



Acta Sana

„Mens sana in corpore sano”

2006. I. szám

A Szegedi Tudományegyetem
Egészségügyi Főiskolai Kar
Tudományos Lapja

Tartalom

Előszó

Üdvözlét az Olvasónak!

Dohányzási szokások és attitűdök vizsgálata ápoló és védőnő szakos hallgatók körében

A kiégés mint valós veszély

Adalékok a kiégés szindróma kutatásához

Ápolás hivatástudatból

Az ápolás és orvoslás történetének összefüggésében

Az állóképesség fejleszthetősége nyolcvan éves korban

A lumbális gerinc stabilizáló tréningprogramjának hatása a testtartás kontrollra

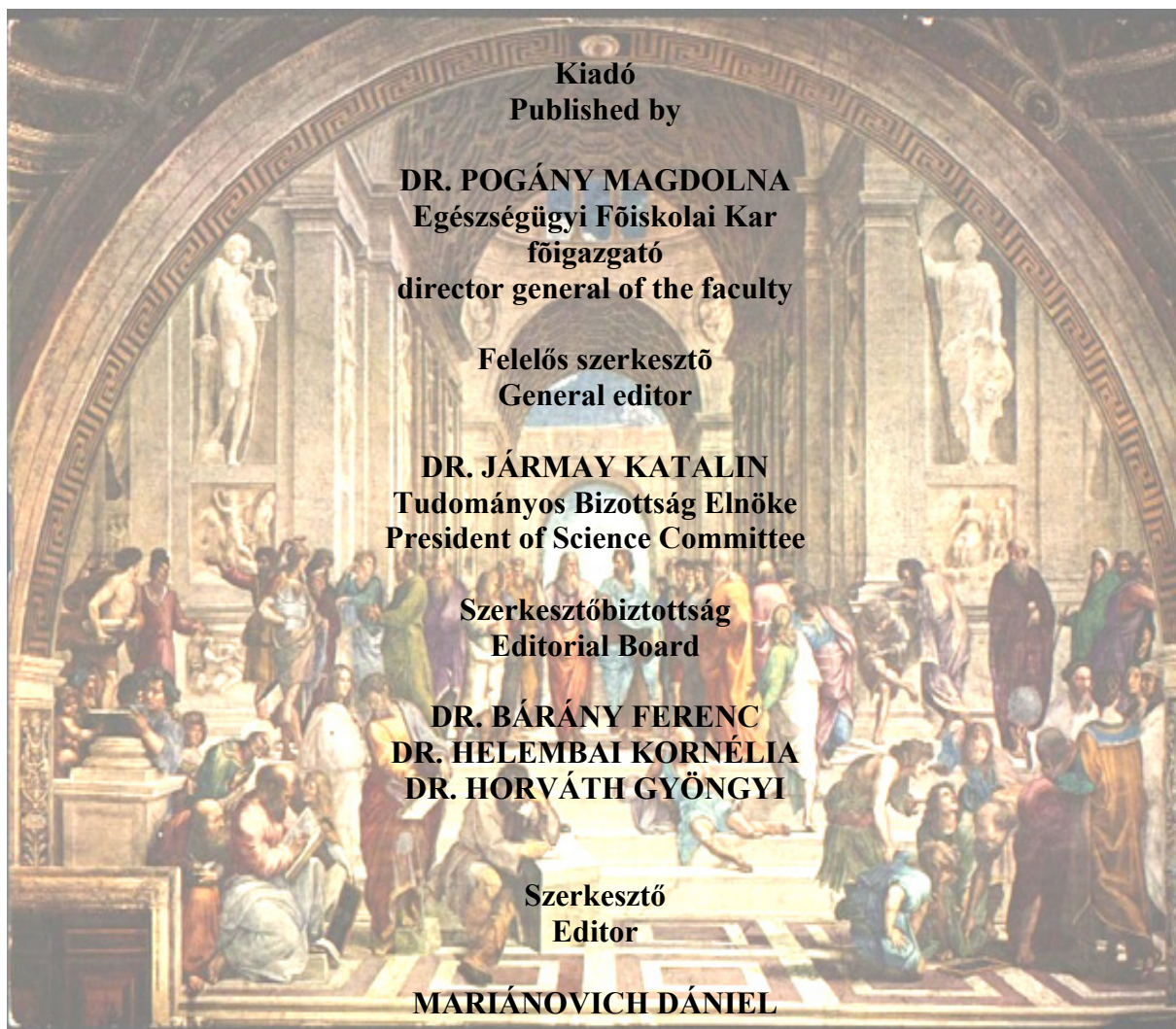
Egy lakásépítési program tanulságai

A szociológia biológiai problémái

A védőnői tevékenység lehetősége a posztnatális depresszió prevenciójában

Egészségügyi vállalkozás az egészségesebb lakosságért

Vállalkozási ismeretek a felsőoktatásban és felnőttoktatásban a Phare támogatásával



Kiadó
Published by

DR. POGÁNY MAGDOLNA
Egészségügyi Főiskolai Kar
főigazgató
director general of the faculty

Felelős szerkesztő
General editor

DR. JÁRMAY KATALIN
Tudományos Bizottság Elnöke
President of Science Committee

Szerkesztőbizottság
Editorial Board

DR. BÁRÁNY FERENC
DR. HELEMBAI KORNÉLIA
DR. HORVÁTH GYÖNGYI

Szerkesztő
Editor

MARIÁNOVICH DÁNIEL

Acta Sana

„Mens sana in corpore sano”

Az egészségügyi és a szociális ellátás elmélete és gyakorlata

**A Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar
Tudományos Lapja**

**2006.
I. évfolyam 1. szám**

**Az egészségügyi és a szociális ellátás elmélete és gyakorlata
A Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar
Tudományos Lapja**

**2006.
I. évfolyam 1. szám**

TARTALOMJEGYZÉK

Előszó	4
Pogány Magdolna	
Üdvözlét az Olvasónak!	5
Jármay Katalin	
Dohányzási szokások és attitűdök vizsgálata ápoló és védőnő szakos hallgatók körében	6
Boros Edit	
A kiégés, mint valós veszély	12
Adalékok a kiégés szindróma kutatásához Csehák Augusztina, Papp Anita	
Ápolás hivatástudatból	19
Az ápolás és orvoslás történetének összefüggésében Papp László	
Az állóképesség fejleszthetősége nyolcvan éves korban	26
Barnai Mária, Domján Andrea, Varga János, Somfay Attila, Jeney Katalin, Sárga Norbert, Verebély Balázs, Horváth Gyöngyi	
A lumbális gerinc stabilizáló tréningprogramjának hatása a testtartás kontrollra	34
Presznerné Domján Andrea, Nagy Edit	
Egy lakásépítési program tanulságai	39
Oraveczné Bodor Piroska	
A szociológia biológiai problémái	52
Szűcs Gabriella	
A védőnői tevékenység lehetősége a posztnatális depresszió prevenciójában	62
Csatornai Sarolta	
Egészségügyi vállalkozások az egészségesebb lakosságért	73
Vállalkozási ismeretek a felsőoktatásban és felnőttoktatásban a Phare támogatásával Gábor Katalin, Zoltán Péter, Pogány Magdolna, Kárpáti Csaba	

**The Theory and Practice of the Health and Social Service
Scientific Journal of University of Szeged
Faculty of Health Sciences**

**2006.
Vol. 1. No. 1.**

CONTENTS

Introduction	4
Pogány, Magdolna	
Lecturi Salutem!	5
Jármay, Katalin	
Monitoring of smoking habits among students of nurses and health practitioners'	6
Boros, Edit	
Burnout as a real threat	
Contribution to the research of the burnout syndrome	12
Csehák, Augusztá; Papp, Anita	
Vocational history of the nursing	
Historical correlations between nursing and medical profession	19
Papp, László	
The exercise capacity of the 80 age-old people	26
Barnai, Mária; Domján, Andrea; Varga, János; Somfay, Attila; Jeney, Katalin; Sárga, Norbert; Verebély, Balázs; Horváth, Gyöngyi	
The effect of a lumbar stabilizing training program on postural control	34
Domján, Andrea; Nagy, Edit	
Some consequences of a home-building programme	39
Oraveczné Bodor, Piroska	
Biological Problems of Sociology	52
Szirkik, Gabriella	
Health visitor's work possibility are in the prevention of postnatal depression	62
Csatordai, Sarolta	
Health-entrepreneurship for a healthier public	73
Gábor, Katalin; Zoltán, Péter; Pogány, Magdolna; Kárpáti, Csaba	

Előszó

„*Mindennek eljön az ideje*” tartja a mondás.

A Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Karán 2004-ben jött el az ideje, hogy a Kar Tanácsa határozatot hozzon [45/2004.(11.17.)EFK.TH számú határozat] kari tudományos lap indításáról.

Nem feltétlenül azért, mert a karrá alakulás 15. évében voltunk, sokkal inkább azért, hogy átfogó képet adjunk a karon oktatott tudományterületeken folytatott változatos tevékenységünkről.

Olyan sorozatot „álmodott” a Kar Tanácsa, melynek célja és feladatai az egyetemi hagyományok sorába is illik, valamint egyidejűleg ösztönöz arra, hogy a jelentős átalakulás előtt álló felsőoktatási struktúrában hangsúlyossá tegyük a karon folyó tudományos tevékenységet.

Az egyetemi sorozatokat az elmúlt századokban sajátos hely illette meg a tudományos kiadványok között. Főként a szakfolyóiratokban közölhető cikkektől témájukban eltérő, esetleg terjedelmileg meghaladó, vagy más okból még ki nem adható művek publikálására vállalkoztak.

15 év rövid időnek tűnik egy kar életében, mégis jelzi, hogy azok az erőfeszítések, melyek arra irányultak, hogy megteremtsük az Egészségügyi Főiskolai Karon a tudományos munka alapfeltételeit, sikerrel jártak. Ennek folyománya, hogy a Kar valamennyi szakán oktató, különböző tudományterületeket reprezentáló kolléga írása megjelentethető az Acta Sana első számában.

Kiemelt és egyben igen sajátos célja tudományos lapunknak, hogy generálja az egyes szakok közötti tudományos-szakmai párbeszédet.

Köteteink szerzői gárdája „sokszínű” lesz. Terveink szerint a kutatás területén nagy tapasztalattal rendelkező vezető oktatók és a tudományos karrierjük kezdetén álló kollégák írásai éppúgy megtalálhatók lesznek majd az Acta Sana egyes kötetekben, mint a Tudományos Diákköri Konferencián eredményesen szereplő hallgatók publikációi.

Nem tudunk és nem is célunk a kész receptek kínálása. Sokkal fontosabb, hogy újabb és újabb kérdéseket tegyünk fel magunknak és a Tisztelt Olvasónak is. Nem kívánunk az Acta Sana-val a tévedhetetlen útkijelölő szerepében tetszelegni, hanem olyan makacs útkeresővé válni, akiről mindenki tudja, hogy sosem hagyná le a lassú járásúakat.

A sokszínűség jegyében elkészített első kötetet ajánlom - a változatosságot értő, a más szakterületét is tisztelő - Olvasó szíves figyelmébe.

Szeged, 2005. szeptember

Pogány Magdolna
kari főigazgató

Dohányzási szokások és attitűdök vizsgálata ápoló és védőnő szakos hallgatók körében

Boros Edit

főiskolai tanársegéd

Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Ápolási Tanszék

e-mail: boros@efk.u-szeged.hu

Kulcsszavak: egészségmagatartás, ismeret

Összefoglalás

Az egészségmagatartást több tényező befolyásolja. Az egyik legfontosabb közöttük az egyén attitűdje a rizikótényezőkkel szemben. Munkánk során azt tapasztaltuk, hogy az egészségügyi főiskolai hallgatók között igen magas a dohányzók aránya. Arra vonatkozóan nem volt ismeretünk, hogy a hallgatók e témakörben milyen attitűddel rendelkeznek.

A vizsgálat célja: az egészségügyi főiskolai hallgatók dohányzással kapcsolatos szokásainak és attitűdjeinek feltárása.

Vizsgálati módszer és minta: A hallgatók dohányzással kapcsolatos attitűdjét a Pikó- Paulik- Pető- Müller által alkalmazott kérdőív segítségével mértük fel. A vizsgálatban az egyéni írásbeli kikérdezést alkalmaztuk. A kérdőív nyílt és zárt kérdéseket egyaránt tartalmazott. A vizsgálatot SZTE-EFK ápoló és védőnő szakos hallgatók körében végeztük. A kapott eredményeket az alapstatisztika segítségével és az attitűdbeli eltérések szignifikanciáját Khi-négyzet próbával elemeztük.

Eredmények: A vizsgált hallgatók közül 24,7%-a dohányzik. Az ápoló hallgatók között több a dohányzó hallgató, mint a védőnő hallgatók között. A dohányos hallgatók többsége naponta 3-9 szál cigarettát fogyaszt, és 73%-a szeretne káros szenvedélyétől megszabadulni. A vizsgálati eredmények alapján a szakok között nem mutatkozott jelentős attitűdbeli különbség. A dohányos hallgatók jobban elfogadják a dohányzás „kedvező” hatását, és kevesebben gondolják úgy, hogy mielőtt rágyújtanak, engedélyt kellene kérniük a többiektől. Azzal is kevesebben értenek egyet, hogy az egészségügyi szakdolgozóknak jó példát kellene mutatniuk azzal, hogy nem dohányoznak.

Következtetés: Szakítani kell a hagyományos egészségnevelési szemlélettel, az egyes programok betegségközpontú megközelítésével. Kiscsoportos foglalkozások, beszélgetések keretében a problémamegoldó technikák közös elsajátítását javasoljuk előtérbe helyezni.

Bevezetés

Az életminőség rizikótényezői közé tartozik a dohányzás, amely a legerjedtebb - az egészségre rendkívül ártalmas- legális tevékenység. Világszerte felismert tény, hogy a dohányzás súlyos egészségproblémákat okoz, becslések szerint minden tizedik felnőtt ember haláláért felelős.

Az "Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja" hangsúlyozza a dohányzás megelőzésének fontosságát. Célul tűzi ki a már meglévő dohányzók számának csökkentését.

Kiemelkedően fontos szerepet szán az egészségügyi dolgozóknak a dohányzás elleni küzdelemben, a dohányzást csökkentő és a dohányzásról való leszoktatást segítő ténykedésben⁽¹⁾.

A korábbi vizsgálatok szerint Fejér megye egészségügyi szakdolgozóinak 30,5 %-a, a Gyulán végzett kutatás szerint pedig az ápolóknak 41,1 %-a dohányzott^(2,3). A védőnők dohányzási szokásainak felmérésére 2002 májusában került sor Hajdú- Bihar és Veszprém

megyében. A vizsgálat alapján a válaszoló védőnők 12%-a dohányzott⁽⁴⁾.

Az egészségügyi dolgozók, ezen belül az ápolók és védőnők, a hivatásuk gyakorlása során modellként jelennek meg a betegek, a laikusok és társaik előtt egyaránt. Így a viselkedésük, az egészségükhöz való viszonyuk is példaértékű lehet számukra. Ennek a példamutatásnak olyan életformát, életmódot kellene jelentenie, hogy az követendő lehessen a betegek számára.

