között, tehát a mérési bázis meglehetősen tág körű volt.

A névgenerátorban szereplő megnevezettek (alterek) demográfiai jellemzői: az egyének által megjelölt alterek 45%-a férfi, 55%-a pedig nő. Az alterek átlagéletkora 42 év (median=40; mode=40; std. dev.=16,56), a legfiatalabb megjelölt 3, a legidősebb, pedig 92 éves volt. Az alterek több mint fele (55,3%) valamilyen típusú (gimnázium, szakközép, szakiskola/szaktanulmányi intézmény) középiskolai végzettséggel rendelkezik, harmaduk (32,3%) befejezett felsőfokú végzettséggel, 12,5%-uk maximum 8 általános iskolai osztályt végzettséggel bír.

⁴ A névgenerátorban alkalmazott szituációkat lásd Függelék 1.

⁵ Nyíregyházán 2001-es népszámlálás szerint 46,8-53,2% a nemi megoszlás. Meg kell azonban azt is jegyezni, hogy a naplós adatfelvétel során nem torzult annyira a minta, mint a panelvizsgálat során, mikor is a megkérdezés után 38,9-61,1%-ra módosult a nemek aránya a mintában, így súlyozni kellett az adatokat.

	Ego		Alter			
	N	%	Névgenerátor		Napló	
			N	%	N	%
nem						
• férfi	58	43	593	45	1212	47
• nő	78	57	721	55	1364	53
N=	136		1314		2576*	
kor						
• >18 éves	0	0	58	4	137	5
• 18-29 éves	26	19	256	20	524	21
• 30-39 éves	32	23	314	24	593	23
• 40-49 éves	23	16	228	17	474	19
• 50-59 éves	23	16	210	16	425	17
• 60-69 éves	19	14	162	12	262	10
• 70 és <	17	12	87	7	116	5
N=	140*		882*		2531*	
iskolai végzettség						
• max. általános iskola	12	9	160	13	272	11
• középiskola	78	60	710	55	1412	57
• főiskola/egyetem	41	31	414	32	795	32
N=	131*		1284*		2479*	

*Az egyes jellemzők közötti N különbsége a válaszhiányokból adódik.

2. számú táblázat

Az EGO-k illetve az Ego-k által felsorolt ALTER-ek demográfiai jellemzői

A naplóban szereplő megnevezettek (alterek) demográfiai jellemzői: a megkérdezettek által megjelölt alterek 47%-a férfi, 53%-a nő. A naplóban megjelölt alterek átlagéletkora 40,64 év (median=40; mode=40; std.dev.=16,49), a legfiatalabb alter 1 éves, a legidősebb, pedig 94 éves volt. A naplóba bejegyzett alterek több mint felének (57%) középiskolai végzettsége, harmaduknak (32%) valamilyen felsőfokú végzettsége, minden tizedikük (11%) pedig maximum általános iskolai végzettséggel bír.

A megkérdezettek átlagéletkora kicsivel magasabb (45év), mint az általuk akár a névgenerátorban (42 év), akár a naplóban megjelölt altereké (41 év). Mind a megkérdezettek, mind az általuk megjelöltek körében magasabb a nők aránya. A megkérdezettek legnagyobb aránya a 30-39 éves korosztályba tartozik és ez elmondható az alterekről is. Az iskolai végzettség szerint is a homogenitás jel-

lemző mindkét módszerrel mért alterek esetében, hiszen az ego-k és az alterek is zömében valamilyen középiskolai végzettséggel rendelkeznek.

A két módszer tehát az alterekre vonatkozóan nagyon hasonló megoszlásokat mutat a fenti változók mentén.

A kutatásban alkalmazott network napló

A napló napi rendszerességgel vizsgálja az ego kapcsolathálóját egy meghatározott időintervallumban. Formátumának, tartalmának megválasztása, végső kialakítása a minél hatékonyabb felhasználhatóság miatt időigényes volt, ezért több körös tesztelés előzte meg a végső formát. Első, kiinduló formájában a napló egy úgynevezett sima, A/5 méretű füzet volt, melynek belső borítóján egy rövid instrukció szerepelt, melyben arra kértem a naplót kitöltőt, hogy jegyezze le azt, hogy kikkel találkozott az általam előre megadott napszakokban. Mivel nem állt szándékomban előre strukturálni a naplót, - ezzel is teret engedve annak, hogy a kitöltő maga találja ki a naplóvezetés módját – a hét napjait osztottam fel 6 szakaszra: pl. hétfő reggel, délelőtt, délben, délután, este, éjszaka. A network naplót egy hétig kellett vezetniük a kitöltőknek már a tesztelés szakaszában is. A network napló végső formája egy 18 oldalas, füzetszerűen összefűzött ív lett. A végső változat kialakítása során törekedtem minél jobban használható, „felhasználóbarát” verziót szerkeszteni. Ehhez figyelembe vettem a pioneer kutatások, illetve Fu tapasztalatait, illetve az időmérleg kutatások gyakorlatát is. Az egyik leggyakrabban megfogalmazott probléma az emlékezetből fakadó torzítások, adatkiesések voltak, ezért próbáltam minél jobban „támogatni az emlékezetet”. A napló belső borítója egy rövid bevezetőt tartalmaz arról, hogy milyen témával fog találkozni a naplót kitöltő. Ezt a szöveget igyekeztem egyszerűen, mindenki számára világosan, könnyen értelmezhetően megfogalmazni. A naplóhoz ajánlást is mellékeltem, mely olyan praktikákat tartalmaz, melyek ismeretében könnyebben lehet kitölteni a naplót. Ennek megfogalmazásában segítségemre voltak a tesztelés során a naplót kitöltők által feltett kérdések. Így szerepelnek olyan ajánlások pl., hogy melyik napszakban érdemes a naplót tölteni, milyen beszélgetéseket kell lejegyezni, hogyan kell értelmezni a névinterpretáló kérdéseket. Az Útmutató 4 lépésben foglalja össze azt, hogy hogyan érdemes, szükséges vezetni a naplót. A tesztelés során tapasztaltuk, hogy érdemes némiképp irányítani a válaszadó gondolkodását, és jó segítséget nyújt ehhez, ha különböző kérdéseket fogalmazunk meg, melyek alapján a megkérdezett aprólékosan át tudja gondolni a napját. A bevezető, az ajánlások és az útmutató után, - melyeket a kérdezőbiztos segítségével ismertek meg jobban a megkérdezettek – következik a napló napi bontása, mely 1-től 7-ig jelöli a napokat. A naplóban minden egyes

naphoz két oldal tartozik, minden egyes megjelölt alterrel kapcsolatban 15 név-interpretáló kérdést kellett kitölteni a válaszadónak. (Függelék 2)

Eredmények, következtetések

Az egocentrikus kapcsolatháló mérete

A hálózat mérete (network size) a társadalmi integrálódás fokát mutatja, és az egyén körüli interperszonális kapcsolatok számával lehet mérni. „*A kapcsolatok kiterjedtségét, gazdagságát legegyszerűbben az jellemzi, hogy a megkérdezettek összesen hány személyről számoltak be...*” (Angelusz-Tardos, 1988:186). A névgenerátorban a megkérdezettek átlagosan 9,26 altert említettek, a naplóba pedig az egy hét alatt átlagosan 18,17 kapcsolatot jegyeztek. A névgenerátor 8 szituációjába összesen több mint háromezer bejegyzés került, a naplóba pedig egy hét alatt majdnem öt és félezer megvalósuló kontaktust jegyeztek fel a megkérdezettek. Az egyéni kapcsolati hálónak a naplóval tehát valóban szélesebb szeletéről kaptunk képet.

	Névgenerátor N=142	Napló N=142
Megjelölt alterek száma összesen	1315	2580
mean	9,26	18,17
std.deviation	5,11	12,73
min	2	2
max	31	93
Bejegyzett kapcsolatok/kontaktusok száma	3048	5451

3. számú táblázat

Az egocentrikus kapcsolati háló mérete – névgenerátor, napló.

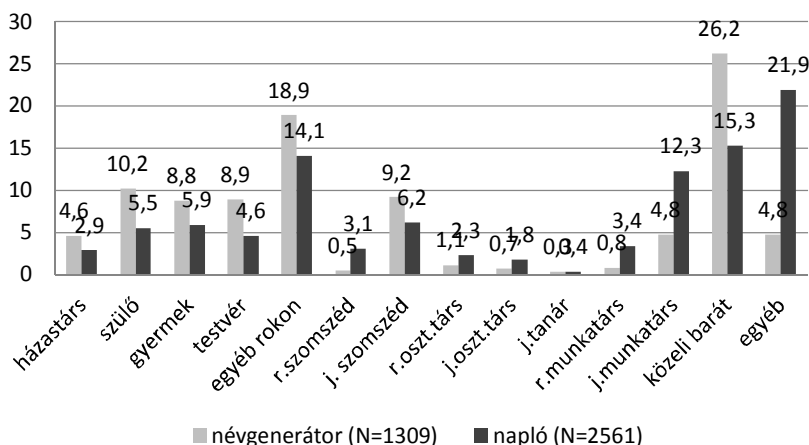
Az átlagok közötti különbség szignifikáns⁶, azaz a napló módszerrel szignifikánsan nagyobb hálóméretet lehetett elérni.

A kapcsolati háló összetétele

A hálózat összetétele (network composition) a kapcsolat jellege, típusa szerint írja le, hogy az egocentrikus kapcsolati háló milyen típusú kapcsolatokból épül fel: inkább közeli családtagok szerepelnek benne (magas rokonsági hányados), vagy inkább a nem rokoni kapcsolatok (barátok, ismerősök, munkatár-

⁶ p=0,000; Mean rank 102,46 (névgenerátor) ill. 182,54 (napló)

sak/iskolatársak, szomszédok) dominálnak (Albert-Dávid, 1994; Angelusz-Tardos, 1988).



1. ábra

A kapcsolat típusa a két módszer adatai alapján (%)

A névgenerátor és a napló módszer által feltárt alterek az egohoz fűződő kapcsolat típusa szerint szignifikánsan különböznek egymástól⁷.

A névgenerátor hét szituációja alapján legtöbbször közeli barátot jelöltek meg, majd az egyéb rokon kategória következett. Ez utóbbi kategóriába leggyakrabban olyanok kerültek, mint a nagyszülő illetve az unoka. A napló módszerrel megjelölt altereket a megkérdezettek leggyakrabban az egyéb kategóriába sorolták. Ebbe a kategóriába sorolták a különböző szakmák, szolgáltatások képviselőit, mint a postás, boltos, orvos, ápoló, fodrász, cukrász, zöldséges, stb., illetve az olyan kapcsolati típusokat, melyek a megkérdezett munkájához köthetők, mint az ügyfél, kliens, vállalkozó, az egyszerűen „ismerős”-ként megjelöltek illetve a valóban egyéb, sehová nem sorolható altereket. Az egyéb kategóriába tartozó alterek aránya az egocentrikus networkben összefügg a naplóval mért network mérettel: minél nagyobb heti network-öt mért a napló, annál gyakoribb a hálóban az egyéb kategóriába tartozók aránya⁸. Megvizsgáltam, hogy a kapcsolat típusa szerint kik azok, akik mind a névgenerátorban, mind pedig a naplóban

⁷ $p=0,000$; A két alter mintát páronként összevetve és konfidencia intervallumokkal vizsgálva, 95%-os valószínűséggel megállapítható, hogy az eltérések szignifikánsak.

⁸ Pearson Corr. = 0,336; $p=0,000$

szerepelnek. A két változó között közepesen erős, szignifikáns kapcsolat van⁹. A közeli családtagok nagy része szerepel mindkét módszer esetén, tehát az alapvetően az erős kötésekhöz sorolható személyek nagy valószínűséggel szerepelnek mindkét esetben. Ez azonban nem meglepő, lévén a névgenerátor elsősorban az erős kötéseket méri, a naplóba pedig bizonyára feljegyzésre kerülnek azok az alterek, akikkel az egyén közeli családi kapcsolatban áll.

A napló az erős kötések mellett lényegesen nagyobb arányban mutatott gyenge kötéseket is. A naplós módszerrel megjelölt széles egyéb kategória jó mutatója annak, hogy milyen típusú kapcsolatokról tárt fel többet ez a módszer. Míg a névgenerátorban a megkérdezettek inkább az erős kapcsolataikat sorolták fel az alkalmazott szituációkhoz alkalmazkodva, a naplóban megjelöltek olyan kapcsolatokat is, melyek egy más minőségű ego-alter diadikus kapcsolatot jelentenek.

Az átlagos network méretének és összetételének különbségei

A kapcsolati háló méretét és összetételét befolyásoló tényezők vizsgálatához modelleket építettem külön a névgenerátorból és külön a naplóból származó adatokkal. A modell érvényességét és a független változók hatását lineáris regresszió elemzéssel teszteltem. (A regressziós eredményeket lásd Függelék 3.)

	Befolyásoló változók	
	Névgenerátor	Napló
network méret	-	iskolai végzettség családi állapot
rokonsági hányados	családi állapot iskolai végzettség	kor iskolai végzettség családi állapot
barátok aránya	családi állapot iskolai végzettség	családi állapot
munkatársak aránya	nem gazdasági aktivitás	gazdasági aktivitás
szomszédok aránya	kor	kor

4. számú táblázat
Network méret és network összetétel

A network mérete

A naplóval mért egocentrikus kapcsolati háló méretét szignifikánsan meghatározza az egyén iskolai végzettsége és családi állapota: a magasabb iskolai végzettségűek és a nőtlenek/hajadonok tágasabb kapcsolati hálóval rendelkeznek. A

⁹ Chi-square=574,690; df=14; Cramer's V=0,474; p=0,000;

névgenerátorral mért kapcsolati háló nagyságát egyik változó sem befolyásolta szignifikánsan.

A network összetétele

A két módszerrel mért kapcsolati háló összetételét különböző változók magyarázzák szignifikánsan. A rokonsági hányados esetén a naplónál szignifikáns hatást mutat az ego kora (minél idősebb ego, annál több rokon található az egohálóban), míg ez a névgenerátornál nem mondható el. A másik eltérés a rokonsági hányados magyarázatában a megkérdezett családi állapota volt: a naplónál a házasságban, élettársi kapcsolatban élés volt meghatározó a rokonok arányában, míg a névgenerátor a nőtlenség és hajadonok esetében mutatott nagyobb rokonsági hányadost. A barátok arányát mindkét módszerrel mért adatok esetén szignifikánsan befolyásolja az egyén családi állapota közül a nőtlen/hajadon kategória, de a névgenerátornál az egyén iskolai végzettsége is szignifikáns kapcsolatot mutat a barátok arányával. Minél magasabban kvalifikált ego, annál több barátot jelölt meg a névgenerátorban. A naplónál nem volt mérvadó ego iskolai végzettsége a bejegyzett barátok aránya tekintetében. A munkatársak aránya esetén is egyezés a két módszer adatai között, hogy a gazdasági aktivitás meghatározó, a névgenerátornál azonban ego neme is szignifikánsan hat az említett munkatársak arányára. A networkben megjelenő szomszédok arányát mindkét módszer esetén az egyén kora határozza meg szignifikánsan. Minél idősebb ego, annál több szomszédot jelölt meg. Ez a mindennapos szolidaritás során jelenthet fontos erőforrást.

Az egoháló szelektivitása

A szelektivitás mutató a különböző társadalmi szűrők érvényesülésének indikátora „*azt fejezi ki, hogy milyen társadalmi-demográfiai szűrők milyen mértékben érvényesülnek a releváns kapcsolatok létrejöttében*” (Angelusz-Tardos, 1988:188). A kapcsolatháló szelektivitását olyan demográfiai változók mentén vizsgáltam, mint a nem, kor, iskolai végzettség. Azt néztem meg, hogy az egyes válaszadók hogyan választottak, jelöltek meg altereket az egyes módszerek alapján. A vizsgált változók összefüggését egyszerű korrelációs értékekkel határoztam meg. A korrelációs együtthatók alapján (Pearson) a következő sorrendet lehet felállítani a naplóban megjelölt személyek és az egyének vizsgált jellemzői alapján: 1) legerősebb a kor szerinti szelektivitás 0,67-es értékkel; 2) nem szerinti választás 0,61-es értékkel; 3) az iskolai végzettség 0,49-es értékkel. A megkérdezettek tehát inkább a hasonlóság elv alapján tartják a kapcsolatot másokkal. A korrelációs értékek minden esetben szignifikánsak. A fenti szelektivitást a névgenerátorban megjelölt alterekkel kapcsolatban is lehetett vizsgálni. 1) kor szerinti szelektivitás 0,68-as értékkel; 2) iskolai végzettség 0,48-as értékkel; 3) nem 0,43-as értékkel. Az iskolai végzettség hasonló értékkel mutatja a szelekti-

vitást, mint a napló, a nem szerinti választás azonban a névgenerátorban gyengébbnek tűnik. A korrelációs értékek minden esetben szignifikánsak.