Az egyén egészségmagatartását több tényező alkotja. Az egyik legfontosabb közöttük a személy attitűdje a rizikótényezővel szemben. Az emberek, amikor megismerik az attitűd tárgyát az számukra kognitív, affektív és viselkedéses információkat tartalmaz. Tudjuk, hogy az attitűd és a magatartás között kétirányú kapcsolat áll fenn. Egyrészt az attitűdök elősegítik a nekik megfelelő magatartás kialakulását, másrészt egy magatartás is átformálhatja az attitűdöt⁽⁵⁾.

Ahhoz, hogy az egészségügyi főiskolai hallgatók pozitív egészségmagatartását megerősíthessük a főiskolai tanulmányaik alatt, illetve a meglévő káros szokásaikat csökkenthessük, fontos tudnunk azt, hogy milyen attitűdökkel rendelkeznek az egyes káros anyagokkal szemben.

Vizsgálati céljaink

A feltárás során célunk volt ismereteket gyűjteni és tapasztalatokat megfogalmazni az ápoló és védőnő hallgatók:

- a dohányzással kapcsolatos szokásairól, ismereteiről,
- a dohányzással kapcsolatos attitűdjeiről.

Eszköz és módszer

A vizsgálatban feltáró módszerként az egyéni írásbeli kikérdezést alkalmaztuk. Az adatgyűjtéshez az ápoló és védőnő hallgatók dohányzással kapcsolatos szokásait és attitűdjeit feltáró kérdéseket tartalmazó, kombinált, önkitöltős kérdőívet állítottunk össze. A kérdőív nyílt és zárt kérdéseket egyaránt tartalmazott.

A kérdőív első része az életkorra, a nemre, a végzettségre és szakra vonatkozó szociodemográfiai kérdésekre terjedt ki.

A kérdőív második egysége a hallgatók dohányzással kapcsolatos attitűdjét a Pikó-Paulik- Pető- Müller által alkalmazott kérdőív segítségével mérte fel az alábbi területen⁽⁶⁾:

- Ün. „praktikus kérdéscsoport”
- Kapcsolatokat, társas befolyást érintő kérdések
- A dohányzás csalóka kedvező hatásai
- A dohányzás szabályozásával összefüggő kérdések
- Végül az egészségügyi dolgozók attitűdjéről alkotott vélemény

A kérdőívben megfogalmazott véleményekkel való **megegyezés** vagy **nem megegyezés** alapján következtettünk az attitűdökre. Az eltérések szignifikanciáját Khinégyzet próbával elemeztük⁽⁷⁾. A kérdőív további kérdései a hallgatók ismereteit tárja fel a dohányzással kapcsolatban, míg a harmadik része a hallgatók dohányzási szokásait térképezi fel.

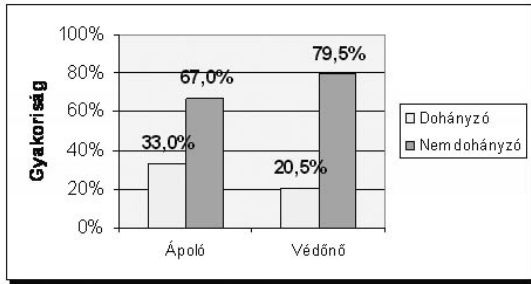
A minta jellemzői

Felmérésünket a Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Karának ápoló és védőnő szakos hallgatói körében végeztük el 2004 januárjában. A hallgatók körében 288 (a főiskolán tanuló ápoló és védőnő hallgatók összes létszámának megfelelő) kérdőív került kiosztásra amelyből 194 volt értékelhető. A mintasokaságba 63 ápoló és 131 védőnő hallgató került be, akik a főiskola ápoló szakos hallgatóinak 80 %-át, védőnő hallgatóinak 55 %-át képviselik.

A vizsgálati minta átlagéletkora 21 év, range: 18-38 év. A vizsgált mintában - előtanulmányai során- az ápoló hallgatók több, mint a fele szerzett egészségügyi végzettséget. A védőnő hallgatók kevesebb, mint egyharmada rendelkezik ilyen jellegű képesítéssel.

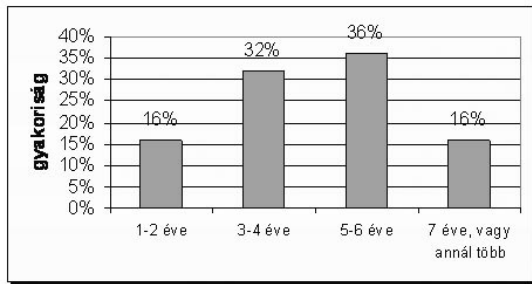
Eredményeink

A vizsgált hallgatók 24,7 %-a dohányzik. A ápoló hallgatók között több a dohányzó hallgató (33%), mint a védőnő hallgatók között, mivel közülük 20,5%-a dohányzik. A szakok közötti különbség szignifikáns ($p < 0,05$).



1. ábra: A dohányzási szokás szakonkénti megoszlása (n= 194)

A felmérés szerint dohányos diákok többsége 5-6 éve dohányzik rendszeresen, tehát valószínű, hogy már a főiskolai tanulmányai előtt is rendszeresen dohányzott. A dohányos hallgatók 16 százaléka viszont valószínűleg a főiskolai tanulmányai alatt vált rendszeres dohányossá. A dohányos hallgatóknak 20%-a naponta igen kis mennyiségben szív el cigarettát. A hallgatók jelentős része naponta 3-9 szál cigarettát fogyaszt. A még függőségi állapotba nem került hallgatók csoportjának megszólítása növelheti a dohányzás abbahagyásának esélyét.



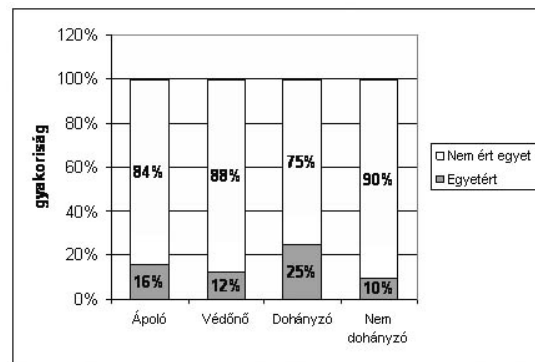
2. ábra: „Hány éve dohányzik?” kérdésre adott válaszok megoszlása (n=48)

Az esetek többségében (77%) a dohányos hallgató szeretne leszokni a dohányzásról. A naponta több cigarettát fogyasztó diákok nagyobb részben szeretnének leszokni, mint akik kevesebb dohányárt fogyasztanak. A hallgatók a válaszaikat indokolták is. Aki szeretne leszokni, az esetek többségében azt az indokot írta, hogy „káros az egészségre”, „gyereket szeretnék majd vállalni”, „drága” és „példát szeretnék vele mutatni”. Akik nem szeretnének leszokni, azok szinte azonos arányban válaszolták azt, hogy „mert én döntöttem így, hogy dohányozok”(48%) és hogy „nagyon szeretek dohányozni”(52%).