A névgenerátorban és a naplóban megemlített személyek „átfedettsége”

A következőkben arra keresem a választ, hogy vajon a két módszer mennyire mutatja ugyanazokat a kapcsolatokat, illetve azt, hogy milyen elemekkel gazdagítja egyik módszer a másikat.

Alterek, akik mind a névgenerátorban, mind a naplóban szerepeltek

A megkérdezettek körében, a naplóban megjelölt altereknek átlagosan 37%-a (std.dev.=0,2172) szerepelt a névgenerátorban is. A két módszer közötti átfedés tehát egyharmados: a két módszerrel megismerhetővé vált alterek közül minden harmadik jelenik meg mindkét adatgyűjtési móddal. Az egokat (N=142) a névgenerátorban és a naplóban is szereplő alterek átlagos megjelenési aránya alapján 4 csoportra osztottam: 1) nagyon kevés átfedés az alterek között; 2) félig átfedés; 3) inkább átfedések; 4) nagyon sok átfedés¹⁰.

A megkérdezettek nagyobb része esetén beszélhetünk a névgenerátorral, illetve a naplóval gyűjtött adatok maximum felének egyezéséről. A két módszerben megjelölt alterek tehát nem feltétlenül egyeznek meg, a napló új elemeket tartalmaz a névgenerátorhoz képest.

A network mérete és a két módszerrel gyűjtött adatok közötti átfedést mutató változó között negatív irányú szignifikáns összefüggés van: minél nagyobb az egocentrikus háló mérete a naplós adatok alapján, annál kevesebb átfedést tartalmaz a két módszer¹¹.

Alterek, akik csak a naplóban szerepeltek

A naplóban megemlítettek közül minden harmadik alter (31%) szerepelt ugyanazon ego által kitöltött névgenerátorban is, azaz a naplóban említettek nagy része (69%) a névgenerátor kérdéseiben említett alterekhez képest új kapcsolatot je-

¹⁰ 1) nagyon kevés átfedés az alterek között- a névgenerátorban megjelölt altereknek kevesebb, mint negyede szerepelt a naplóban; minden harmadik megkérdezett esetében (33%; 47 fő) van maximum 25%-os átfedés a naplóban és a névgenerátorban megjelölt alterek között; 2) félig átfedés – a névgenerátorban megjelölt alterek több mint negyede és maximum fele szerepelt a naplóban; a megkérdezettek 44%-a (63 fő) esetén a bejegyzett alterek maximum fele egyezik meg a két módszer esetén; 3) inkább átfedések – a névgenerátorban megjelölt alterek több mint fele, de maximum háromnegyede szerepelt a naplóban; a megkérdezettek 14,8% (21 fő) esetén regisztráltam maximum 75%-os átfedés; 4) nagyon sok átfedés – a névgenerátorban szereplő alterek közül mindenki szerepelt a naplóban; a megkérdezetteknek 7,7%-a (11 fő) jelölte mindkét módszerrel szinte ugyanazokat az altereket, itt az átfedés több mint 75%-os.

¹¹ Pearson Corr.= -0,375; p=0,01

lent. Úgy tűnik, tehát, hogy az erős kötéseken kívül, jelentős a naplóban megjelölt új alterek aránya.

Alterek, akik csak a névgenerátorban szerepeltek

Természetesen a névgenerátorban is vannak olyan alterek, amelyek a naplóban nem jelennek meg. A névgenerátorban megjelölt alterek 36,5%-a nem szerepel ugyanazon személy által kitöltött naplóban, nagy részüket (63,5%) tehát a napló módszerrel is lehet mérni. A névgenerátorral felmért támogató kapcsolati hálózathoz tartozó egyénekkal a megkérdezettek nagy valószínűség szerint találkoztak is a napló módszerrel vizsgált héten. Ezek a kapcsolatok tehát eleget tesznek az erős kötések azon kívánalmainak is, hogy gyakori találkozás valósul meg. A mintába került férfiakra, a középkorúakra (50-59 évesek) illetve az alacsony iskolai végzettséggel rendelkezőkre jellemzőbb az, hogy nagy az átfedés a két módszerrel megjelölt alterek tekintetében. Az alacsony iskolai végzettséggel rendelkezők körében azonban szignifikánsan alacsonyabb a megjelölt alterek száma, azaz kisebb a network méretük.

Összefoglalás

A kutatás során bebizonyosodott, hogy a napló, mint mérőeszköz jó esélyt ad arra, hogy az egocentrikus kapcsolati háló viszonylag széles, összetett, aktív és aktuális részét ismerjük meg. A két módszerrel felmért egocentrikus kapcsolati hálózathoz zömében olyan személyek tartoznak a megkérdezettek esetén, aki a vizsgált személyek támogató, de egyben aktív és aktuális networkjét is gazdagítják. A megkérdezettekkel kapcsolatban elmondható, hogy a névgenerátorban feltüntetett altereknek valamivel több, mint harmada (36,5%) olyan kapcsolat, akivel a találkozás nem rendszeres, hiszen a naplóval vizsgált héten az adatok szerint nem volt megvalósuló kontaktus. Ezeket a kapcsolatokat nevezhetjük az ego által bizonyos helyzetekben vélt támogató kapcsolatainak. Ezek a kapcsolatok bekerülnek ugyan az egyén névgenerátorral mért kapcsolati hálójába, de nem biztos, hogy ezekre a kapcsolatokra az egyén valóban számíthat is a megjelölt esetekben.

A naplóba bejegyzett alterek jelentős hányadát alkotják az olyan, tágabb kapcsolati hálózathoz tartozó kapcsolatok, melyeket az egyéb módszerekkel nem lehet ilyen részletesen megismerni. Az egyént körülvevő aktív kapcsolati háló tanulmányozása közelebb vihet a gyenge kapcsolatok részletesebb megismeréséhez, illetve a network alakulásának, dinamikájának kutatásához. A két módszerben (névgenerátor ill. napló) megjelölt alterek nem feltétlenül egyeznek meg, a napló új elemeket tartalmaz a névgenerátorhoz képest. A naplóban megemlítették közül minden

harmadik alter szerepelt ugyanazon ego által kitöltött névgenerátorban is, azaz a naplóban említettek nagy része a névgenerátor kérdéseikhez képest új kapcsolatot jelent. Minél nagyobb az egocentrikus háló mérete a naplós adatok alapján, annál kevesebb átfedést tartalmaz a két módszer. Az adatok alapján látható, hogy olyan kapcsolatok maradhatnak ki egy névgenerátorral történő adatfelvétel során, akik megtalálhatók az egyén körül, de akik társas támogatására ego nem feltétlenül számít. Viszont, ha ezek a kapcsolatok a naplóval megismerhetővé válnak és a névinterpretáló kérdések mentén az is nyilvánvalóvá válik, hogy fontos kapcsolatok ego számára, akkor az egocentrikus hálónak már egy újabb szeletét ismerhetjük meg. Erre lehet jó a napló módszer.

Konklúzió

A napló alkalmas a hálózati erőforrások viszonylag nagy szeletének feltérképezésére. A névgenerátorból származó információkkal kiegészítve még informatívabb képet kaphatunk az egocentrikus kapcsolati hálót illetően.

A napló módszer alkalmazásával leírhatóvá válhat az egyén kapcsolati hálójának struktúrája mellett annak dinamikája is: hogyan változik az egyént körülvevő kapcsolatok mérete, összetétele, sőt a meglévő kapcsolatok erősségének változása is detektálható, illetve az új kapcsolatoknak az egocentrikus hálóba történő beépülése is nyomon követhető. Ehhez olyan panelvizsgálatot szükséges folytatni, ahol éveken keresztül módunkban áll megfigyelni ugyanazon egyének kapcsolathálózatának változásait bizonyos körülmények megváltoztatásával.

Felhasznált irodalom

1. Albert F.-Dávid B.: Magyarországon tanuló külföldi diákok kapcsolathálózati jellemzői. In. Szociológiai Szemle, 1994/3. 81-91.
2. Angelusz Róbert - Tardos Róbert (1988): A magyarországi kapcsolathálózatok néhány sajátossága. Szociológia, 2. sz.
3. Bernard, H.R. et al. (1990): Comparing Four Different Methods for Measuring Personal Social Networks. Social Networks 12. p. 179-215.
4. Burt, R.S. (1984); Network Items and the General Social Survey. Social Networks, 6 (4), p. 293-339.[http://dx.doi.org/10.1016/0378-8733\(84\)90007-8](http://dx.doi.org/10.1016/0378-8733(84)90007-8)
5. Campbell Karen E.- Lee, B.A. (1991): Name Generators in Surveys of Personal Networks. Social Networks 13. p. 203-221.

6. Chua, V.- Madej J. – Wellman B. (2009): Personal communities: The world according to me. <http://homes.chass.utoronto.ca/~wellman/publications/personal/handbook-community.pdf>
7. Erickson, B. (2004): The Distribution of gendered social capital in Canada.
8. Flap, H. and Volker, B. edit: In Creation and returns of social capital: A new research program. London: Routledge, p. 27-50.
9. Feld, S. L. - Suitor, J. L. – Hoegh, J.G. (2007): Describing Changes in Personal Networks over Time. *Field Methods*, 19. p. 218-236.
10. Fischer C. (1982a): *To Dwell Among Friends*. Berkeley: University of California Press.
11. Fischer C. (1982b): What Do We Mean by 'Friend'? An Inductive Study. *Social Network*, 3. p. 287-306
12. Freeman, C.L. - Thompson C.R. (1989): Estimating Acquaintanceship Volume. In: Kochen, M. edit: *The Small World*. Norwood. NJ, Ablex, p. 147-158.
13. FU, Yang-chih (2005): Measuring personal networks with daily contacts: a single-item survey question and the contact diary. *Social Networks* 27. p. 169-186.
14. Fu, Yang-chih (2007): Contact Diaries: Building Archives of Actual and Comprehensive Personal Networks. *Field Methods*, 19. p. 194-217.
15. Fu, Yang-chih (2008): The Immediate Returns on Time Investment in Daily Contacts. Exploring the Network-Overlapping Effects from Contact Diaries. In: Hsung, R.M. – Lin, N. – Breiger, R. edit: *Contexts of Social Capital. Social Networks in Markets, Communities and Families*. Routledge, Taylor and Francis Group. New York, London.
16. Granovetter, M.S. (1973): The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology*, Volume 78, Issue 6. p. 1360-1380.
17. Granovetter, M.S. (1974): *Getting a Job. Study of Contacts and Careers*. Cambridge: Harvard University Press
18. Granovetter, M.S. (1982): A gyenge kötések ereje. A hálózatelmélet felülvizsgálata. In: Angelusz R. - Tardos R. szerk. (1991): *Társadalmak rejtett hálózata*. Budapest, Magyar Közvéleménykutató Intézet. p. 371-400.
19. Gurevich, M. (1961): *The social structure of acquaintanceship networks*. Massachusetts Institute of Technology.
20. Hogan, B. - Carrasco, J.A. – Wellman, B. (2007): Visualizing Personal Networks: Working with Participant-aided Sociograms. *Field Methods*, 19. p. 116-144.
21. Killworth P.D. et al. (1990): Estimating the size of personal networks. *Social Networks* 12. p. 289-312.
22. Laumann E. (1973): *Bonds of Pluralism*. New York: Wiley.

23. Lin, N.-Dumin, M. (1986): Access to occupations through social ties. *Social Networks*, 8. p. 365-383.
24. Lin, N. (2001): *Social Capital*. Cambridge: Cambridge University Press.
25. Lonkila, M. (1999): *Social Networks in Post-Soviet Russia. Continuity and Change in the Everyday Life of St.Petersburg Teachers*. Helsinki, 1999. ISBN 951-45-8742-1 (PDF version) Helsingin yliopiston verkkojulkaisut
26. Marsden, P.V. (1987): Az amerikaiak fontos beszélgetési hálózatai. In: Angelusz R. - Tardos R. (1991): *Társadalmak rejtett hálózata*. Budapest, Magyar Közvéleménykutató Intézet. p.353-370.
27. Marsden, P.V. (2005): Recent Developments in Network Measurement. In: Carrington P.J.-Scott J.-Wasserman S. edit.: *Models and Methods in Social Network Analysis*. Cambridge University Press
28. McCallister, L.-C. S. Fischer (1978): A procedure for surveying personal networks. *Sociological Methods & Research*, 7. p. 131-148.
29. Mccarty, C. (2002): Measuring structure in personal networks. *Journal of Social Structure*, 3:1
30. Pool I. De S.-Kochen, M. (1978): Contacts and influence. *Social Networks*, 1. (1978/1979) p. 5-51.
31. Snijders, T.A.B.(1999): Prologue to the measurement of social capital. *La Revue Tocqueville* 20 (1). p. 27-44.
32. Szalai Sándor szerk. (1978): *Idő a mérlegen*. Budapest, Gondolat Könyvkiadó.
33. van der Gaag, M.– Snijders T.– Flap, H. (2008): Position generator measures and their relationship to other social capital measures. In: LIN, N. AND ERICKSON, B.H. edit.: *Social Capital: An International Research program*. New York: Oxford University Press. p. 27-48.
34. WELLMAN, B. (1979): The community question. *American Journal of Sociology* 84: p. 1201-31.
35. WELLMAN, B. (2001a): Physical place and cyber place: The rise of personalized networking. *International Journal of Urban and Regional Research*, 25(2). p. 227-252.
36. WELLMAN, B. (2001b): The persistence and transformation of community: From neighbourhood groups to social networks. In: Report to the Law Commission of Canada. Ottawa
<http://homes.chass.utoronto.ca/~wellman/publications/lawcomm/lawcomm7.PDF>

Függelék

Függelék 1. A kutatásban alkalmazott névgenerátor szituációi

1. Időnként az emberek összejönnek egymással: meglátogatják egymást, vendégeket hívnak, elmennek együtt sétálni, kirándulni, együtt vacsoráznak, stb. Kik azok az emberek, akikkel általában így össze szokott jönni?
2. Tétélezzük fel, hogy Ön hirtelen pénzzavarba kerül. Kitől kérne kölcsön ebben az esetben? (Személytől, nem pedig banktól vagy más intézménytől!)
3. Időnként az emberek kisebbfajta segítséget kérnek egymástól, például segítséget kérnek a ház körüli kisebb munkálatokhoz, vagy például kölcsönkérnek ezt-azt, vagy kisgyermek felügyeletéhez. Kiktől szokott Ön általában ilyen kisebb jellegű segítséget kérni? Vagy kihez fordulna ilyen jellegű segítségért?
4. Kérem, most képzelje el, hogy egy-két hétre elutaznának és a lakás üresen maradna. Sokan ilyenkor megkérnek valakit, hogy gondoskodjon a lakásról. Pl. öntözze meg a virágokat, ürítse ki a postaládát. Kihez szokott Ön fordulni, amikor ilyen típusú segítségre van szüksége? Vagy kihez fordulna ilyen jellegű segítségért?
5. Időnként az emberek beszélgetni szoktak a családjukkal, munkájukkal, munkahelyükkel összefüggő dolgokról. Kikkel szokta Ön az ilyen jellegű kérdéseket megbeszélni?
6. Amikor utoljára olyan jelentős döntések előtt állt, mint például állásváltás, vagy költözés, vagy lakásvásárlás, vagy más ehhez hasonló, kihez fordult tanácsért, információért? Vagy kihez fordulna ilyen jellegű segítségért?
7. A családtagjain kívül szokott-e Ön időnként egészen személyes, bizalmas dolgokról, problémákról másokkal beszélgetni? Ha van ilyen, megmondaná, hogy kicsoda?

A névgenerátorban használt névinterpretáló kérdések: a kapcsolat természete; az alter neme; kora; iskolai végzettsége; beszélgetési gyakoriság; mennyire tartja szorosnak az alterrel a kapcsolatát; milyen messze lakik alter egótól.