Az attitűd vizsgálat során egy úgynevezett „**praktikus**” kérdéscsoport méri fel azt, hogy a hallgatók egyetértnek-e azzal az állítással, miszerint a cigarettázás hatására elszíneződnek

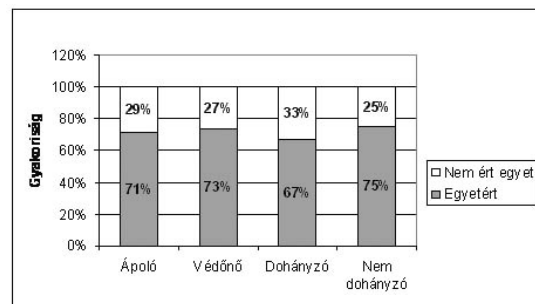
a fogak és az ujjak, illetve a dohányzás nagyon költséges tevékenység. A hallgatók majdnem egyöntetűen egyetértettek ezekkel a kijelentésekkel(96%).

A második rész a **kapcsolatok és társas befolyást érintő** kérdéseket tartalmazta. A dohányzás kapcsolatteremtő funkciójával az ápoló hallgatók többen értettek egyet, mint a védőnő hallgatók, azonban az eltérés statisztikailag nem tekinthető jelentősnek. Szignifikáns különbség ($p < 0,01$) mutatkozott viszont a dohányzó és nem dohányzó hallgatók között: több dohányzó hallgató értett egyet a dohányzás kapcsolatteremtést könnyítő szerepével, mint a nem dohányzó hallgatók.



3. ábra: A hallgatók véleménye a dohányzás kapcsolatteremtő funkciójáról (n=194)

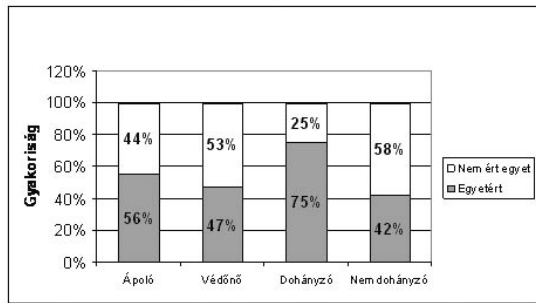
A dohányzás népszerűsége növelő hatásával a többség (90 %) nem értett egyet. Hasonlóan oszlott meg a véleménye a dohányzó, a nem dohányzó, a diplomás ápoló és a védőnő hallgatóknak, szignifikáns különbség itt nem található.



4. ábra: A hallgatók véleménye arra vonatkozóan, hogy a szülő magatartása befolyásolja-e a gyermek magatartását (n=194)

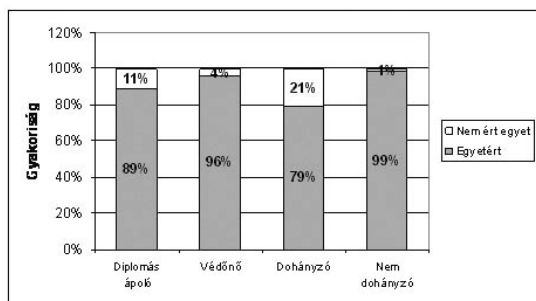
Arra a kérdésre, hogy „A gyerekek könnyebben rászoknak a dohányzásra, ha a szüleiktől ezt látták”, már jobban megoszlának a vélemények. A szociodemográfiai változóktól függetlenül, a hallgatók 25%-a nem fogadta el, míg 75%-a elfogadta ezt az állítást.

A **dohányzás csálóka „kedvező hatásairól”** kérdéscsoportba két állítás tartozik. „A dohányzásnak nyugtató hatása van” - véleményben szignifikáns ($p < 0,0006$) eltérés mutatkozott a dohányzó és nem dohányzó hallgatók között. A dohányzó hallgatók $\frac{3}{4}$ része egyetértett ezzel az állítással, míg a nem dohányzó hallgatóknak csak kevesebb, mint a fele. Arra vonatkozóan, hogy a dohányzás csökkenti-e az éhségérzetet hasonló eredményt kaptunk.



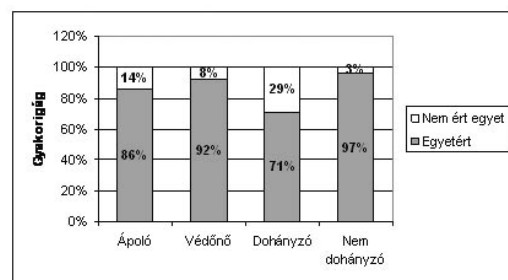
5. ábra: A hallgatók véleménye a dohányzás nyugtató hatásáról (n=194)

Továbbiakban a **dohányzás szabályozásával összefüggő** kérdések kerülnek bemutatásra. Ebben a kérdéscsoportban megvitatásra került az, hogy a dohányzóknak külön helyet kell-e biztosítani a munkahelyükön. Ezzel a kijelentéssel szociodemográfiai változóktól függetlenül egyetértettek a hallgatók. Arra a kérdésre, hogy a dohányzóknak, mielőtt rágyújtanak, engedély kellene-e kérniük a többiektől, az alábbi eredményt kaptuk: A vélemények eltérése statisztikailag nem jelentős a szakok között viszont a dohányzási státusz szerint már ez szignifikánsnak mutatkozott ($p < 0,001$). A nem dohányzó hallgatók közül majdnem mindenki, míg a dohányzó hallgatók 71%-a válaszolt igennel.



6. ábra: „A dohányzóknak, mielőtt rágyújtanak, engedély kellene kérniük a többiektől” állítással kapcsolatos vélemények megoszlása. (n=194)

Az ápoló hallgatók 89 százaléka érzi úgy, hogy az **egészségügyi szakdolgozók** felelősége is, hogy meggyőzzék az embereket a dohányzás abbahagyásának szükségességéről. Ez az arány a védőnő hallgatók körében valamivel magasabb. A dohányos hallgatóknak kevesebb mint $\frac{3}{4}$ -e, a nem dohányos hallgatók közül pedig majdnem mindenki fontosnak tartja az egészségügyi szakdolgozók példamutatását a nemdohányzással, amely különbség szignifikáns ($p < 0,0007$) azonban a szakok közötti különbség nem jelentős. A hallgatók több, mint kétharmad része fontosnak tartja azt, hogy az egészségügyi dolgozók példát mutassanak a nem dohányzó magatartásukkal.

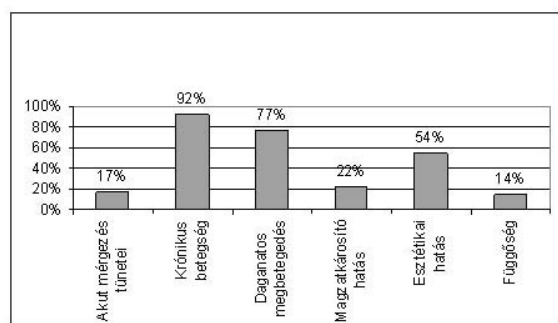


7. ábra: „Az egészségügyi szakdolgozóknak jó példát kellene mutatniuk a nem dohányzással” állítással kapcsolatos vélemények megoszlása (n=194)

A következőkben arra kerestük a választ, hogy a hallgatók szerint „Melyek a dohányzás káros hatásai?” A nyitott kérdésre adott válaszokat hat csoportra osztottuk fel, amelyek az adható válaszok széles tárházát mutatják be:

Az **akut mérgezést** (fejfájás, hányinger, tremor és hallucináció) igen kis részben jelölték meg a hallgatók (17%). A **krónikus betegségeknél** a leggyakrabban a szív-, keringés- rendszeri és az emésztőrendszeri betegséget sorolták fel és szinte majdnem mindenki megjelölte a dohányzás ilyen jellegű káros hatását (92%). A **daganatos betegségek** (gége-, tüdő-, szájüreg-, nyelőcső- és gyomorrákos megbetegedései) is megjelentek a válaszokban. A hallgatók több mint $\frac{3}{4}$ -e adott ilyen választ a kérdésre (77%). A **magzatkárosító hatásoknál** az alacsony születési súlyt, a fejlődési rendellenességet említették meg a hallgatók 22%-ban. Az **esztétikai problémák közül** gyakran jelezték a ruházat kellemetlen szagát, a sárga fogakat, a sárga ujjakat és a bőr korai ráncosodását (54%). A **függőséget** nagyon kevesen írták le (14%), amely jelentőségénél is fogva igen elgondolkodtató. A válaszadás során a hallgatók 74%-a két vagy három csoportra koncentrált és

ezekben a csoportokban próbáltak minél több káros hatást felsorolni.