Az általam alkalmazott névgenerátorban nem volt limitálva a megadható alterek száma, illetve a megjelölt alterek mindegyikével kapcsolatban kértem az adott névinterpretáló kérdéseket, tehát nem volt ebben az esetben sem szűkítés.

Függelék 2. A naplóban használt névinterpretáló kérdések

1. demográfiai adatok: az alter neme; kora; iskolai végzettsége; foglalkozása; lakóhelye

2. az ego-alter kapcsolatra vonatkozó kérdések: mióta ismeri Ego Altert; a kapcsolat természete; járt-e már Ego Alter lakásán; beszélgetési gyakoriság; általában mennyire élvezi ego a megjelölt társaságát; megbeszélne-e fontos dolgokat Ego a megjelölt személlyel
3. az adott találkozásra vonatkozó kérdések: a találkozás helyszíne; a beszélgetés formája; ki kezdeményezte a beszélgetést a beszélgetés alkalmával jelenlévők száma

Függelék 3. A regresszió elemzés statisztikái

A. A network méretre ható tényezők vizsgálatához használt logisztikus regresszió statisztikái

Független változók	Függő: network mérete (napló)		
	Szignifikancia	B	hatás (β)
Iskolai végzettség	0,000	7,160	0,316
Családi állapot (házas-e)	0,029	6,332	0,185
Megmagyarázott hányad	11,3%		
Modell szignifikanciája	0,000		

B. A network összetételre ható tényezők vizsgálatához használt logisztikus regresszió statisztikái

Függő: network összetétele rokonsági hányados						
Független változók	névgenerátor			napló		
	Szignifikancia	B	hatás (β)	Szignifikancia	B	hatás (β)
Ego kora	-	-	-	0,003	0,003	0,252
Iskolai végzettsége	0,013	-0,0872	-0,213	0,007	-0,074	-0,233
Családi állapota (házas-e)	0,001	-0,172	-0,277	0,017	0,081	0,207
Megmagyarázott hányad	10%			15,3%		
Modell szignifikanciája	0,000			0,000		

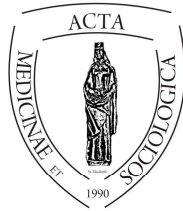
Függő: network összetétele batárok aránya						
Független változók	névgenerátor			napló		
	Szignifikancia	B	hatás (β)	Szignifikancia	B	hatás (β)
Iskolai végzettsége	0,033	0,076	0,182	-	-	-
Családi állapota (házas-e)	0,001	0,183	0,288	0,001	0,131	0,298
Megmagyarázott hányad	9,5%			8%		
Modell szignifikanciája	0,001			0,01		

Függő: network összetétele munkatársak aránya						
	névgenerátor			napló		
Független változók	Szignifikancia	B	hatás (β)	Szignifikancia	B	hatás (β)
Ego neme	0,010	-0,044	-0,225	-	-	-
Gazdasági aktivitása (dolgozik-e)	0,046	-0,033	-0,174	0,000	-0,132	-0,420
Megmagyarázott hányad	8%			17%		
Modell szignifikanciája	0,002			0,000		
Függő: network összetétele szomszédok aránya						
	névgenerátor			napló		
Független változók	Szignifikancia	B	hatás (β)	Szignifikancia	B	hatás (β)
Ego kora	0,000	0,0027	0,306	0,006	0,0023	0,243
Megmagyarázott hányad	8,6%			5%		
Modell szignifikanciája	0,000			0,006		

Husztí Éva

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, 4400 Nyíregyháza, Sóstói u. 2-4.

UNIVERSITY
OF DEBRECEN
FACULTY OF
HEALTH
NYÍREGYHÁZA



ACTA
MEDSOC
VOLUME 3.
2013

A speciális szükséglet lehetséges háttértényezői egy 2011-es vizsgálat tükrében

Nagy Loránd

Hajdú-Bihar Megyei Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálat

Bevezetés

A mai gyermekvédelem egyik kritikus pontja a speciális ellátás biztosításának kérdése. Napjaink gazdasági helyzetében, gyorsan változó jogszabályi környezetben, a gyermekek speciális ellátásának biztosítása nagy kihívást jelent a gyermekvédelmi szakemberek számára. A gyermek számára nem mindegy milyen színvonalú ellátást kap, „*talán a szolgáltatások hiányossága az egyik legkritikusabb pontja a speciális ellátás biztosításának*” (Hajduné, 2007).

Úgy gondolom, hogy kiemelt jelentőséget kell tulajdonítani annak megismerésére, hogy milyen út vezet a speciális szükséglet megállapításához. Annak tükrében, hogy pontos ismeretekkel rendelkezünk arról, hogy a speciális szükséglet mögött milyen háttérmechanizmusok munkálkodnak, csak célzott szolgáltatások segítségével tudjuk a gyermek speciális ellátását hatékonyan biztosítani.

Ebben a tanulmányban arra teszek kísérletet, hogy a speciális szükségletnek egy értelmezési keretet adva, rávilágítsak arra, hogy Hajdú - Bihar megyében a 2011. évben a szükséglet kialakulásában milyen tényezők játszhatnak szerepet. Egy külön tanulmány témája lehetne ha több évre, illetve országos viszonylatban vizsgálnánk ezeket a háttértényezőket. Remélem, hogy jelen tanulmány eredményeinek ismeretében talán majd megfogalmazódnak vitaindító gondolatok, amelyek a későbbiekben elősegítik a hatékony és eredményes szolgáltatásfejlesztést.

DOI: 10.19055/ams.2013.4/11/7

A speciális szükséglet értelmezési kerete

1. A gyermekvédelem, mint a speciális szükséglet fogalmi kerete

A speciális szükséglet definiálása előtt mindenképpen szükségesnek tartom, hogy egy értelmezési keretbe helyezzük a szükségletet. A speciális ellátási igény a gyermekvédelmi szakellátással való érintettség során jelenhet meg, hiszen a megyei/fővárosi gyermekvédelmi szakértői bizottságok és az Országos Gyermekvédelmi Szakértői Bizottság kaptak jogosultságot arra, hogy a szükségletet kimondják, megállapítsák. A bizottságok végzik a szükséglet felülvizsgálatával kapcsolatos teendőket is.

A speciális szükséglet tehát a gyermekvédelem fogalomrendszerében értelmezhető, azon belül a gyermekvédelmi szakellátásba kerülés, vagy a szakellátásban eltöltött idő során jelenhet meg. Megjelenését befolyásolhatja számos tényező, mind a gyermekjóléti alapellátás során jelen lévő, mind a szakellátásban megjelenő tényező.

A gyermekvédelem olyan tevékenységek, eszközök és intézmények együttese, amely a gyermeki jogok védelmét, a gyermekek harmonikus testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődését, családban történő nevelését, a veszélyeztetettség megelőzését, illetve megszüntetését, valamint a családjából már kiemelt gyermeknek a saját családba történő visszahelyezését célozza, és ezek által biztosítja a gyermekek számára azt a különleges védelmet, amit fizikai és szellemi érettségük hiánya indokol. Szélesebb értelmében idetartozik minden olyan, a gyermeket nevelő családok felé irányuló pénzbeli vagy természetbeni támogatás és szolgáltatás, amely segíti a szülőket abban, hogy gyermekeiket felnevelhessék, és ne alakuljon ki a gyermeket veszélyeztető helyzet a családban. A gyermekvédelmi szolgáltatások igénybevétele önkéntesen vagy hatósági kötelezéssel lehetséges. E szolgáltatások a gyermekjóléti alap- és gyermekvédelmi szakellátásokra tagolódnak (Szikulai, 2004).

A gyermekvédelmi szakellátás a családjukból kiemelt gyermekek és fiatalok gondozása, nevelése (otthont nyújtó ellátás, utógondozói ellátás). A gyermekvédelmi szakellátás feladatait a nevelőszülők, a gyermekotthonok, a területi gyermekvédelmi szakszolgáltatást nyújtók, és az életkezdő fiatalok támogatása teljesíti. A gyermekvédelmi szakellátások célja az ideiglenes hatállyal elhelyezett, az átmeneti nevelésbe vett és a tartós nevelésbe vett gyermek otthont nyújtó ellátásának, a fiatal felnőtt további utógondozói ellátásának, valamint a szakellátást más okból igénylő gyermek teljes körű ellátásának biztosítása (Rácz - Szikulai szerk., 2006).

Ebben az értelmezési keretben a veszélyeztetettségnek, a gyermek ebből fakadó kríziseinek nagy jelentősége van, amelynek a kezelésére, ha nincs hatékony megoldás, egyenes út vezethet a gyermekvédelmi szakellátásba kerüléshez, a speciális ellátási igény megjelenéséhez.

1.1. A veszélyeztetettség értelmezési kategóriái

A következő szempontokat tartom fontosnak:

- A veszélyeztetettség kifejezés olyan helyzetekre utal, melyek objektíve létező tulajdonságainál fogva ártalmasak a gyermek számára.
- A problémáknak a gyermekvédelemhez sorolása elsősorban a közpolitikai folyamat során dől el.
- A veszélyeztetettséggé minősítés döntő fontosságú kritériuma a gyermek, a szülők és az állam közötti viszony. Azok a helyzetek tartoznak a veszélyeztetettséghez, melyeket a társadalom úgy minősít, hogy nem tartoznak a normális problémák közé, és rendezésükhöz állami kontroll, egyben pedig a család autonómiájának korlátozása szükséges.
- Az a gyermek–szülő–állam viszony konkrét konstellációján múlik, hogy sor kerül-e közösségi cselekvésre, illetve hogy milyen típusú közcselekvést alkalmaznak. Ha a társadalom „kivételesnek” minősíti a gyermek problémáját, akkor a problémát kezelő megoldások keresztülhatolnak a családi burkon és közvetlenül a gyermekekre irányulnak. Ilyenkor a „kivételes” problémát összefüggésbe hozzák a szülő felróható magatartásával, devianciájával, vagy egyszerűen úgy tekintik, hogy a szülő nem jelent kellő garanciát a kockázat kezelésére.
- A helyzetek „gyermekvédelemre tartozóságának” kritériumait a kialakított társadalmi konstrukció (a veszélyeztetettség-konstrukció) tartalmazza. A veszélyeztetettség- konstrukció végső soron azt fejezi ki, hogy valamely problémahelyzet kezelése nem bízható a szülőre, hanem szükség van olyan közcselekvésre, amely a család autonómiáját korlátozva szervezi a probléma megoldását (Szöllösi, 2003).

1.2. A gyermekvédelmi szakellátásba kerülés lehetséges okai

A gyermekvédelmi szakellátással azok a gyermekek kerülnek kapcsolatba, akiknek veszélyeztetettségét az alapellátás eszközeivel kezelni, megszüntetni nem lehetett. Veszélyeztetettség az is, ha szülői felügyelet, törvényes képviselő nélkül marad a gyermek. A szakellátásba kerülés okainak vizsgálata rávilágíthat arra, milyen objektív tényezők játszanak szerepet a gyermek veszélyeztetésében.

Neményi Mária és Messing Vera 2005-benős évben átfogó kutatást végzett a gyermekvédelmi gondoskodásba került gyermekek helyzetére vonatkozóan. Egy országos, három kiválasztott korcsoport – csecsemőkorúak, iskolába lépők, kamaszok – esetében teljes körű mintán történő, kérdőíves módszerrel (pontosabban: az általunk összeállított adatgyűjtő ív segítségével) végeztek összehasonlító vizsgálatot. Kíváncsiak voltak arra, milyen fő okok állnak a gyermekvédelmi gondoskodásba helyezés mögött. A beutalási okokat főkomponens-elemzés segítségével boncolgatták, amely megerősítette azt a hipotézisüket, hogy bizonyos okok jellemzően együtt járnak, tehát jól kirajzolható az okok együtt járásának mintázata.

- A legnépesebb csoport, olyan vegyes csoport, ahol a bekerülési indokok között egyformán szerepet játszott a gyermek elhanyagolása, a család rossz szociális körülményei, a szülő szenvedélybetegsége, valamint a gyermek elhagyása.
- A második legnagyobb csoporthoz azok a gyermekek tartoznak, akik bekerülési indokául alapvetően a rossz szociális körülményeket, és – az ebből következő –szülői elhanyagolást nevezték meg az illetékes szakemberek.
- A következő az az okcsoport, amikor a gondoskodásba kerülés mögött alapvetően a szülők betegsége vagy halála állt.
- A negyedik csoportba olyan gyermekek kerültek, akik gondozásba kerülése egyértelműen saját deviáns viselkedéséből következett.
- Végül a legkisebb csoportot azok a gyerekek alkotják, akiket szenvedélybeteg (alkoholista, kábítószerfüggő) szülei bántalmaztak, esetleg szexuálisan is zaklattak (Neményi-Messzing, 2005).

1.3. A gyermeket érő lehetséges traumatizáló hatások

A fenti veszélyeztető tényezők traumatizáló hatása vitathatatlan, és ezek a hatások többnyire a nevelésbe vételt megelőző időszakból származnak. Kálmánchey Márta (2001) szerint a jellemzően előforduló traumatizáló hatások négy csoportba oszthatók:

- A nevelésbe vételt megelőző időszakból származó a lelki sérülések (elhanyagolás, bántalmazás).
- A nevelésbe vétel traumája (veszteség).
- A nevelőotthoni életből fakadó problémák (hospitalizáció).
- A nevelőszülői elhelyezés jellemző nehézségei (alkalmazkodás, elfogadás).

Felmerülhet a kérdés, hogy egy gondozási hely adekvátan tudja-e kezelni ezeket a traumákat. Mi történik olyankor, ha a nevelőszülő nem rég végezte el a tanfolyamot és tapasztalatlan, vagy a gyermekotthonban nincs pszichológus, és ezáltal nem biztosítható a terápia?

A gyermekvédelem oldaláról ilyenkor ellátási diszfunkció jelentkezik, amely nem más, mint a gyermek úgynevezett másodlagos veszélyeztetése. Az adott szituációban az ellátási diszfunkció olyan ismétlődő vagy egyszeri cselekvést, szükséges beavatkozás hiányát vagy éppen a rendszerben lévő intézményi hiányosságot („ellátási űr”) jelent, mely a gyermek mindenek felett álló érdekeivel ellentétes, és egyszersmind jogait is sérti (Bálint, 2007).

Látható, hogy a szakellátásba kerülés veszélyeztető helyzetei mögött számos traumatizáló tényező állhat. Felmerül a kérdés, hogy ezekben a helyzetekben a gyermekek milyen megküzdési stratégiákat alkalmaznak, és azok szocializáción keresztüli rögzülése mennyire határozza meg a hatékony problémamegoldást.

Szótsné Karkus Zsuzsanna és szerzőtársai (2007) kutatásukban a megküzdés és szorongás tekintetében azt az eredményt kapták, hogy a megküzdési készségek terén jelentős elmaradást tapasztaltak a gyermekvédelmi gondoskodásban élő 16-20 éves fiatalok esetében a családban élő serdülőkhöz képest. Az érzelmi kontroll hiánya miatt jellemző rájuk a negatív következmények iránti szenzitivitás és a depresszióra való hajlam, valamint gyakoriak az agresszív megnyilvánulások, melyek irányulhatnak mások vagy önmaguk felé. Interperszonális repertoárjuk fejletlensége nyilvánvalóan összefügg érzelmi problémáikkal; nem képesek szereteten alapuló, jól működő kapcsolatokat kialakítani.

A gyermekvédelmi gondoskodásban élő gyermekek megküzdési kapacitás szempontjából elmaradnak a családban felnövő fiatalokhoz képest, amelyet meghatároznak azok a traumatizáló tényezők, amelyek a gyermek veszélyeztetettségi helyzetét megalapozzák. Szakellátásba kerüléskor számos objektív veszélyeztetettségi tényező azonosítható, de emellett fontos a gyermek ezek talaján megélt traumáinak kezelése annak érdekében, hogy a későbbiekben ezek a problémák ne halmozódjanak, ne induljon el a gyermek az ún. „speciális” tünetképződés útján.

2. A speciális szükséglet fogalma

Az előzőekben a speciális szükségletnek a helyét próbáltam meghatározni a gyermekvédelmi kulcsfogalmak kontextusában. Megvizsgáltam, hogy a szükséglet milyen kapcsolatban állhat a gyermekvédelem olyan fogalmaival, mint a veszélyeztetettség, szakellátásba kerülés, vagy a gyermek belső erőforrásai. A gyermek traumatizált helyzetét ebben a viszonylatban kulcsfogalomnak tartom. A következőkben a speciális szükséglet értelmezéséhez nyújtanék áttekintést.

A gyermekvédelmi szakellátás egyik legvitatottabb kérdése a speciális szükségletű gyermekek körének, csoportjainak meghatározása, valamint az őket ellátó intézmények, intézményrendszer kialakítása.

A hosszas szakmai vita után kialakított speciális szükségletű gyerekek csoportjai:

- a súlyos pszichés,
- illetve a súlyos disszociális tüneteket mutató,
- valamint a pszichoaktív szerekekkel érintett gyerekek.

Ezek csak gyűjtőfogalomnak használhatók, hiszen minden csoporton belül számos alcsoport, problémátípus különíthető még el (Molnár-Radoszáv, 2007).

A Fővárosi Módszertani Gyermekvédelmi Szakszolgálat módszertani tevékenysége keretében 2009 szeptemberében alakította meg a Speciális Ellátás Módszertani Munkacsoportját. A szakemberek véleménye az volt, hogy a jelenlegi szabályozás probléma-profiljainak további differenciálására van szükség, annak érdekében, hogy az eltérő szükségletek kielégítésére adekvát ellátási formák szülessenek.

Speciális szükségletűnek tekinthetjük tehát azokat a gyermekeket/ fiatalokat akik

1. pszichoaktív szert használnak,
2. klasszikus pszichiátriai kórkép gyermekkori megnyilvánulásaiban szenvednek (esetenként pszichotikus állapotban lévők),
3. magatartási és beilleszkedési zavarokkal, antiszociális viselkedésműködésekkel küzdenek,
4. érzelmi élet és impulzus kontroll zavarokkal küzdenek (Speciális Ellátás Módszertani Munkacsoport, 2011).

A speciális szükséglet értelmezése eddig objektív kritériumok alapján történt, azonban számos szubjektív tényező is meghatározhatja, hiszen komplex minősítési folyamat eredményeként nyeri el jelentéstartalmát. Ezek alapján nem mindegy, hogy mennyiben és hogyan érzékelik a gyermekkel kapcsolatban állók a probléma súlyát. Fontos, hogy miként látják a szakemberek saját szakmai kapacitásuk határait. Figyelembe kell venni, hogy milyen tartalmú és terjedelmű szakmai illetékességet tulajdonítanak a speciális ellátásnak, az azt biztosító intézménynek. Fontos tudni, hogy egyáltalán létezik-e, hozzáférhető-e a speciális ellátás, és mennyire erősek a problémás viselkedésű gyermekhez fűződő kapcsolati-kötődési szálak (Józsa, 2007a). Hasonlóképpen a speciális szükséglet szubjektív tényezőihez, a speciális ellátás értelmezése is komplex minősítési folyamat eredménye (Józsa, 2007b).

A veszélyeztetettség, a szükséglet és az ellátás értelmezése alapvetően meghatározza a gyermekkel történő segítő folyamatot. A gyermekvédelem rendszerében az alap- és szakellátás oldaláról megjelenő ellátási diszfunkció is jelentős mértékben hozzájárulhat a másodlagos veszélyeztetéshez. A szakellátásba kerülés a gyermeknél mindig súlyos akcidentális krízis következtében történik meg, noha a problémák halmozódását az alapellátás keretein belül kellene elkerülni. Ez mind vezethet oda, hogy a szakellátás fog megbirkózni a traumatizáló tényezők nyomán kialakult tünetekkel, amelyek mértéke elérheti azt a szintet, hogy azt már speciális szükségletként kell értékelni. (Herczog, 2007)

A speciális szükséglet lehetséges háttértényezőinek vizsgálata 2011-ben

Módszertani háttér

2011. év során a Hajdu-Bihar Megyei Gyermekvédelmi Szakértői Bizottság (továbbiakban: Szakértői Bizottság) által elkészített Szakvéleményekből származnak a következő adatok.

A kutatásom célja az volt, hogy rálássak arra, hogy 2011. évben a Hajdú-Bihar megyei speciális szükségletűvé nyilvánítások háttérében milyen tényezők játszanak szerepet, milyen hatásmechanizmusok vezetnek ahhoz, hogy egy gyermek esetében megállapításra kerül a speciális szükséglet, valamint melyek voltak jellemzően azok a típusos tünetek, amelyek meghatározzák a szükségletet.

Feltételezem hogy a tünetek sokszínűségének háttérében több tényezőnek kell szerepet játszania. A gyermek, életútja valamint a szakellátásban eltöltött idő alatt, különböző hatásoknak van kitéve, keresztülmegy az elsődleges és másodlagos szocializáción. Azt, hogy ezeket a hatásokat hogyan dolgozza fel, a szocializáció által elsajátított, belsővé tett minták határozzák meg. Ezért úgy gondolom, hogy a családi diszharmóniának jelentős szerephez kell jutnia a speciális szükséglet kialakulásában.

Kutatási módszerként a dokumentumelemzést választottam, hiszen a Szakértői Bizottság szakvéleménye az a kulcsdokumentum, amely megállapítja/ kizárja a gyermek speciális szükségletét. Az előzményekből feltérképezhető a gyermek életútja, a részvizsgálatokból pedig kiderül, hogy a tünetek háttérében milyen hatásmechanizmusok dolgoznak, milyen segítségnyújtásra van ezért szükség. A javaslat részben pedig nevesítik, hogy a gyermek speciális szükségletű-e, vagy sem, illetve a konkrét segítségnyújtási formák nevesítését is itt találjuk. A kutatási módszer ezen formája tehát teljes körű információt nyújt a gyerekekről, hiszen a részvizsgálatokat végző szakemberek véleményük kialakítása során találkoznak a gyermekkel, annak hozzátartozóival, illetve a velük kapcsolatban álló szakemberekkel is.

A mintába a 2011. évben a Hajdu-Bihar Megyei Gyermekvédelmi Szakértői Bizottság által speciális szükségletűvé nyilvánított gyermekek szakvéleményei kerültek be.

Összesen 55 főnél került sor speciális szükséglet vizsgálatára 2011-ben. A bizottság 46 esetben állapította meg a speciális ellátási igényt. Ebben a számban a speciális szükséglet kontroll vizsgálata során történő megállapítások is benne vannak.

30 esetben történt újonnan speciális szükséglet megállapítása (tehát a kontrollvizsgálatok nincsenek benne): 8 fő ideiglenesen elhelyezett, 5 fő nevelésbe vételi eljárással érintett, 17 fő nevelésbe vett gyermek esetében. A mintába tehát ez a harminc fő került be, akiknek nemek szerinti megoszlása a következő: 17 fiú és 13 lány.

A 30 eset vezető tünet szerinti megoszlása a következőképpen alakul. Disszociális: 13 fő, pszichés: 17 fő, pszichoaktív szerhasználó: 0 fő.

Megjegyzendő, hogy ezek vezető tünetek, és az esetek többségében tisztán nem jelennek meg. A vezető tünet az a tünet, amely az adott gyermeknél hangsúlyosabb, vagy a gyermek ilyen irányban veszélyeztetett. Az adekvát segítségnyújtást, és a gyermek elhelyezését határozzák meg. A speciális szükségletű gyermekek/fiatalok problémái gyakran összetettek, tüneteik mozgalmassak, gyakran változnak ezért a terápiás profilok kialakításában a vezető problémát kell meghatározónak tekinteni. (Speciális Ellátás Módszertani Munkacsoport, 2011)

A vizsgálatot a következőképpen végeztem el:

A szakvélemények feldolgozása során kigyűjtöttem az előforduló tüneteket, valamint a részvizsgálatok tanulmányozása során megkerestem mindazon háttértényezőket, amelyek az adott gyermek életútjára hatással lehetnek. A tünetek és háttértényezők értékelésénél, azok előfordulási gyakoriságát tudtam alapul venni, annak ellenére, hogy 30 fős mintán dolgoztam. Véleményem szerint így kaphatunk arról képet, hogy melyek a típusos tünetek, valamint a háttértényezők szerepére is így lehet következtetni a speciális szükséglet megjelenése szempontjából az adott évben Hajdú-Bihar megyében.

A tüneteket és a háttértényezőket összesítettem és csoportosítottam.

Tünetek: *Lopás; iskolai teljesítményzavar; iskolai hiányzás; engedély nélküli távollét; auto/hetero agresszió; szexuális túlfűtöttség; betörés; garázdaságrongálás; gyógyszer elutasítása; kábítószer/gyógyszer/szerves oldószerfogyasztás; impulzivitás; sodorhatóság; öntörvényűség; alkoholfogyasztás; opponáló magatartás; gyűjtogatás; játékszenvedély; prostitúció; suicid kísérlet; rablás; állatkínzás*

Háttértényezők:

A háttértényezőket három részre tudtam osztani. A családi háttértényezők a gyermek családjában, közvetlen környezetében (szocializációs színterek) meghatározó történések. A pszichológiai háttértényezők a gyermek személyiségfejlődését meghatározó tényezők. Rendszertényezőknek neveztem el a harmadik kategóriát, utalva a gyermeket segítő-támogató rendszerre. Ennek esetleges diszfunkciója a segítő-támogató funkciót kérdőjelezi meg. Két részre osztottam ezt a kategóriát. Az első kategória a gyermek mozgására, környezetének változtatására, állandóságának figyelmen kívül hagyására fókuszál. A másik kategória az időben meg nem kapott segítségnyújtás, annak elmaradásának jelentőségére hívja föl a figyelmet.

Családi háttértényezők: *Szülők válása, különélése; új élettárrsal való konfliktus; szülő lojalitása az új élettárs felé; a szülő kéri a családból történő kiemelését; a szülő nem tart kapcsolatot; szülői elhanyagolás; negatív családi-környezeti minta; családban elszennvedett fizikai bántalmazás; szülő alkoholizálása, szenvedélybetegsége; szülő pszichiátriai betegsége; nevelési eszköztár hiányossága; szülői suicidum tanúja; teljesítményorientált nevelés*

Pszichológiai háttértényezők: *Szülővel való ambivalens kapcsolat; elsődleges kötődés sérülése; feldolgozatlan gyász, veszteség; szocializációs hiányosságok; beilleszkedési alkalmazkodási zavar*

Rendszertényezők

- Változások a gyermek elhelyezésében: *Többszörös gondozási hely változtatás; többszörös családon belüli elhelyezés; többszörös iskolaváltás.*
- Adekvát segítségnyújtás hiánya: *Nem részesült adekvát segítségnyújtásban; családterápia meghiúsulása; pszichoterápia meghiúsulása; rendszerabúzus.*

A speciális szükségletű gyermekek tüneteinek vizsgálata

A tüneteket a 2011. évben speciális szükségletűvé nyilvánított gyermekek szakvéleményeiben előforduló gyakoriságuk alapján értékelttem. Azt néztem meg, hogy a harminc szakvéleményből az egyes tüneteknek milyen az előfordulási gyakorisága. Jelzés értékűnek tekintettem, ha az esetek harmadánál előfordul az adott tünet.

A legnagyobb gyakorisággal előforduló tünet az engedély nélküli távollét volt. 30 esetből 24-szer fordult ez elő. Az engedély nélküli távollét alatt kell érteni a csavargást, szülői engedély hiányában történő távollétet, valamint a gondozási helyről történő engedély nélküli eltávozást, a szökést. Azt látjuk, hogy az esetek döntő többségében előfordul, hogy a gyermek nem tartózkodik folyamatosan a gondozási helyén. Amennyiben még otthon nevelkedik gondot jelent az, hogy huzamosabb ideig a szülő/törvényes képviselő nem rendelkezik információval arra vonatkozóan, hogy hol tartózkodik napközben, illetve éjszaka a gyermek. Fontosnak tartom kiemelni, hogy ez a tünet, illetve a tünetek önmagukban, nem kizárólagos prediktorai az esetleges speciális ellátási igény megállapításának. Az engedély nélküli távollét háttérében számos tényező állhat, amelyet célzott segítségnyújtással kezelhetünk.

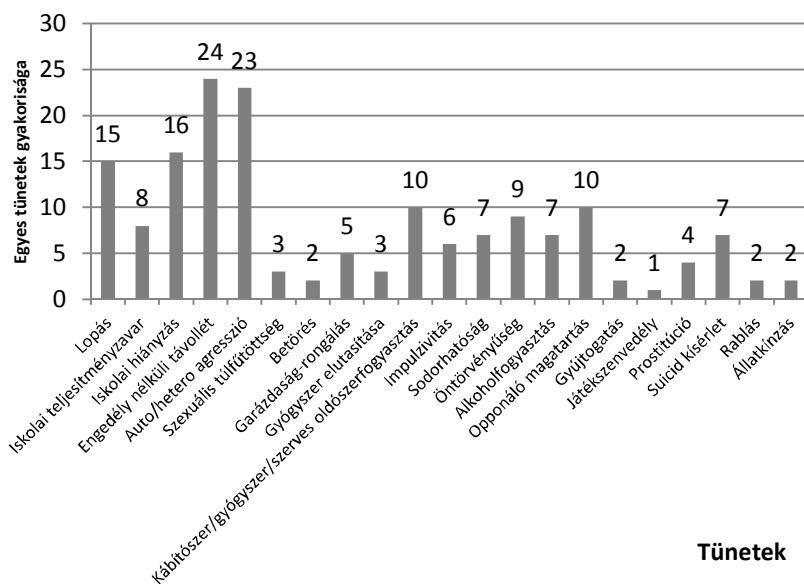
A másik kirívó gyakorisággal előforduló tünet az auto-/heteroagresszió volt. 30 esetből 23 volt az előfordulási gyakorisága. Ide kapcsolhatóak lettek volna a bűnügyi irányba elmozduló tünetek (betörés, garázdaság-rongálás, gyújtogatás, rablás, állatkínzás), valamint az elsősorban pszichés labilitás talaján előforduló a vizsgálatom által nevesített autoagresszív megnyilvánulások is (kábitószer fogyasztás, alkoholfogyasztás, suicid kísérlet), azonban ezeket a tüneteket én mégis külön kezeltem. Ennek oka, hogy a tünetek egy része már büntetőjogi kategória, és kezelésére megvannak a rendszer sajátos eszközei, másik része pedig szintén célzott segítségnyújtással kezelhető. Véleményem szerint ezek gyakorisága nagy előrejelző jelentőséggel bírhat. Auto/hetero agresszió alatt elsősorban a fizikai agressziót értettem, amely egyrészt a gyermek környezete, másrészt önmaga ellen irányul. Gyakori esetek voltak, hogy a gyermek a gondozási helyén megveri a fiatalabb gyermekeket, illetve kárt tesz fizikai környezetében (berendezési tárgyak). Előfordult felnőttekkel szemben tanúsított fizikai agresszió is. Ezek közül gyakoribb volt az iskolai pedagógussal, valamint a gondozási hely nevelőjével szemben tanúsított agresszív megnyilvánulás. Ritkább volt a szülővel/törvényes képviselővel szembeni fellépés. Előfordult iskolában a társakkal szemben megnyilvánuló fizikai agresszió is. Önmagában való károkozás a legtöbb esetben a saját alkar megvagdolásában nyilvánult meg, azonban előfordult olyan eset is, amikor a gyermek a fejét a falba verte. Az kitűnik, hogy az agresszió, mint tüneti kategória viszonyítható egyéb általam nevesített kategóriákkal. Érdekes lenne megvizsgálni, hogy azokban az esetekben, amikor előfordul iskolában megnyilvánuló agresszió, az az iskolai teljesítményzavarral mutat-e összefüggést. Az iskolai hiányzás is magas gyakorisággal előforduló tünet volt. Ez a kategória bizonyos szempontból rokonítható az engedély nélküli eltávozással, mégis külön kategóriaként kezeltem. Ennek oka, hogy mögötte ugyan munkálkodhatnak az előzővel azonos háttértényezők, de mégis mivel iskolai környezethez kapcsolódik, iskolaszpecifikus háttérmechanizmusokkal egészülhet ki. Akár állhat a háttéré-

ben iskolai teljesítményzavar is, a nem megfelelő iskola típus stb. Az látható, hogy 30 esetből 16 esetben fordult elő iskolai hiányzás. Ez legtöbbször igazolatlan hiányzásokban nyilvánult meg, de előfordultak óráról való késések is. Megjegyzendő, hogy a két eset minden esetben együtt járt, pusztán óráról való késések nem jelentek meg. Az is megjegyzendő, hogy óvatosan kell bánni ezzel az eredménnyel, hiszen ebbe a kategóriába soroltam a magántanulói jogviszonyban álló felkészítést és osztályozó vizsgát elmulasztó gyermekek esetét is. Ennek az az oka, hogy anamnézisében az ő esetükben is legtöbbször (de nem minden esetben) iskolai hiányzás vezetett magántanulóvá nyilvánításukhoz.