8. ábra: A hallgatók véleményeinek megoszlása a dohányzás káros hatásairól (n=194)

A következő kérdésben arra vonatkozóan gyűjtöttünk adatokat, hogy a hallgatók a főiskolai tanulmányaik alatt elegendőnek találták-e a dohányzásról kapott információt. A hallgatók 80%-a elegendőnek találta, 20%-a viszont nem tartotta kielégítőnek. Akik nem ítélték elegendőnek a kapott ismeretet, azok 77%-a első, 18%-a másod-, 5%-a pedig harmadéves hallgató volt. Az első éves hallgatók szerint kevés információt kaptak a témával kapcsolatban az eddigi képzés során. A másod és harmad éves hallgatók szerint többnyire a dohányzás káros hatása jelenik meg az oktatásban és kevésbé hangsúlyos helyen szerepel a megelőzés és a leszokást segítő módszerek.

Összegzés

A vizsgálat eredményei azt tükrözik, hogy az egészségügyi főiskolai hallgatók körében még nem igazán kapott elsőbbséget a „nemdohányzás” kérdése. A magatartásban nem következett be változás a tanulmányaik hatására, sőt a dohányos hallgatók 16 százaléka a főiskolai tanulmányaik alatt vált dohányossá.

A dohányzás kapcsolatteremtő funkcióját és a csalóka „kedvező” hatását a dohányos hallgatók jobban elfogadják, viszont kevésbé ismerik el az egészségügyi szakdolgozók példamutató szerepét, mint a nem dohányzó társaik. A dohányzó hallgatók kevésbé értenek egyet azzal az állítással, hogy a dohányzó személynek engedélyt kellene kérnie, mielőtt rágyújt.

A hallgatók lényegesebben több ismeretet várnak el a dohányzás megelőzésével és a leszokást segítő módszereket illetően. Szükség van a dohányzással kapcsolatban a preventív szemléletű ismeretanyag átdolgozására is. Ennek során az ismeretek bővítésével

tudatosíthatnánk a rizikómentesebb életformák előnyeit. Az ismeretek bővülése önmagában nem eredményezi az attitűd tartós megváltoztatását. Szakítani kell a hagyományos egészségnevelési szemlélettel, az egyes programok betegségközpontú megközelítésével. Kiscsoportos foglalkozás keretében szervezet problémafeltáró beszélgetéseket és a problémamegoldó technikák közös elsajátítását célszerű előtérbe helyezni. Ez a társas megerősítést is lehetővé teszi, amely ezen korosztály számára igen fontos. Elsődleges feladat ugyan a megelőzés, de nagy gondot kell fordítani azokra a személyekre is, akik szeretnének szenvedélyüktől megszabadulni. Erre is lehetőséget nyújthat az ilyen kiscsoportos foglalkozás. Fontos tudatosítani a hallgatókban azt is, hogy az egészségügyi szakdolgozók egyik lényeges feladata az, hogy másokat segítsenek a dohányzásról való leszokásban. Ehhez elengedhetetlen feltétel az, hogy maga a segítő megfelelő egészségmagatartással rendelkezzen és tanácsa, viselkedése követendő legyen a kliensek számára.

Irodalom

1. Egészség évtizedének Johan Béla nemzeti programja
2. Bakóné Tóth E.: Felmérés a szakdolgozók egészségi állapotáról: győzzük meg magunkat, családjunkat betegeinket! Ápolásügy, 2003, 1, 5-7
3. Molnár E.: Ápolók egészségi állapota. Nővér, 2002, 4, 4-10
4. Simon T., Orbánné Lakatos J., Fülöp M.: Védőnők dohányzása Hajdú- Bihar és Veszprém megyékben. Védőnő, 2002, 5, 35-37.
5. Smith Eliot R., Mackie Diane M.: Szociálpszichológia In: Attitűdök és viselkedés. Budapest, Osiris, 2001, 433-478.
6. Pikó B., Paulik E., Pető É. És mts.: Orvos- és gyógyszerészhallgatók dohányzással kapcsolatos attitűdjeinek vizsgálata. Szendélybetegségek, 1995, 1, 38-43.
7. Falus I., Ollé J.: Statisztikai módszerek pedagógusok számára. Budapest. Okker., 2000, 334-340.

Monitoring of smoking habits among students of nurses and health practitioners'

Boros, E.

University of Szeged Faculty of Health Sciences, Department of Nursing

e-mail: boros@efk.u-szeged.hu

Keywords: health behaviour, knowledge

Summary

Health behaviour is comprised of several factors. One of the most significant is the individual's attitude to risk factors. We have experienced in our work that the rate of smokers among health college students is very high. We did not know what attitudes our students have in this field.

The aim of the survey: to explore the habits and attitudes of health college students.

Method and sample: We adopted written questions for individual students in the survey. The questionnaire consisted of open and closed questions. We used the questionnaire by Pikó- Paulik- Pető- Müller- to find out the students' attitude to smoking. The sample were the nurse and health visitor students of SZTE-EFK. The results were evaluated with help of basic statistics and the significance of the attitude variations were analysed by Chi- square test.

Results: 24,7% of the surveyed students smoke. There are more smokers among the nurse students than the health visitor students. The smokers usually smoke 3-9 cigarettes a day and 73% of them would like to give up smoking. On the basis of the results we could not find significant difference in the attitudes between nurses and health visitors. Students that smoke more readily accept the "favourable" effects of smoking and less of them think that before lighting a cigarette they should ask the others permission. Less of them agree with the statement that health professionals should show a good example with not smoking.

Conclusions: Traditional health education concept and the disease centred approach of some programmes should be given up. Mutual acquisition of problem solving techniques in small groups and discussions should be preferred.

Keywords: health behaviour, knowledge

A kiégés, mint valós veszély Adalékok a kiégés szindróma kutatásához

Csehák Augusztá, Papp Anita
főiskolai tanársegéd
Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Ápolási Tanszék
e-mail: guszta@efk.u-szeged.hu, panita@efk.u-szeged.hu

Kulcsszavak: kiégés, emocionális kimerülés, deperszonalizáció, ápolás, teljesítő képesség csökkenése

Összefoglalás

Bevezetés: A kiégés szindróma kutatása az 1970-es években az USA-ban (Freudenberger 1974. Maslach 1976.) kezdődött, azonban a hazai kutatások csak a 90-es években váltak figyelemfelkeltővé (Fekete, 1991. Hézsér, 1996.). Maslach és Jackson 1981-ben készítette el vizsgálati eszközét, a *Maslach Burnout Inventory*-t (MBI), és az addig főleg leíró jellegű kutatások ezzel az objektív mérési eszközzel már lehetővé tették az egyes kiégési stádiumok feltárását az egészségügyi dolgozók körében. A jelen kutatásainkat a kiégés, mint valós veszély inspirálta és a változtatni akarás vezérelte.