A *lopás* előfordulásának gyakorisága is igen magas. 30 esetből 15 esetben fordult elő. Lopás alatt valamilyen tárgy engedély nélküli fizikai agressziótól mentes eltulajdonítását értem. Ha már előfordult agresszió, akkor azt külön kategóriaként kezeltem. Fontos megjegyezni, hogy ennek a tünetnek is van bűnügyekkel kapcsolatos vetülete. Egyrészt ez is büntetőjogi kategória, másrészt indulhat hatósági eljárás is lopási ügyben. Hangsúlyoznám ennél a kategóriánál is, hogy a lopás önmagában nem határozza meg a speciális ellátási igényt, ugyanakkor ez a magas szám mégis elgondolkasztató a tekintetben, hogy milyen háttértényezők határozzák meg azt a tüneti együttállást, ahol ennek a tünetnek a gyakorisága igen magas.

Gyakran fordult elő a tünetek közül az *opponáló magatartás* is. 30 esetből 10 esetben jelent meg ez. Ez alatt valamilyen tekintély személy elleni engedetlenséget értek. Ennek megnyilvánulásai: nem fogad szót a gyermek szülőjének/ törvényes képviselőjének/ nevelőjének, verbális agresszióval él ezen személyek felé, gyakori a provokáció. Amennyiben ez túlment a verbális agresszió, azt külön kategóriaként kezeltem. Egyértelműen látszik a kapcsolat az agresszió tünettől. Az opponálás megjelenhet iskolában is, pedagógusokkal szemben elsősorban, így összefügghet akár az iskolai hiányzással, akár egy esetleges iskolai teljesítményzavarral. Ezen tünetek közös gyökere valószínűsíthető.

Kábítószer/gyógyszer/szerves oldószer fogyasztás szintén 10 esetben fordult elő. Ez igen magas gyakoriság annak a tükrében is, hogy 2011. évben pszichoaktív szerhasználat vezető tünettől nem nyilvánított a Szakértői Bizottság egy főt sem speciális szükségletűvé. Ennek ellenére a pszichoaktív szerhasználat magas gyakorisággal van jelen a tünetek között. Ennek az az oka, hogy a bizottság más tünetek jelenlétében látja a vezető problémát, a problémaprofil felállításakor elsősorban nem a szerhasználatnak van kitüntetett jelentősége. A szerhasználat háttérben pszichés vagy disszociális mechanizmusokat feltételeznek, ezért a terápiás profil kialakításában az adott vezető probléma tekinthető meghatározónak.



1. ábra: Tünetek egymáshoz viszonyított gyakorisága

Az 1. ábrán látható, hogy a leggyakrabban előforduló tünetek a fentebb ismertett tünetek voltak. Az engedély nélküli eltávozások, az auto/heteroagresszió tünetek hangsúlyossága vitathatatlan, ugyanakkor a lopás, iskolai hiányzás tünetek megjelenése is igen gyakori. Az opponáló magatartás és a kábítószer fogyasztás gyakoriságától nem sokban marad le az öntörvényűség, az iskolai teljesítményzavar, a sodorhatóság, az alkohol fogyasztás és a suicid kísérlet sem.

Az *öntörvényűség* 9 esetben fordult elő a 30 szakvéleményből. A nehezen irányíthatóság, a saját út járása, tanácsok és legfőképpen a szabályok figyelmen kívül hagyása az, amely meghatározza ezt a tünetet. Az öntörvényű viselkedés a legtöbbször a házirend be nem tartásával nyilvánult meg, összefüggésbe hozható az engedély nélküli eltávozásokkal, az opponáló magatartással, de terelődhet bűnügyi irányba, ezeket az eseteket külön kezeltem. Megjegyzendő, hogy statisztikailag szinte jelentéktelen a különbség az opponáló magatartás és az öntörvényű viselkedés tünete között, amely azok együttjárását erősen feltételezi, így valószínűsíthető hasonló háttértényezők szerepe ezen tünetek megjelenésében.

Az iskolai teljesítményzavar 8 esetben fordult elő. Azt gondolom igen magas gyakoriság ez is, hathat az iskolai hiányzás előfordulására is. A magántanulóvá nyilvánítások háttérében ez a másik tényező (az iskolai hiányzások mellett), így valószínűsíthető, hogy ezen tünetek mögött hasonló háttérmechanizmusok munkálkodhatnak. Az iskolai teljesítményzavar a gyermekben frusztrációt vált ki, így kérdéses ez a feszültség milyen módon vezetődik le. Ezért úgy gondolom összefüggésbe hozható az agresszió, opponáló magatartás gyökereivel is.

A sodorhatóság 7 esetben jelent meg, mint tünet. A környezet csábító ingeire történő szelektálatlan érzékenység gyakran viszi a gyermeket akár disszociális, akár pszichés, akár szerhasználó feldolgozási módok felé. Ezért kapcsolatba hozható a bűnelkövetői irányultságot mutató tünetekkel (betörés, rablás, prostitúció), akár a kábítószer használatával, de akár autoagresszív tünetek megjelenésével is (suicid kísérlet), ezért háttérében hasonló gyökerek feltételezhetők.

Az alkoholfogyasztás is 7 esetben fordult elő. Alkoholfogyasztásnál csak azokat az eseteket gyűjtöttem össze, ahol az alkohol fogyasztása rendszerré, szenvedéllyé vált. Ami miatt mégis külön választottam a pszichoaktív szerhasználatától, az az alkoholfogyasztás legális volta. Jelzésértékűnek tekinteném, hogy a kábítószer fogyasztás gyakran együtt járt az alkoholfogyasztással. Önmagában is megjelent ugyan, de elhanyagolható gyakorisággal. Háttérükben hasonló mechanizmusok munkálkodhatnak.

A suicid kísérlet 30 esetből 7 szakvéleményben fordult elő. Feltételezhető együttjárása az agresszió tünettől, azon belül az autoagresszív tünetekkel, illetve egyéb általam nevesített autoagresszív megnyilvánulásokkal: a kábítószer, és alkohol fogyasztással, ezért háttérében hasonló gyökerek feltételezhetők.

Az impulzivitás 6 esetben jelent meg, minden esetben előfordultak már korábban indulatkezelési nehézségek. A hyperkinetikus magatartászavar mind a hat esetben szerepelt a gyermekpszichiátriai anamnézisben. A lobbanékonyág, indulatosság, és a hyperkinézis az, amely meghatározza ezt a tünetet. Együtt járása az agresszióval, öntörvényűséggel, és a bűnügyi jellegű tünetekkel feltételezhető.

Garázdaság-rongálás 5 esetben fordult elő. A heteroagressziótól azért választottam külön ezt a tünetet, mert ezekben az esetekben már eljárás is indult a gyermekkel szemben. Ugyanakkor egyértelmű együtt járása az agresszió tünettől. Ugyanez a helyzet a betörés (2 eset), a rablás (2 eset), állatkínzás (2 eset), gyűjtögetés (2 eset) tünetekkel. Nagy jelentősége lehet még a sodorhatóságnak is.

A prostitúció 4 esetben fordult elő. Feltételezhető a sodorhatósággal való együtt járás, hiszen a stabil kötődésre való vágya a gyermeknek az, amely belekényszeríti őt a prostitúcióba.

A *szexuális túlfűtöttség* és a *gyógyszer elutasítása* 3-3 esetben fordult elő. Míg az előbbi inkább az impulzivitáshoz, sodorhatósághoz és az agresszióhoz köthető, az utóbbi inkább az autoagresszív megnyilvánulások talajáról táplálkozik.

Játékszenvedély 1 esetben fordult elő. Háttérben a kábítószer és alkoholfogyasztáshoz hasonló mechanizmusok munkálkodhatnak.

Háttértényezők vizsgálata

Hasonlóképpen a tünetek értékeléséhez, a háttértényezők esetében is az előfordulási gyakoriságokat vizsgáltam. A szakvélemények feldolgozása során kigyűjtöttem azokat a tényezőket, amelyek az adott tünet, tünetcsoport kialakulásához vezethet. Így kaptam a háttértényezőkből egy listát, amelyet kategóriákba rendszereztem. Ahogy korábban már említettem alapvetően három típust lehetett elkülöníteni: családi háttértényezők, pszichológiai háttértényezők, rendszertényezők.

Vizsgáltam a háttértényezők csoportjának egymáshoz viszonyított gyakoriságát, és az egyes háttértényezők egymáshoz viszonyított gyakoriságát is. Ezekből az eredményekből véleményem szerint arra lehet következtetni, hogy az adott évben a speciális szükséglet kialakulásában milyen háttérmechanizmusok játszhatnak szerepet.

A *családi háttértényezők* a gyermek családjában, közvetlen környezetében (szocializációs színterek) meghatározó történések. Az látszik, hogy ezek a háttértényezők rokoníthatóak a gyermekvédelmi szakellátásba kerülés okaival, a nevelésbe kerülő gyermekek kríziseivel is. Megjegyzendő, hogy ezek a kategóriák a 2011-es eseteket tükrözik. Több év vizsgálata alapján akár több háttértényező előfordulása is valószínűsíthető lenne, és ez igaz lehet akár a pszichológiai és a rendszertényezőkre is. Ezért ennek eredményei csak is az adott évre nézve értékelhetőek.

A családi háttértényezők közül a *szülői elhanyagolásnak* van a legmagasabb gyakorisága. A 30 szakvéleményből 15 esetben fordult ez elő. Szülői elhanyagolás alatt a gyermek gondozásának, nevelésének elmulasztását értem. Ebbe beletartozik a fizikai, érzelmi elhanyagolás, illetve a gyermek szükségleteinek figyelmen kívül hagyása: oktatás, egészségügyi ellátás. Ez a magas szám nem meglepő, hiszen a szakellátásba kerülés okai közül is jelentős szerepet kap az elhanyagolás. Az ideiglenes hatályú elhelyezéssel és nevelésbe vételi eljárással érintett esetekben ennek a kategóriának nagyobb jelentősége volt, mint a már nevelésbe vett gyermekek esetében, hiszen a gyermek éppen ezen eljárás keretében lett kiemelve a családból. A többi gyermek anamnézisében is gyakran jelent meg az elhanyagolás. A szülői elhanyagolás talaján számos tünet megjelenhet, gyakran kombinálódva pszichológiai és egyéb háttértényezővel: lopás, iskolai hiányzás, alkohol-kábítószer fogyasztás, sodorhatóság.

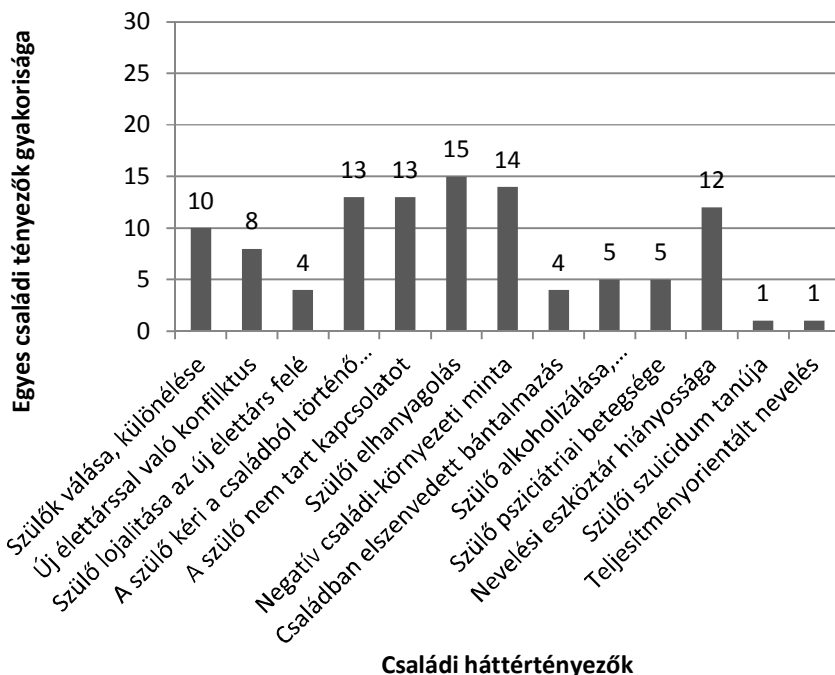
A negatív családi-környezeti minta gyakorisága is igen magas volt, 14 esetben jelent ez meg. Negatív minta alatt értem, amikor a gyermek családja, rokoni kapcsolatai vagy kortárs kapcsolatai a gyermek szocializációját nem segítik, vagy olyan irányba terelik, amely a gyermek környezetéhez való alkalmazkodását nem segítik elő. Előfordult, hogy a gyermek családja bűnelkövető életmódot fojtatott, valamelyik családtagja börtönbüntetését töltötte, vagy sodorhatósága következtében a gondozási helyen tartózkodó társai vonták be a gyermeket különböző bűncselekmények elkövetésébe. A gyermek szocializációja során ezeket a negatív mintákat belsővé teheti, amely a problémamegoldó eszközeit meghatározhatja. A negatív minta talaján pedig rengeteg tünet kialakulhat: auto/heteroagresszió, különböző bűnelkövetői viselkedésformák (rablás, garázdaság), de a lopás egyik háttere is lehet ez.

13 esetben fordult az elő, hogy *a szülő kérte gyermeke családból történő kiemelését*. Ennek pszichológiai hatása úgy gondolom vitathatatlan. Ennek a háttértényezőnek ezt a szegmensét akartam megragadni, kevésbé azt, milyen motiváció állt a szülői döntés hátterében. Mind a 13 esetben szükség volt a gyermek valamilyen pszichés vezetésére, amely miatt úgy gondolom, hogy egyéb más háttértényező hatása mellett a szülő ez irányú kérése is olyan folyamatokat indíthat el a gyermekben, amely a későbbiekben a speciális tünetképződést elősegíti.

Felmerül az is, hogy ezek a háttértényezők hatnak -e egymásra. A tüneteket nem lehet egy háttértényezőre visszavezetni. Egyes háttértényezők együtt járása határozhat meg egy adott tünet, illetve tünet együttes megjelenését. Ezért úgy gondolom, hogy mindenképpen kapcsolatba hozható a pszichológiai tényezőkkel.

Hasonló lehet az eset akkor is, amikor *a szülő nem tart kapcsolatot a gyermekkel*. Ezekben az esetekben is tapasztalható volt, hogy a gyermek pszichés vezetésre szorult. Két esetben az is előfordult, hogy a kapcsolat megszakadása után a gyermek rosszabb állapotba került, pszichoterápiába vonását újra meg kellett kezdeni. Érdekes lehet, hogy a szülő kéri a szakellátásba kerüléshez hasonlóan, 13 esetben fordult elő a kapcsolattartás elmulasztása is. Ennek hátterében nyilván számos tényező állhat, viszont az látszik, hogy jelentős számban fordult elő ez az anamnézisekben. Pszichológiai háttértényezőkkel (szülővel való ambivalens kapcsolat) való kapcsolata vitathatatlan.

A nevelési eszköztár hiányossága 30 esetből 12 esetben fordult elő. Ez a háttértényező rokonítható a szülői elhanyagolással, a szülő kéri a családból történő kiemeléssel, de akár a teljesítmény orientált neveléssel is. A hangsúlyt ennél a kategóriánál arra fektetném, amikor a szülő/törvényes képviselő képességei folytán eszköztelen a gyermek nevelésében. Az eszköztelenségének pedig a gyermeknél számos következménye lehet: iskolai hiányzás, engedély nélküli távollét, bűnügyi jellegű tünetek. Ez pedig oda vezethet, hogy a szülő kéri a családból történő kiemelését, amelynek esetleges következményeiről fentebb tettem már említést.



2. ábra Családi háttértényezők egymáshoz viszonyított gyakorisága

A 2. ábrán látható, hogy leggyakrabban előforduló családi háttértényezők a szülői elhanyagolás, a szülő kéri a családból történő kiemelést, a szülő nem tart kapcsolatot a gyermekkel, a negatív családi-környezeti minta, és a nevelési eszköztár hiányossága. Ezeknek a háttértényezőknek az egymásra hatása erősen valószínűsíthető. A szülői elhanyagolás és a nevelési eszköztár hiányossága összefüggést mutathat, ugyanakkor elmondható ez a kapcsolattartás hiányára és a családból történő kiemelésre is.

A *szülők válása, külön élése* 10 esetben fordult elő. Pszichológiai háttértényezőkkel való kapcsolata erősen valószínűsíthető. A feldolgozatlan veszteség-élmény, a szülővel való ambivalens kapcsolat és az elsődleges kötődés sérülése párhuzamba állítható ezzel a háttértényezővel. Ezen tényezők kapcsolata válto-

zatos tünetek megjelenését idézheti elő (lopás, agresszió, szexuális túlfűtöttség, sodorhatóság, kábítószer fogyasztás, suicid kísérlet).

8 esetben fordult elő az *új élettárral való konfliktus* Együttjárása szembe tűnő a szülők válása, különélése háttértényezővel. Kapcsolata más pszichológiai tényezőkkel hasonlóképpen a szülők válásához, erősen valószínűsíthető. Ezen belül a szülővel való ambivalens kapcsolat előtérbe kerül, ezáltal kapcsolatba hozható még a szülő kérésére a családból történő kiemelésre, és a szülői kapcsolattartás hiányára is.

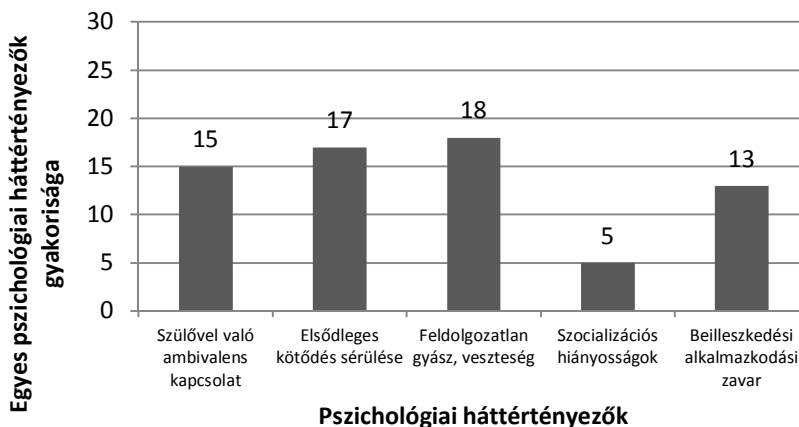
A szülő *alkoholizálása, szenvedélybetegsége és a szülő pszichiátriai betegsége* 5-5 esetben fordult elő. A *családban elszenvedett fizikai bántalmazás* pedig 4 esetben. Ezen háttértényezők párhuzamba állítása lehetséges. A szülői elhanyagolással is mutathat kapcsolatot. Szocializációs hiányosságokkal, negatív családi-környezeti mintával illetve egyéb pszichológiai háttértényezőkkel (szülővel ambivalens kapcsolat) kiegészülve előre jelezheti a speciális tünetképződést.

A *szülő lojalitása az új élettárs felé* szintén 4 esetben fordult elő. Ez a háttértényező együtt jár a szülő válása, különélésével, illetve az új élettárral való konfliktussal. A szülővel való ambivalens kapcsolattal, feldolgozatlan veszteségélménnyel kiegészülve számos általam nevesített tünet háttérben állhat.

A *szülői suicidum* tanúja és a *teljesítményorientált nevelés* 1-1 esetben fordult elő. Az előbbi traumatikus eseménynek és az utóbbi nevelési módszernek egyértelmű pszichológiai háttértényezősz vonzatai vannak. Ugyanakkor ezen háttértényezők előfordulási gyakorisága alacsony.

A **pszichológiai háttértényezők** a gyermek személyiségfejlődését meghatározó tényezők. Amikor összesítettem a gyakoriságokat azzal találok, hogy ugyan kevesebb pszichológiai háttértényezőt tudtam összegyűjteni, mint családít, ugyanakkor itt magasabb gyakoriságok jelentkeztek. Az látszik, hogy a családi nevelkedés kapcsán számos tényező hat a gyermekre, azok előfordulási gyakorisága erősen megoszlik a csoporton belül. Az is látszik, hogy kevesebb pszichológiai tényező hat a gyermekre, de a csoporton belül ezek a tényezők magasabb gyakorisággal vannak jelen. Az eredmények értékelésénél ezt figyelembe kellett vennem.

A 3. ábráról leolvasható, hogy 30 esetből 18 esetben jelent meg a *feldolgozatlan gyász, veszteség*. Nem választottam külön kategóriába a szülő halálát és a veszteséget. A magas előfordulási gyakoriság azt jelzi, hogy ennek a háttértényezőnek a szerepe a speciális szükséglet kialakulásában erősen valószínűsíthető.



3. ábra: Pszichológiai háttértényezők egymáshoz viszonyított gyakorisága

Egyes családi háttértényezőkkel való párhuzamba állításáról már tettem említést (szülők válása, szülő kéri a családból történő kiemelést, a szülő nem tart kapcsolatot, szülői suicidum tanúja). A feldolgozatlan gyász számos tünet háttérben állhat: iskolai teljesítményzavar, auto/heteroagresszió, kábítószer fogyasztás, alkohol fogyasztás, suicid kísérlet. Hangsúlyoznám, hogy ezeknek a tüneteknek a megjelenését nem lehet csupán erre a háttértényezőre visszavezetni, számos mechanizmus dolgozik a háttérben.

Az *elsődleges kötődés sérülése* 17 esetben fordult elő. Ez a magas szám azt jelzi, hogy az esetek nagy részében kötődési probléma is jelen van a háttérben. Bizonyos fokig rokonítható a veszteségélménnyel és a szülővel való ambivalens kapcsolattal is. A kötődés sérülése számos pszichológiai és gyermekpszichiátriai problémát határoz meg, és hatással van a gyermek alkalmazkodási képességére, szocializációjára, a társadalmi normákhoz való viszonyára. Az elsődleges kötődés sérülése szerepet játszik a következő tünetek kialakulásában: lopás, engedély nélküli távollét, szexuális túlfűtöttség, sodorhatóság, öntörvényűség, opponáló magatartás, bűnügyi jellegű tünetek.

A *szülővel való ambivalens kapcsolat* az esetek felében fordult elő. Az ambivalens kapcsolat együtt járhat a kötődés sérülésével, vagy feldolgozatlan veszteséggel.

séggel is. A családi háttértényezők többségével összefüggésbe hozható (szülői elhanyagolás, a szülő nem tart kapcsolatot...). Amennyiben a tünetek alapján a szakember megállapítja, hogy a háttérben ambivalens kapcsolat áll, ebben az esetben családterápia igénybevételére tesz javaslatot. Ez önmagában is ambivalencia, hiszen ha a gyermek speciális szükségletű, adekvát speciális ellátást kell, hogy kapjon. Ezt speciális gyermekotthonban, vagy gyermekotthon speciális csoportjában kapja meg, tehát gondozási helyen nevelkedik a gyermek. A családterápia lefojtatása tehát már csak azért is nehezített, mert nem otthon nevelkedik a gyermek. Ez előre vetíti a rendszertényezők jelentőségét a szükséglet kialakulása szempontjából.

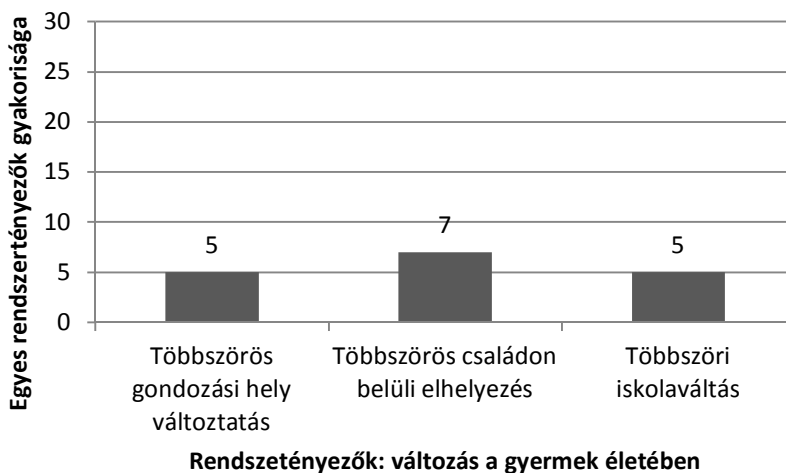
13 esetben fordult elő *diagnosztizált beilleszkedési, alkalmazkodási zavar*. Gyanítható azonban, hogy ez a szám akár magasabb is lehet, hiszen a diagnosztizált esetként való előfordulást vettem csak alapul. A szám ebben az esetben is igen magas. A beilleszkedési problémát és az elsődleges kötődés sérülését párhuzamba lehet állítani. Hozzájuk hasonló tünetek kapcsolódhatnak.

Diagnosztizált szocializációs hiányosság 5 esetben fordult elő. Hasonlóképpen a beilleszkedési zavarhoz, ez a szám is magasabb lehet, hiszen a diagnózisban szereplő szocializációs hiányosságot vettem alapul.

A gyakoriságokból arra tudok következtetni, hogy a pszichológiai háttértényezők egymással szoros kapcsolatban állnak. A gyakoriságok eloszlása is azt mutatja, hogy erősebb párhuzam van ezen háttértényezők között, mint a családi háttértényezők között. Részben ez azért lehet, mert jóval kevesebb pszichológiai háttértényezőt sikerült azonosítani, másrészt az egyes pszichológiai tényezőket igen nehéz elválasztani egymástól, hatnak egymásra és a magas gyakoriságok miatt jelentős szerepük lehet azon tünetek kialakításában, amelyek később a speciális szükséglet megállapítását meghatározzák.

Rendszertényezők alatt a gyermeket segítő-támogató rendszereket értem. A segítő-támogató funkció zavarára helyeztem a hangsúlyt, hiszen ha diszfunkció áll fenn, az hozzájárulhat a későbbi speciális tünetképződéshez. Ennek a háttértényezőnek két összetevőjét azonosítottam. Az első a gyermek mozgására, környezetének változtatására, állandóságának figyelmen kívül hagyására fókuszál. A másik az időben meg nem kapott segítségnyújtás, annak elmaradásának jelentőségére hívja föl a figyelmet. Ezen kategóriákon belül természetesen nevesítve lettek az egyes háttértényezők.

A rendszertényezők első csoportja: a változások a gyermek életében (4. ábra). Három háttértényezőt sikerült ebben a kategóriában azonosítani.



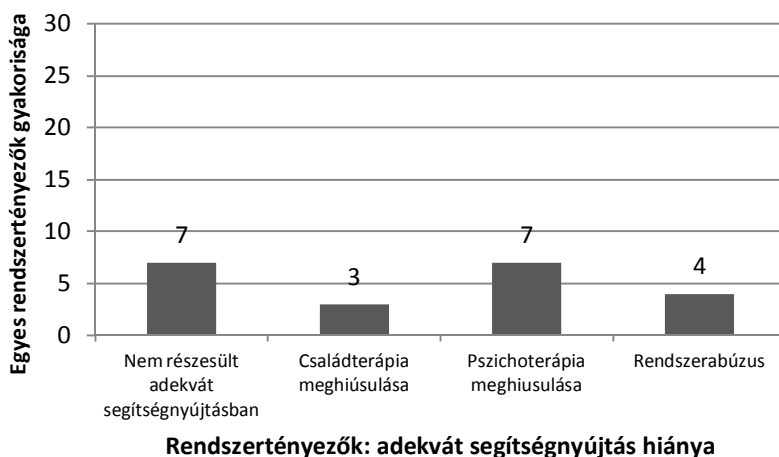
4. ábra: Rendszertényezők: változások egymáshoz viszonyított gyakorisága

A *többszörös családon belüli elhelyezés* 7 esetben fordult elő. A gyermek legfontosabb természetes erőforrása, támogató rendszere a szülői háztartás, szélesen értelmezve a család, rokonság a szubszidiaritás elvét figyelembe véve. Amennyiben a szülői háztartás nem tudja segítő funkcióját ellátni, ezt a funkciót a tágabb család is átveheti. Ezekben az esetekben többször előforduló elhelyezéseket gyűjtöttem össze. Előfordult, hogy gyermek elhelyezési per során többször máshoz helyezték el a gyermeket (másik szülő, nagyszülő). Leggyakrabban a családba fogadás által gyámhoz, majd onnan vissza a szülőhöz történt az elhelyezés. Ezeket az elhelyezéseket már akcidentális krízisek előzték meg, így erős a párhuzam a családi háttértényezők többségével. A gyermek elhelyezése már maga is krízis, a többszörös elhelyezés a gyermek személyiség fejlődésére rányomja a bélyegét. A gyermek veszteséget él át, be kell illeszkednie, a szülővel ambivalens érzései támadnak, ezért a pszichológiai háttértényezőkkel való kapcsolata vitathatatlan.

A *többszörös gondozási hely változtatás*, és a *többszörös iskolaváltás* 5-5 esetben fordult elő. A gondozási hely változtatás háttértényezőt akár lehetett volna a segítségnyújtás elmaradása kategóriába is sorolni, hiszen adekvát szakmai segítség hiánya vezet a legtöbb esetben a gyermek gondozási hely változtatásához. Mégis inkább a változások a gyermek életében kategóriába soroltam, mert elsősorban az állandóság biztosításának hiányára akartam a figyelmet fel-

hívni. Fontosnak tartom azt is kiemelni, hogy a speciális szükséglet megállapítása a legtöbb esetben gondozási hely változtatással jár. Olyan gondozási helyre kerül a gyermek, ahol ezen szükségletét ki tudják elégíteni. Jelen helyzetben én nem ezekre az esetekre gondolok, hanem a szükséglet megállapításáig bekövetkező gondozási hely változtatásokra. Ezt a gyakoriságot annak tükrében is magasnak értékelem, hogy 13 esetben a gondozási hely változtatás szóba sem jöhetett (ideiglenes hatályú elhelyezéssel és nevelésbe vételi eljárással érintett gyermekek), mert a gyermek éppen akkor lett érintve gyermekvédelmi szakellátással. 17 nevelésbe vett gyermek esetéből fordult elő 5 esetben a gondozási hely változtatás. A gyermek tünetei hátterében ilyenkor családi, pszichológiai tényezők állnak, amelyek kiegészülhetnek a rendszertényezők diszfunkciójával. A többszörös iskolaváltás lehet az egyik háttere a sorozatos iskolai hiányzásoknak, a teljesítményzavaroknak, amelyhez kapcsolódnak a beilleszkedési zavarok, ezért kapcsolatba hozható a pszichológiai háttértényezőkkel is.

A rendszertényezők másik csoportja a segítségnyújtások elmaradása (5. ábra):



5. ábra: Rendszertényezők: segítségnyújtások elmaradásának egymáshoz viszonyított gyakorisága

A gyermek iratanyagából nyomon követhető az, hogy a család-gyermek életében mikor jelentkezett a probléma, ezt a problémát milyen módon kezelték. Az is kiderülhet, hogy a problémát ugyan jelezték, de nem lett megajánlva adekvát segítség-

nyújtás, vagy nevesítve lett a segítség, de az nem valósult meg, mert nem volt a gyermek/család részéről együttműködés, vagy mert nem volt elérhető a nevesített szolgáltatás. A gyermek professzionális segítése számos területre kiterjed (egészségügy, oktatás, tehetséggondozás, gyermekpszichiátriai kezelés stb.), ugyanakkor a speciális szükséglet kialakulása szempontjából elsősorban a gyermek pszichés vezetését tartom fontosnak. Ezek közül a 2011-es évben a pszichoterápia és a családterápia esetében fordult elő, hogy nem tudott megvalósulni.

Az 5. ábráról leolvasható, hogy *nem részesült adekvát segítségnyújtásban* háttértényező 7 esetben fordult elő. Ilyenkor a segítségnyújtás meg sem lett ajánlva és feltételezhető, hogy megfelelő segítség mellett a probléma kezelhető lett volna. A probléma tovább gördül, és később már járulékos formában van jelen, tehát egyre nagyobb kihívást jelent ennek megoldása. A gondozási helyen előforduló hasonló eseteket ebbe a kategóriába nem soroltam bele, azt rendszerabúzusnak neveztem el. A tünetek háttérében lévő kezeletlen tényezők így hozzájárulhatnak a speciális szükséglet megjelenéséhez.