Célkitűzés: Hasonlóan a releváns szakirodalomhoz, a vizsgálatok célja az volt, hogy további összefüggéseket keressen az ápolói szakma és a kiégés szindróma között, különös tekintettel annak okaira, megjelenő tüneteire, illetve az egyes megküzdési technikák megismerésére. A vizsgálat kiterjedt a munkából eredő stresszhatásokra (beosztás, túlóra, pályaelhagyás) és az ezeket befolyásoló tényezőkre.

Módszer: Vizsgálatainkat a Szegedi Tudományegyetem különböző klinikai osztályain dolgozó ápolók körében végeztük el 2002-ben, majd 2003-ban. Mindkét esetben az intenzív osztályon dolgozó ápolók eredményeit hasonlítottuk a nem intenzív (belgyógyászati és sebészeti jellegű osztályok, pszichiátria) osztályokon dolgozó ápolókéhoz. Az első vizsgálat ($n = 103$) önkitöltős, egyénileg összeállított kérdőíves módszerrel történt. A fő kérdéscsoportok a kiégés kialakulásával összefüggő tényezőket, illetve a kiégés tüneteinek meglétét vagy hiányát kívánták feltárni, továbbá a kutatás kiterjedt a különböző feszültségoldó módszerekre is. A második vizsgálatot a Maslach Burnout Inventory - önkitöltős kérdőívvel végeztük ($n = 114$). Az adatok feldolgozása az alapstatisztikai próbák segítségével történt, illetve a Mann-Whitney non paraméteres próbát alkalmaztuk a folyamatos változók megállapítására.

Eredmények: Szignifikanciát lehetett kimutatni az emocionális kimerüléssel kapcsolatban az életkor ($p < 0,025$) és az egészségügyben eltöltött idő ($p < 0,001$) között. Az intenzív osztályon dolgozóknak mintegy 25%-a, a nem intenzív ellátást nyújtó osztályon dolgozók 30%-a másodállást vállal, emellett 60%-a túlórázik is a munkahelyén. A személyes teljesítést befolyásoló szomatikus tünetek, mint az alvászavar, fáradékonyság, gyomorpanaszok, fejfájás, a jelen kutatásban is megjelentek, amelyek tovább rontják az ellátás minőségét és csökkentik az ápolók teljesítményét.

Bevezetés

A burnout syndroma a tartósan fennálló érzelmi és interperszonális munkahelyi stresszre adott válasz, amelyet a kimerültség, cinizmus és a hatékonyság hiányának hármasa jellemez.(1) Ez a jelenség a mai magyar egészségügyben nagy problémát jelent, és ennek ellenére sajnos a dolgozók lelki egészségvédelme nem kiemelt terület. Ahhoz azonban, hogy ezen változtatni tudjunk, adatokra és bizonyítékokra van szükségünk. Kutatásaink eredményeivel ezt az adatbázist szeretnénk bővíteni.

A kiégés szindróma kutatása az 1970-es években, az USA-ban (*Freudenberger, 1974. Maslach, 1976.*) kezdődött. A kezdeti tanulmányok javarésze leíró jellegű volt és főleg interjúkat, estetanulmányokat és megfigyeléseket tartalmaztak, amelyekre alapozva készítette el Maslach és Jackson a *Maslach Burnout Inventory-t* (MBI 1981.). A kérdőív az egészségügyben dolgozók emocionális kimerülését, depersonalizációját és a személyes teljesítmény csökkenését mérte. A hazai kutatások csak a 90-es években váltak figyelemfelkeltővé (*Fekete, 1991. Hézszer 1996. Hegedűs 2000.*), amelyekben azóta is gyakran alkalmazzák a már említett módszert, de előnyben részesítik az egyénileg összeállított kérdőíveket is. A saját készítésű kérdőívek főként a kiégés okait, illetve annak következményeit kívánják megismerni. Maslach és munkatársai is - már 1996-ban a kiégés leírásán túl - az okok feltárására helyezték a hangsúlyt.

Az egészségügyben végzett munkának, a dolgozó személyiségének, társas kapcsolatainak, az interperszonális kommunikációnak vannak olyan jellegzetességei, amelyek stresszkeltőek lehetnek.(2) A munkakör jellege, a túl sok dokumentáció, a hosszú munkaidő, a pihenőnapok kiadásának részleges hiánya, a rutin munkatevékenység, a mások életéért való küzdés mind- mind olyan tényezők melyek a burnout syndroma kialakulásában predisponálóak. Hazánkban jelenleg az ápolói hivatás lényegi átalakuláson megy keresztül. A szakma egyre fokozódó differenciálódása, illetve az ápolás elfogadása és tudományos igényű megközelítése a változás sarkalatos, kiemelendő pontja. Ennek kapcsán nőnek a szakmával szembeni követelmények, szaporodnak a kihívások, illetve felszínre kerülnek azok a problémák, amelyek az ápolók

stressz terheltségét és munkaelégedettségét is befolyásolják. Fokozottabban jelentkeznek a szakma belső ellentmondásai és nehézségei. Azokon a munkahelyeken, ahol magas a stressz szint, ott általában nagy a hiányzási arány, magas a táppénzes napok száma, növekszik a dolgozók fluktuációja. (3) A rossz munkatársi kapcsolat miatt az információáramlás sérül, szétesik a munkahelyi kollektíva, amely eredményeként a munkavégzés nem kielégítő. A Munkahelyi Bizottság és az Egészség Európai Irodájának (2002) becslése szerint a foglalkozási stressz okozta költségek az akkori 15 európai uniós tagállamban évente 20 milliárd euróra rúgtak, ami azt jelenti, hogy a stressz nem csak a munkavállalók egészségét befolyásolta, hanem közvetett módon a gazdaságot is.

Cherniss (1990) kutatásaiban rámutatott arra, hogy a kiégés tipikus tünetei közé tartozik az alvászavar, sorozatossá válnak a banális betegségekről történő „jelentések” (pl.: megfázás miatt), az étvágytalanság és a gyakori fejfájás. Emellett az említett kutatás utal a szindrómához kapcsolódó káros szenvedélyek meglétére, és mértékére. „Ugrásszerűen megnő az alkoholizmus, a gyógyszerektől való függőség veszélye, valamint állandósulnak a családi és házassági problémák.” (4) Egy 2003-ban Szegeden (Piczil, Pikó) végzett kutatás (n=201) - amely az ápolók körében előforduló kockázati magatartásformák (alkoholfogyasztás, kávézás, dohányzás) gyakoriságát, pszichoszomatikus tünetek előfordulását vizsgálta- megállapította, hogy az ápolók körében elfogadott feszültségoldó technikák közé tartozik a dohányzás (51,3% több- kevesebb rendszerességgel dohányzik), és alkoholfogyasztás (54,0% fogyaszt alkohol alkalmanként). Az érzelmi kimerültség pozitívan korrelált a dohányzással és a pszichoszomatikus tünetek fennállásával. Pozitív korrelációs kapcsolatot mutattak ki az elszemélytelenedés, a pszichoszomatikus tünetek, valamint a dohányzás és az alkoholfogyasztás tekintetében is.(5)

Célkitűzés

Célkitűzéseink között szerepelt annak a megállapítása, hogy befolyással van-e a tünetek megjelenésére az ápolási osztály jellege, továbbá annak a feltárása, hogy a szociodemográfiai faktorok (életkor, egészségügyi végzettség, az egészségügyben

eltöltött idő) és a kiegészítés között milyen kapcsolat van. A vizsgálat ezen kívül kiterjedt a munkából eredő stressz hatásokra (beosztás, túlóra, pályaelhagyás) és az ezeket befolyásoló tényezőkre.

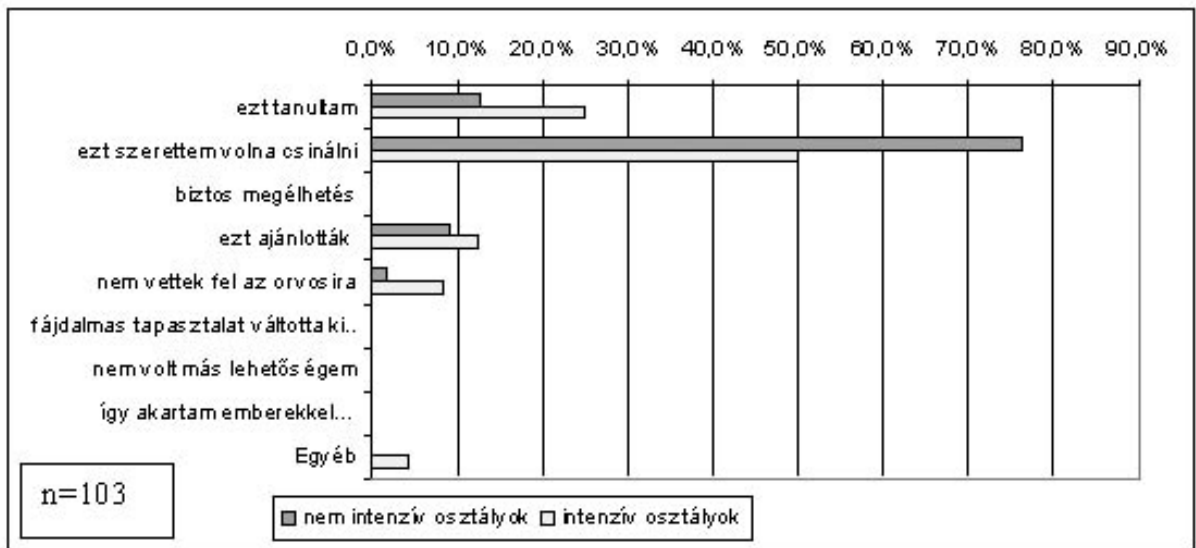
Módszer

Felméréseket végeztünk két alkalommal, 2002-ben, majd 2003-ban a Szegedi Tudományegyetemen. Mindkét esetben az intenzív osztályon dolgozó ápolók eredményeit hasonlítottuk a nem intenzív osztályokon dolgozó ápolókéhoz (belgyógyászati és sebészeti osztályok, pszichiátria). Az első vizsgálat – elővizsgálat jelleggel - 2002-ben (n = 103), önkitöltős, egyénileg összeállított kérdőíves módszerrel történt. A kérdőív nyitott és zárt kérdéseket tartalmazott. A szociodemográfiai adatok mellett a fő kérdéscsoportok a kiegészítés kialakulásával összefüggő tényezőket, illetve a kiegészítés tüneteinek meglétét vagy hiányát kívánták feltárni. A kutatás továbbá kiterjedt a különböző feszültségoldó módszerekre is. A második vizsgálatot 2003-ban már a Maslach Burnout Inventory - önkitöltős kérdőívvel

végeztük el (n = 114). Az adatok feldolgozása az alapstatisztikai próbák segítségével történt, illetve alkalmaztuk a Mann-Whitney non paraméteres próbát a folyamatos változók megállapítására. A megkérdezettek átlagéletkora 32 év volt. A mintában szereplők egészségügyben eltöltött idejének átlaga 10,8 év.

Eredmények

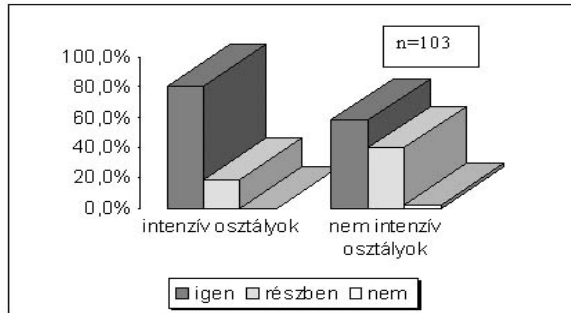
A burnout syndroma szinte minden foglalkozásnál előfordulhat, azonban az egészségügyi dolgozók és a professzionális segítők körében ez speciális intenzitású, amely magából a segítő tevékenységből fakad (6). A kiegészítés szindróma prevenciójában éppen ezért lényeges elem a megfelelő pályaválasztás, a professzionális segítő foglalkozás választásának előzetes és tartalmi átgondolása. Vizsgálatunkban az intenzív osztályon dolgozók 50%-a azért választotta ezt a munkát, „mert ezt szerették volna végezni”, 25% pedig „ezt tanulta”. A nem intenzív osztályokon az ápolók több mint 70%-a „szerette volna ezt a munkát végezni” (1. sz. diagram).



1. sz. diagram Ki miért választotta az ápolói hivatást (2002-es vizsgálat)

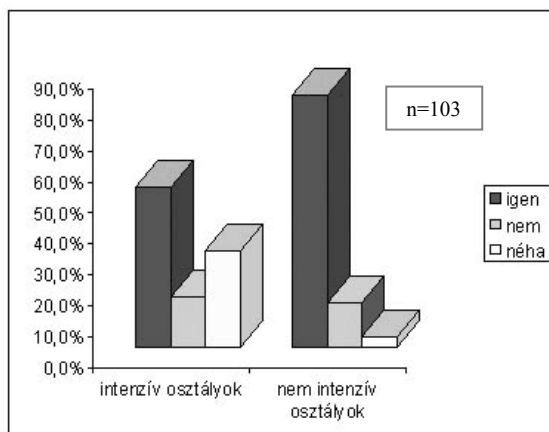
A hivatás gyakorlásában hosszú távon az is meghatározó, hogy az ápolók szakképzettségének megfelelően foglalkoztassák, mert amennyiben nem ez történik, az feszültséget eredményez. A 2. számú diagram adatai szerint a nem intenzív ellátást nyújtó osztályokon az ápolók 40%-a csak részben a képzettsége szerint foglalkoztatott, vagyis olyan tevékenységeket

is elvégez, amelyek eredetileg nem tartoznak a feladatkörébe. Az intenzív ellátásban dolgozók közel 80%-a a végzettségének megfelelő munkakört tölt be. A team munka egyik alapját az ápolók végzettség szerinti foglalkoztatása jelenti.



2. sz. diagram Szakképzés szerinti foglalkoztatás megítélése (2002-es vizsgálat)

Amennyiben egy magasabb végzettségű ápoló rendszeresen a kvalifikáltságához viszonyítottan alacsonyabb kihívású munkát végez, az hosszútávon megterhelő és tartós frusztrációhoz vezet. Az ápolói státuszok azonban nem az igény szerint vannak feltöltve, hanem az anyagi lehetőségek dominálnak, és így az ebből fakadó frusztráló hatással számolni kell. A tartósan távollévő (Pl.: GYES, betegség) magas kvalifikáltságú ápolók pótlása - szakképzett ápolók hiányában, valamint a kedvezőtlen gazdasági tényezők miatt - a legtöbb intézetben szakképzetlen munkavállalókkal történik, amelyek előnytelen hatására Szloboda vizsgálata mutatott rá. A fluktuáció, vagyis a kilépő dolgozók száma az elmúlt 5 évből 3 évben is meghaladta a belépők számát, viszont a belépők számának erős ingadozása mellett a kilépők száma folyamatos csökkenést mutat. (7)



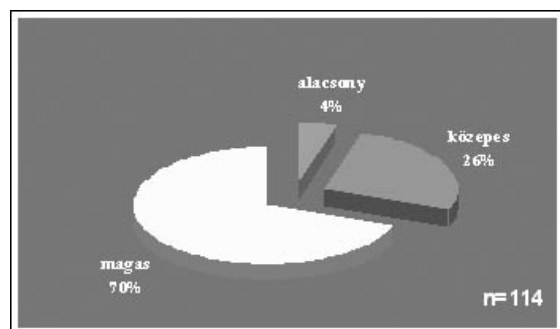
3.sz. diagram Túlóra-vállalás az egyes osztályokon (2002-es vizsgálat)

A kiégés kialakulásában további prédiszponáló tényező a túlóra-túlmunka vállalása. Az egészségügyben dolgozók alacsony bérezése miatt nagyon sok ápoló többlet munkát vállal, hogy elfogadható anyagi

körülmények között élhessen. Az intenzív osztályon dolgozóknak mintegy 25%-a, a nem intenzív osztályon dolgozók 30%-a vállal másodállást. A másodállás mellett az ápolók 60%-a túlórázik is a munkahelyén. Nem csoda, hogy fáradtan, rosszkedvűen érkeznek dolgozni, amely kihat az egészségi állapotukra, befolyásolja munkavégzésüket (3. számú diagram).