Rendszerabúzus 4 esetben fordult elő. Rendszerabúzus alatt értem, amikor a gondozási hely nem biztosítja az adekvát segítségnyújtást. A problémát észleli, de nem kér adekvát segítséget, vagy a meghatározott (pszichológus, Szakértői Bizottság által) segítségnyújtást nem biztosítja. Arra kell törekedni, hogy ez a gyakoriság minél alacsonyabb legyen, hiszen ez nem más, mint a gyermekvédelmi rendszer általi másodlagos veszélyeztetés. Ennek háttérében a gondozási hely személyi/tárgyi feltételeinek hiánya állt.

A *pszichoterápia* 7 esetben, a *családterápia* 3 esetben *nem valósult meg*. A gyermek vagy a szülő nem működött együtt, ezért nem került rá sor. Ezek a segítségnyújtási formák az általam nevesített pszichológiai háttértényezők rendezésére irányulnak, ezáltal kezelve a gyermek tüneteit.

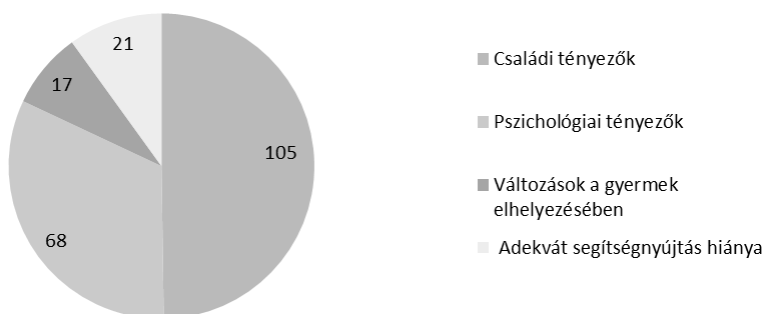
A rendszertényezők hatását nem szabad figyelmen kívül hagyni, hiszen befolyásolhatják a gyermek tüneteinek megjelenését, ezen tünetek erőteljesebb megnyilvánulását azáltal, hogy erősítik a gyermek akcidentális krízisét. Ez hat a családi és pszichológiai háttértényezőkre, majd változatos tünetek megjelenését segítheti elő.

Eddig az egyes háttértényezőket, és azok előfordulási gyakoriságát ismertettem. Ezeket a háttértényezőket, mint már említettem, csoportosítottam és megvizsgáltam egymáshoz viszonyított gyakoriságukat.

Az egyes kategóriákon belül összeadtam az előfordulási gyakoriságokat, így kaptam meg az adott kategória összes gyakoriságát az adott évben, amelyet a 6. ábra szemléltet.

Az eredmények értékelésénél azt azonban figyelembe kell venni, hogy a családi háttértényezőkből lehetett a legtöbbet azonosítani. Amennyiben a rendszertényezőket együtt kezelem, akkor ez a háttértényező kategória követi a családit.

Háttértényezők gyakoriságának megoszlása



6. ábra: Háttértényezők gyakoriságának megoszlása

A legkevesebb háttértényező a pszichológiaiakban volt. Az is látható, hogy itt magasabb gyakoriságok jelentkeztek. A családi tényezőkben is voltak magas gyakoriságok, azonban az egyes családi háttértényezők előfordulási gyakorisága erősen megoszlott a csoporton belül. Ugyan több rendszertényezőt azonosítottam, mint pszichológiaiakat, de az egyes tényezők gyakorisága nem volt kiemelkedő mindamelllett, hogy ezeket a gyakoriságokat én magasnak értékeltem. Ezek az eredmények a 2011-es évben történő speciális szükséglet megállapítása esetekben értékelendők.

A családi háttértényezők összes gyakorisága 105, a pszichológiaiaké pedig 68, a rendszertényezőké pedig 38. A háttértényezők csoportjai ekkora gyakorisággal felelősek azon tünetek kialakulásáért a 2011-es évben, amelyek a speciális szükséglet megállapításához vezetnek. Százalékos megoszlást nem készítettem, mivel a mintám nem érte el a 100 szakvéleményt. A családi tényezőknek kitüntetett szerepe van, mert a szocializáció által elsajátított belsővé tett problémamegoldó minták a családi nevelkedés kapcsán alakulnak ki. A pszichológiai tényezőknek pedig abban lehet jelentősége, hogy a belsővé tett minták által milyen személyes struktúrán keresztül fog megtörténni a tünetképződés (milyen irányt vesz disszociális, pszichés). Ennek hátterében pedig még ott van a rendszer diszfunkciója is. A pszichológiai háttértényezők is igen jelentős mértékben befolyásolják a tünetek kialakulását. Felmerülhet ok-okozati kérdés a családi és a pszichológiai háttértényezők között. A diszfunkcionális családi környezet áll a pszichológiai tényező hátterében, vagy fordítva, a családi háttértényező hátterében áll a pszichológiai. Vizsgálatom során azt néztem, hogy tünetek hátterében milyen háttértényezők lehetnek, ezen tényezők okfejtésére nem vállalkoztam. A vizsgálat során azonban az kiderült, hogy ezeket az eseteket talán nem is ok-okozati viszonylat-

ban kell értelmezni, hanem rendszer szemléletben. Világossá vált, hogy ezek a háttértényezők folyamatosan hatnak egymásra, elég csak a rendszertényezők jelentőségét megemlíteni. Ha nem kap a gyermek időben hatékony segítséget, a pszichológiai háttértényezők szerepe felértékelődik, amely kihathat a családi tényezőkre és végső soron az adott tünetre is. Konkrét példa erre, amikor a gyermek gyásza nincs feldolgozva. A család nem teszi lehetővé a folyamatot, külső segítséget nem kap. Az ennek talaján megjelenő tünet (agresszió, lopás, engedély nélküli távollét) hatással van a családi háttértényezőkre (új életárrsal való konfliktusos viszony, nevelési eszköztár hiányossága), amely az élő szülővel történő ambivalens érzelmi viszonyt alakíthat ki, és a fenti tünetek erősödését, újak megjelenését idézheti elő (kábitószer fogyasztás). Úgy gondolom a rendszer szemléletű megközelítés által értékelhetőek a kapott eredmények.

A rendszertényezők közel 38-as előfordulási gyakoriságát nagyon magas számnak tartom, ezen belül a segítségnyújtás hiánya miatti további járulékos problémák halmozódása komoly aggodalomra ad okot.

Összegzés

Vizsgálatom során kiderült, hogy a tünetek és háttértényezők kapcsolata rendszerszemléletű megközelítésmódot igényel. Világossá vált, hogy egyes tünetet, tünetcsoportot nem lehet kizárólagosan egy háttértényezőre, vagy háttértényezők csoportjára visszavezetni. Ahogy a háttértényezők hatnak a tünetre, a tünet is hat ezekre a tényezőkre és ez mind további mechanizmusokat indíthat el. A tünetek között is lehetett együtt járást feltételezni, hasonlóképpen működött ez a háttértényezőknél is. A helyzetet még az is bonyolította, hogy ezek a tényezők, kategórián belül is hatottak egymásra, de kategórián kívüli együtt járásokra is lehetett következtetni.

Ez a rendszerszemléletű megközelítés azt követelné meg, hogy **a gyermek terápiájában ne a tünet kezelésére helyezték a hangsúlyt, hanem a háttérmechanizmusok mélyére nézve kellene a gyermek segítségnyújtását biztosítani.** Az is világossá vált, hogy a szakellátásba kerülés krízisei és a speciális szükséglet háttértényezői között is szoros összefüggés van, már csak azért is, mert ezt a szükségletet szakellátással való érintettség kapcsán lehet megállapítani.

A családi háttértényezők kiemelt jelentősége is bebizonyosodott a vizsgálat során mindamelllett, hogy a pszichológiai és rendszertényezőkkel való együttes viszonyulás rendszerében lehet csak értelmezni a tünetek megjelenését. A családi háttértényezők jelentőségének további vizsgálatát fontosnak tartanám. Érdemes lenne megvizsgálni több évre visszamenően, a családi háttértényezők gyakoriságát. Valószínűsíthető, hogy az egyes kategóriákon belül több háttértényező is meg-

jelenne, ez természetesen a pszichológiai és rendszertényezőkre is igaz lenne. Ezeknek az eredményeknek a függvényében lehetne általános következtetéseket levonni, ezek hiányában csak a 2011-es évre vonatkozóan lehetett ezt megtenni.

Annyi azonban bizonyos, **hogy a szakellátásba kerülés okaival szorosan összefüggnek a speciális szükséglet megállapításának háttértényezői. A családi és a pszichológiai háttértényezők felülreprezentáltsága** azt jelzi, hogy komolyan oda kell figyelni ezeknek a gyerekeknek és családoknak az életére, és amikor már szükséges, a legadekvátabb segítségnyújtást kell számukra megadni, ott ahol élnek, saját környezetükben. A mesterséges erőforrások biztosítása arra is kell, hogy irányuljon, hogy a család természetes erőforrásait megerősítse, és előmozdítsa a hatékony problémamegoldást. A gyermeknek, a családnak tehát a gyermekjóléti alapellátás keretei között kell maradni, amennyiben mégis szakellátásba kerül a gyermek, az már valamelyest egyfajta „tűzoltási” segítségnyújtást eredményez. Az alapellátás megerősítése nagyon fontos feladat lenne, az együttműködések fel kellene tartalommal tölteni a szakma oldaláról is. A családgondozók feladatokat, határidőket szabnak meg a családok számára, viszont sok esetben nincsenek meg a forrásaik, eszközeik a cél megvalósításának támogatásához. A szociális munkás „híd szerepét” kell, hogy betöltse, azaz kösse össze a családokat a megfelelő segítségnyújtási formával. Jelzés esetén nagyon fontos lenne átlátnia a családi viszonyokat, megfelelően értelmezni az iskola jelzéseit, és nem utolsósorban a gyermek tüneteinek értelmezésén is nagyon sok múlik. Amennyiben ez nem így történik, már itt megkezdődik a gyermekvédelmi rendszer általi másodlagos veszélyeztetés, amely vezethet a gyermekvédelmi szakellátásba kerüléshez. Éppen ezért nagy hangsúly van a primer prevención. A legtöbb esetben a családgondozó már akkor kerül kapcsolatba a családdal, amikor probléma jelentkezik. A családgondozás során fontos a napi kapcsolat a gyermekpszichiátriai ambulanciával, a drogambulanciával, a szenvedélybetegek és pszichiátriai betegek közösségi ellátásával, illetve a pszichoterápiát, családterápiát nyújtó szakemberrel. A terápiás programba be lehetne építeni a különböző területen dolgozó szakemberek, a gyermek és a család rendszeres találkozását, ahol a terápiás profil további alakulását, a tapasztalatokat meg lehetne beszélni. Ezeknek a team-eknek az interdiszciplinaritás kell, hogy a középpontjában álljon.

Természetesen itt is felmerülhet olyan probléma, hogy az adott segítségnyújtás nincs feltöltve tartalommal. A gyermekpszichiátriai ambuláns kezelések gyakran csak gyógyszeres terápiára korlátozódnak, nem biztosítanak mellé megfelelő pszichés vezetést sem a gyermeknek, sem pedig a családnak. Kisebb településeken előfordul, hogy nem biztosítható a család számára családterápia, vagy a gyermek számára pszichoterápia, mert nincs a gyermekjóléti szolgálatnál pszichológus, nincs a közelben pedagógiai szakszolgálat. Ezek a családok a legtöbbször rossz anyagi körülmények között élnek, képtelenek megoldani a heti egy-két alkalmas találkozások miatt a 30-40 km-es utak finanszírozását.

A családi háttértényezők ismerete, a pszichológiai háttértényezők feltárása, és a rendszertényezők megjelenésének elkerülése a legfontosabb feladata a családdal foglalkozó szakembernek. Amennyiben ennek ellenére sem történik változás, a gyermek speciális ellátási igény szerinti nevelése elkerülhetetlenné válik a gyermekvédelmi szakellátásban. A szociális munkás szerepe ekkor is a tanácsadás, továbbá hogy koordinálja a szükséges segítségnyújtások elérését. **A pszichiátriai jellegű tünetek kezelésére jelenleg azonban nincs adekvát gyermekvédelmi intézmény, amely a rendszer másodlagos veszélyeztetését megvalósítja,** egyrészt azért mert nem létezik, másrészt azért mert felveti a kérdést, a speciális gyermekotthon melyik csoportjába helyezik a gyermeket.

Érdeemes lenne feltárni azt, hogy a speciális gyermekotthonok reszocializációs nevelése következtében megoldódnak-e a családok járulékos krízisei. Egyrészt következtethetnénk arra, hogy mennyire eredményes a speciális gyermekotthonokban zajló munka, másrészt visszacsatolást jelentene a veszélyeztető tényezőkre, szakellátásba kerülés okaira is.

A tünetek hátterében dolgozó mechanizmusok komplexitása vitathatatlan, további vizsgálódásokat feltételezne, azonban szociális munkásként a családi háttértényezők tudatos alakítása a legfontosabb feladat, függetlenül attól, hogy a gyermek speciális szükségletű, vagy sem.

Felhasznált irodalom:

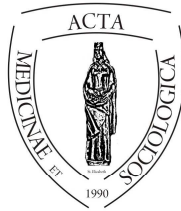
1. Bálint Miklós (2007): Hiányosságok a szakellátásban-a gyermek másodlagos veszélyeztetése, Kapocs, 4, 26-30.
2. Józsa Viktor (2007a): Gondolatok a speciális szükséglet megítéléséről, Család, Gyermek, Ifjúság, 3, 20-24.
3. Józsa Viktor (2007b): Szempontok a speciális ellátás értelmezéséhez, Család, Gyermek, Ifjúság, 3, 8-15.
4. Hajdunl Kálmán Margit (2007): Néhány észrevétel a speciális ellátást biztosító szolgáltatásokról, Család, Gyermek, Ifjúság, 3, 18-20
5. Herczog Mária (2007): Speciális szükségletű gyermekek, családok, szakemberek, intézmények, Család, Gyermek, Ifjúság, 3, 6-7.
6. Kálmánchey Márta (2001): Nevelőszülőnél nevelkedő gyermekeknél előforduló pszichés problémák, Család, Gyermek, Ifjúság, 2, 45-53.
7. Molnár László-Dr Radoszav Miklós (2007): Töredék gondolatok speciális ügyben, Család, Gyermek, Ifjúság, 3, 4-5.
8. Neményi Mária - Messing Vera (2007): Gyermekvédelem és esélyegyenlőség, Kapocs, 1, 2-19.

9. Rác Andrea - Szikulai István (2006) (Szerk.): A magyar gyermekvédelmi rendszer helyzete, jövőbeli kilátásai, Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet CD kiadványa, Budapest.
10. Speciális Ellátás Szakmai Műhely tanulmánya, Budapest Főváros Önkormányzatának Módszertani Gyermekvédelmi Szakszolgálat, 2011, http://www.tegyesz.hu/file/Modszertani_tegyesz/Szakmai_muhelyek/Specialis_ellatas_szakmai_muhelye/tanulmany_speci_vegso_korr_2011_szept_keto_ldalas.pdf
11. Szikulai István (2004): A magyar gyermekvédelem fejlődésének kulcskérdései- egy lehetséges szakmai stratégia lépései, *Kapocs*, 5, 58-64.
12. Szöllősi Gábor (2003): A gyermekvédelmi probléma, mint társadalmi konstrukció, *Esély*, 2, 75-95.
13. Szótsné Karkus Zsuzsanna, Pap Éva, Pál Kornélia, Jankovics Csaba, Dr. Mirnics Zsuzsanna (2007): Gyermekvédelmi gondoskodásban és családban nevelkedő serdülőkorúak érzelmi intelligenciája, megküzdési stratégiája és szorongása, *Család, Gyermek, Ifjúság*, 2, 17-22.

Nagy Loránd

Hajdú-Bihar Megyei Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálat
4024 Debrecen, Vármegyeháza u. 9.

UNIVERSITY
OF DEBRECEN
FACULTY OF
HEALTH
NYÍREGYHÁZA



ACTA
MEDSOC
VOLUME 3.
2013

An overview of recent social policy and services in Hungary: thoughts of a new compilation of studies

György Szabados

Ferenc Bódi, Gergely Fábián, Thomas R. Lawson (Ed.):
Local Organization of Social Services in Hungary

DOI: 10.19055/ams.2013.4/11/8

Three years after the exchange of governments and one year before the next elections in Hungary, an almost 400 hundred page collection of novel articles raised my interest. Regarding the discipline of sociology and social policy, I often manage to find books on special issues, but not a comprehensive one which would give an overall picture of what has happened in Hungary in the last ten years. Although I have Giddens (the general basic literature of the profession) and Andorka (the domestic classic) on my shelf, unfortunately, the former's research stopped before the crisis regarding the issues examined, while the latter title only includes information from shortly after the millennium, and I rarely manage to find current knowledge on specific social national issues. Thus, finding one which provides an overall view of facts seems quite difficult.

According to the editors, this compilation of articles has almost two decades of antecedents, in the framework of the project called Local Organization of Social Services, with the aim to *“build a bridge among different social cultures and social politics which exist in the United States, Western Europe and the so-called transition countries of Central and Eastern Europe”*. With the collapsing

of regimes in this part of Europe, significant changes occurred: the transition into democracy; the introduction of a market economy; privatization and the intention to make this process as smoothly and quickly as possible, without causing enormous disturbances in the operation in national society. A major change in the last years happened in politics, since the former minority party (Fidesz) gained a two-thirds majority in the last election and brought significant changes in numerous fields, such as the labor market, the taxation system, legislation, public administration or the field of civic organizations.

During the more than twenty transition years, we may have witnessed significant successes together with significant failures. The persevering attitude to foster the process of accession to the European Union might also be experienced up to 2004, when Hungary signed the accession treaty. Some mention this as a new time in the history of the country. We most definitely experience signs of this in reference to the accession funds, the transformation of the education system and we may also witness newly experienced symptoms, such as the appearance of poverty, regions lagging behind the heart of the country or the openness and exposure of the country to global market events.

This book was meant to be an element of a series of comparative research within a larger network in the Euro-Atlantic region, and further issues may be expected in the future on the status quo of other countries. Being one of the series, it is really about what really happened lately in the most important social fields and what is worth to know when we try to describe the social situation of the country itself.

This compilation includes 18 diverse professional articles on different fields of social issues in Hungary. The editors of the volume are Ferenc Bódi, PhD, senior research fellow of Hungarian Academy of Sciences, Prof. Gergely Fábíán, PhD, dean of University of Debrecen Faculty of Health and Prof. Thomas R. Lawson, PhD, FUAS professor and director of International programs Kent School of Social Work, University of Louisville, meaning that this book is the result of a solid international scholar research partnership.

The editors have split up the essays of this volume into three different fields. The subject of local organization of social services primarily focuses on the historic background and a more general and external approach of the social themes and thereby forms a prequel to the next, more detailed and specific issues. The subject of inequalities reveals discrepancies and tension inside the country's social system, with most of the examinations based on primary research. The last subject includes only one article which is on regional policy issues.

I would also divide the included essays into at least two main categories, those which fell into the category of secondary analysis and those which have primary research background. Many of the articles deal with the subject of minorities in Hungary, the difference in living conditions, way of life or the tolerance and

attitude of the majority of society against them. In the sequence of the article, I will attempt to summarize the most important features of each of them.

The starting article by Soelter and Lawson¹ intends to set up a model of the evolution of the welfare state by defining stages in its development. Their private model equally incorporates history, ideology and culture, and thereby helps to account for the “*complexity of cross-national analyses*” and significant changes on the way to becoming a welfare state. This work analyses different historic stages and relationships during Hungary’s history. Their theoretical model is a conceptualization of a holistic interpretation of a welfare state. This socio-cultural approach illustrates and explains each point of interaction of the internal and the external rings of the welfare system. The research also reveals the special nature of the welfare system from the point of view of successive Hungarian governments. It might offer a conceptual framework that “*could potentially be utilized to develop quantitative predictor factors*” and be “*used for a more comprehensive and accurate cross national welfare state analysis*”.

Bódi, in his own article,² deals with the development of the Hungarian welfare system. Starting out from the Habsburg monarchy, such important issues were discussed as worker protection, pension, health insurance and poverty relief and after major typical, determinant elements of the social regime, the centralization, the effect of the governing ideology and the natures of the economy were considered. Regarding the post-socialism events, he tries to deal with effects of the legacy and such novel phenomena of the new era as the changing structure of society, the affiliated social expenditures, employment and unemployment, the changing education system, the state of the health care system, lifestyle and social deviance, social anomy. This article is a good introduction and a comprehensive essay to understanding the knowledge and information of the contributions following it in the volume.

It is no wonder that Hungary faces the same modernization side effects as all western societies. Bódi-Bódi³ focused their attention on one of the most urgent issues of modern society: demographic trends and problems. They approach this issue from the changes following World War II, listing all the important moments and political interventions of socialist social policy. One of the main problems after the millennium they refer to is that more money is spent presently than can be afforded and too little is spent on the future. The most urgent issues are related to education, its financing and the number of students, the need for more

¹ Eric R. Soelter - Thomas R. Lawson – A socio-cultural model of the evolution of the welfare state

² Ferenc Bódi – The development of the welfare system in Hungary

³ Ferenc Bódi - Mátyás Bódi – The decrease of population, the vicious circle of poverty and development model

workplaces (the labor market indicators are improving, but their explanations are not unequivocal), the division of the country itself regarding living conditions and economic potential. The less developed regions must also meet the expectations of “creative capital” to contribute to its social and economic sustainability. Unfortunately, the north-eastern parts of the country regenerate its special problems and cannot fight effectively the upcoming endangering phenomena: the high ratio of active aged people living on social benefits, the massive level of undereducated with the accompanying unemployment, the poor living conditions and the social and territorial separation of social layers. The authors refer to social erosion in these peripheral regions where, owing to a vicious circle of diverse events, life itself becomes degraded. Possible solutions for development include the increase in the level of education, to foster the R+D sector and to put more emphasis on rural areas in policy.

Bódi and Bódi, in their subsequent essay,⁴ discuss the diverse dimensions of the voters and the elections after the transition into democracy. Only few researchers have dealt with this subject lately in a spatial dimension, although this is one of the most practical and empirical topics of the political and social sciences. This article aims to “*uncover the social background of the phenomena of voting, in essence what makes people vote*”. Their one major finding is “*voter turnout has a spatial feature that can be described year after year due to its spatial regulatory*”. The authors have identified the municipality-related connections and the regional features during the period between 1990-2010. Hungarian society is characterized by its duality; long term rural-urban division may be experienced. The authors tried to identify further trends on voter attitudes, such as local deficits and civic duties, and have revealed a rationality-related feature of the Hungarian voter.

Fónai, in his essay,⁵ analyzes two major phenomena in Hungary, the municipality system and local community specific issues, problems of special communities, the Roma people. The author intends to compare essences of four surveys on the “*potential impacts of community problems and residential needs on local politics*”. He highlighted the most important personal and community problems and their evaluation from different aspects. He pointed out the difference between the Roma and non-Roma populations, since “*the non-Roma population has a rather different estimate of problems*”. The author seeks answers for his five hypotheses on this subject and emphasizes that only little comparative empirical research has been carried out on these issues.

⁴ Ferenc Bódi – Mátyás Bódi – Where are the voters?

⁵ Mihály Fónai – potential impacts of community problems and residential needs on local politics

Bódi and Giczey, in the framework of their study,⁶ examine a pressing social issue throughout the history of the country, that of migration. The article guides the reader through all of the most important events, focusing on diverse migration waves, emigration to America, the effects of the World Wars and the situation today. A specific issue of the low level of Hungarian emigrants to the West is also negotiated and the authors attempt to explain the reasons as to why Hungarians are much less active in working abroad compared to the Polish-Romanian-Slovakian trio. There is very little true entrepreneurship in Hungary, and there is a level of compulsory entrepreneurs who are *“at the mercy of certain graces”*. The authors conducted a private examination of student attitudes and opinions of social tolerance toward immigrants, and it seems that a relatively high level of intolerance may be experienced toward the Roma people. As a whole, the authors have found that *“the country, despite its traditions, has become more closed during the past two decades”*.

Bódi⁷ in his essay deals with the complex issues of the crisis of a country. *“Crisis is a malfunctioning of the society on four areas: economic structure, financial system, political legitimacy, and culture and morality”*. The author has tried to find reasons for the current situation by going through the events of the past fifty years. Hungary is the *“country of the benefited-households mostly depending on pensions and pension-like benefits. According to a private survey, four-tenth in the country’s population said the pensions are the main income of their households*. The author examined different features of those living on pensions and also raised urgent problems, mainly regarding rural areas.

Bódi and Horváth, in their article,⁸ focused on the two most important issues of current times. There is *“a welfare slope regarding accessibility of basic health care has become even steeper, as penetration of care has improved in urban areas but deteriorated in rural areas”*. There is a silent split in the country and, in their first chapters, they focus on the differences between municipality types in basic public health services. They also deal with the situation of public benefit employees and the natures of this sector between 2003-2009. Some rural areas are seriously endangered, since income generation is poor and *“many are not able or willing to be employed”*, there is a high rate of low qualified, uneducated and long term unemployed people, which seems to break off in numerous dimensions from the more developed parts of the country.

⁶ Ferenc Bódi - Péter Giczey – Migration processes in modern Hungary and today

⁷ Ferenc Bódi – The elements of the complex crisis, and its influences on the rural societies-the historical background of the disadvantageous situation

⁸ Ferenc Bódi - Zsuzsanna Horváth – Shadows and ghosts in rural welfare system

Obádovics et al.⁹ deal with the territorial inequalities of the economic and welfare situation in rural Hungary. Territorial, social, welfare and economic inequalities seem to have increased in recent years. The article focuses on different issues of this inequality: incomes, poverty, employment, and especially poverty. They have identified a “*significant association between poverty index and income gap indicators, low income discrepancies were found in the majority of poor micro regions*”, and, regarding the majority of rich micro-regions, there were high income inequalities.

Fábián and Takács¹⁰ introduce an empirical study finding, in which they have tried to reveal the relationship between poverty and other factors, such as employment and social support. They also analyzed opinions on social benefits. They have revealed that the “*impact of financial crisis on the citizen’s income has been rather unfavorable*”. Polarization in many fields may be experienced and also involves a “*declining standard of living for the middle classes*”.

Fónai and Vitál¹¹ examined the situation of the Roma communes in a small city in a crisis region in Hungary, where the ratio of the Roma population is about 20-25%. Segregation is present, with the Roma traditionally living separated from the non-Roma; the level of education is low, as is that of employment. The researchers examined the socio-demographic characteristics of these households, focusing specifically on education and future hopes for change regarding the Roma and education. Social security benefits and supports are the major sources of income for Roma households and there is a significant difference between Roma and non-Roma households in numerous ways; a most important one is employee income. They also assessed the way of life indicators, the judgment of the standard of services and treatment together with mental status, and they managed to identify signs of several unfavorable effects.

Fábián et al.¹² raised the revealing issue of the poor and the institution and operation of usury. The authors believed that “*a kind of distorted mechanism*” can be recognized regarding its operation. In their examinations of interviews of inhabitants of Roma slums, they recorded basic socio-economic data, from the living conditions to the world of work, the effect of the support system and the family. The interview findings on the Roma stressed the importance of the neighborhood, the acquaintances in their finance of life regarding borrowing

⁹ Csilla Obádovics - Emese Bruder - László Kulcsár – Territorial inequalities of economic and welfare situation in rural Hungary-similarities and differences

¹⁰ Gergely Fábián - Péter Takács – Recession and inequalities-local findings

¹¹ Mihály Fónai - Attila Vitál – The social situation and the health status of the Hungarian and Vlach gypsy population in Tiszavasvári

¹² Gergely Fábián - Katalin Szoboszlai - Lajos Hüse – „Money with interest”-The institution of the usury among those living in slum-like conditions

money. The research reinforced that although there is an increased police alert on this field, usury *“cannot be stopped merely with the decrease of the supply, and there is not a perfect method that leads to the cessation of usury”*.

Bódi and Fekete¹³ deal with supply and demand in elementary education between 1988-2009. They examined the demographic situation and the natures of the supply side. It seems, that *“the utilization of kindergarten was almost irrespective of the changes in the number in the age group and the institutions”*. They revealed that there were winners of the transformation of education: the towns, owing to their ability to maintain the headcount of their elementary level institutions; and potential losers: which were villages with less than a thousand inhabitants, who had to commute to access the same services. The authors admitted that *“serious deficiencies of the national primary education system have not ceased during the past twenty years.”*

The work of Balázs and Bódi¹⁴ examines *“the characteristics and performance of schools closed between May 2006 and May 2009”*. 141 schools were closed in Hungary and another 161 schools were reduced to 4 or 6 grades. The researchers revealed the different characteristics of the closed schools and stated that there were *“no relation between school reorganization and their physical conditions”*. They identified one difference between closed and non-closed schools: *“in the case of the former it was more frequent that children commuted to other neighborhoods rather than to choose the given schools”*.

Fekete¹⁵ also tries to understand the efforts of the local municipalities of the villages to save their schools. The author, in the framework of interviews, described a complex and complicated picture of different interests and aims - combined with central political initiation - to decrease the number of schools and the village movements established to protect them. In addition to economic interest, schools were also examined on an emotional level, due to the fear that the village would disappear with the closure of its school. The author stresses that *“changes happened without any professional assessment, only because of economic constraints”*.

Laki and Szabó,¹⁶ in their work, tried to highlight current attitudes of the youth of their most pressing problems, through various indicators. *“Young people in different financial situations, living and consuming conditions have different views of the circle of the most serious generation problems”*, and Youth 2008 survey tried to identify its most important features. *“There is a*

¹³ Ferenc Bódi - Attila Fekete – Changes in supply and demand in elementary education 1988-2009

¹⁴ Ildikó Balázs - Ferenc Bódi – School performance-school reorganization

¹⁵ Attila Fekete – Schools at the border’s edge

¹⁶ László Laki - Andrea Szabó – The Hungarian world according to the young...

rather worrying image of society behind where uncertain present, unplannable and unreliable future, the fear from unemployment, the chance to get into poverty are shaping the spirit, way of living and life strategies". Many of the youngsters feel they are drifting without any aims and are confused. The country did not move towards the development of a modern society, if there is among youth a shared, widespread feeling of insecurity, incalculability and that they have no real aims in life to follow.

Csoba¹⁷ deals mostly with the events of the last twenty years in the labor market. She compares the most important features of the former regime's labor market tendencies, regulations and the changing conditions and figures since then. There is a specific focus on the effect of regulations initiated by the new government. She claims that, at present, *"the private sector plays a rather small role in increasing the level of employment, and the crisis of 2008 still have an effect on the representatives of the private sector"*. She also concludes that *"the current instruments of employment policy involving participants from the private sector are in evidence only to small degree and fall far short of both expectations and opportunities with respect to their effects at the present time"*.

Bódi and Fekete,¹⁸ in the last article of the compilation, deal in their work with regional policy issues. In a survey between 2009-2010, they tried to analyze political activity in relationship with location and they also revealed different status groups. They examined the groups' political effectiveness and election activity. The rural municipalities, regarding the subject of development, became dependent on application funds. According to the authors' finding, *"the greatest responsibility in the development of the municipality is attributed to the mayor. The population of permanently underdeveloped places can mostly count on their closed environment"*. Regarding the key question of their research – what does evaluation of local politics and public life depend on: the development path of the municipalities or the status groups - there is no unifying, direct answer given by the authors.

In conclusion, I found this compilation of articles very interesting, owing to the diversity of the fields in social policy represented and the examination of current events and trends. The composition of the authors suggests that this publication goes beyond what is usually offered in a volume of conference proceedings; this publication appears to be a thorough guide to the history of the past twenty-fifty years of social affairs, while also reflecting the current state of affairs, which

¹⁷ Judit Csoba – labour market changes, employment policy challenges and responses in Hungary

¹⁸ Ferenc Bódi - Attila Fekete – Do it Yourself sir if You do not have a servant

have been exacerbated by the global economic crisis. I would recommend this research to all those interested in a country in social transition, be they scholars or students who are new to the subject of Hungarian social policy areas.

Original source:

Ferenc Bódi - Gergely Fábrián - Thomas R. Lawson: Local Organization of Social Services in Hungary

Bremen, Germany Studies in Comparative Social Pedagogies and International Social Work and Social Policy, Vol.XXII. Europäischer Hochschulverlag GmbH & Co.KG., 2013.

György Szabados