A vezető tünetek: alvászavar, fáradékonyság, gyomorpanaszok, fejfájás, amelyek közül a gyomorpanaszok tipikusan a stresszel függenek össze.(9) Hasonló eredményeket kapott Pikó egy 2001-es vizsgálatban, melyben szintén vezető tünet volt a fáradtságérzés, alvászavar, derék- és hátfájás, gyomorfájás.(10) Ezeket az adatokat támasztotta alá a 2003-ban végzett kutatásunk is. Szloboda által 2004-ben publikált cikk szerint az ápolói szakma továbbra sem vonzó a fiatalok körében. Ennek okai a folyamatos munkavégzés, fokozott fizikai és pszichés megterhelés, alacsony társadalmi és szakmai presztízs, valamint a bérezés. (7)

Az emocionális kimerülésről akkor beszélünk, amikor az ember saját korlátian túllép és saját érzelmi, és fizikai forrásaiból kimerül. A burnout három tünetcsoportja közül ezt a tényezőt említik a leggyakrabban és elemzik a legalaposabban. Shirom (1989) szerint a kiégés másik két tünetcsoportja (deperszonalizáció, személyes teljesítmény csökkenés) felesleges vagy véletlenszerű velejárója a szindrómának. Maslach véleménye szerint azonban a kimerülés nem csupán egy olyan jelenség, amelyet egyszerűen megtapasztal az ember, hanem inkább olyan reakciók kiváltója, amelyekkel távolságot tud tartani emocionálisan a saját munkájától. (11) Az emocionális kimerülés a megkérdezettek 70%-ánál jelen volt (4. számú diagram).

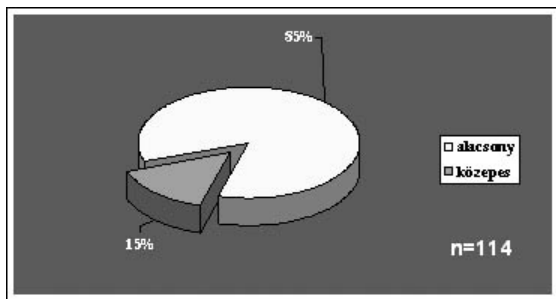


4.sz. diagram Emocionális kimerülés eredményei (2003)

Ez azt jelenti, hogy az egészségügyi dolgozók érzelmi téren ebben az időszakban nem tudnak többet nyújtani azoknak az embereknek, akik őket körülveszik, a betegeknek, kollégáknak, hozzátartozóknak. Ezért nagyobb a kockázata az én-védő magatartás kialakulásának és az alacsonyabb munkateljesítménynek. Ezáltal az ápolás minősége romlik, a betegek elégedettsége csökken, sérül a betegvezetés, háttérbe szorul a holisztikus szemlélet.

Az életkor ($p < 0,025$) és az egészségügyben eltöltött idő ($p < 0,001$) a statisztikai próba alapján szignifikanciát mutatott az emocionális kimerüléssel. Tehát minél hosszabb az egészségügyben eltöltött munkaviszony, annál nagyobb a valószínűsége az emocionális kimerülésnek. Mivel azonban az életkor és a munkaviszony kezdete általában szorosan összefügg, valószínűsíthetően ezért lehetett szignifikanciát kimutatni az életkor esetében is.

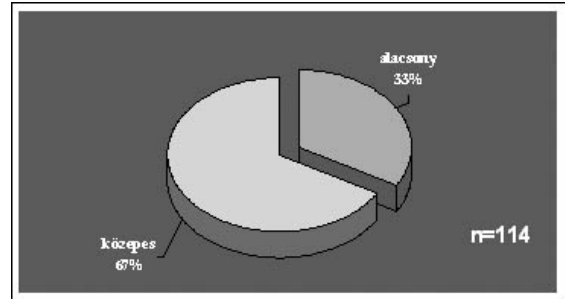
Pines és munkatársai (1990) „Kiegészítő az unalomtól az önfejlesztésig” című munkájukban a következő tüneteket írták le a depersonalizációra vonatkozóan: Az érintettebben negatív beállítódás alakul ki önmagukkal, a munkával és általában az étellel szemben. Dehumanizáló magatartást alakítanak ki azokkal szemben is, akiknek segíteniük kellene. (4, 12) Gyakran negatív viszony tapasztalható a kollégákkal, és a betegekkel való interakció során is. Az egyének ezért büntudata van, hátrít, redukálja a munkát. (13) Az elszemélytelenedést az egészségügyi dolgozók nem érzékelik munkájuk során. Ezt mutatja az 5. számú diagram is, amely szerint 85% saját megítélése szerint nem kezeli tárgyként a pácienseket, nem érzi, hogy magatartása cinikus lenne.



5.sz. diagram A depersonalizáció mértéke (2003)

A személyes teljesítmény csökkenésének jellemzői sorában megtalálható a tehetetlenség, a sikertelenség megélése, és az elismerés hiánya, amelyek a túlterheltség érzetét keltik.

(11) A teljesítmény csökkenését, a dolgozók közel háromnegyede (67%) közepesnek ítélte meg, amely azt jelenti, hogy a megkérdezettek nagy százaléka szerint kevesebbet teljesít, mint korábban, s csak kis mértékben (33%) gondolják úgy, hogy nem változott a teljesítményük (6.számú diagram).



6. sz. diagram A személyes teljesítmény csökkenése (2003)

Következtetések

A kiegészítő szindróma öndiagnózis. A segítő szakmában időnként meg kell állni és megfogalmazni azt, hogy milyen motiváció tart a pályán és mit jelent a segítség. A kiegészítő folyamata megtörhető, módosítható, de fontos, hogy figyeljünk magunkra, kollégáinkra, alkalmazzuk a preventív technikákat, s ha kell, vegyük igénybe a szakellátást. (9)

Lényeges szempont a prevenció oldaláról a változások menedzselésének beépítése az oktatásba, mivel a különböző technikák elsajátításával javítható a lelki egészség védelme. (13) Az ápolói gyakorlatban célszerű hangsúlyt fektetni a munkafolyamatok racionalizálására, gazdaságosabbá tételére, gondolunk itt a jól képzett szakszemélyzet megfelelő szintű foglalkoztatottságára, a munkatevékenységek felosztására, és az autonómia biztosítására. (9)

Alapvető fontosságú a megfelelő szakmai fejlődés és karrier lehetősége is, vagyis segíteni kell a dolgozót a pozitív szakmai jövőkép kialakításában.

Jó munkahelyi légkör kialakítása, a vezetési stílus fejlesztése, mentálhigiénés vagy pszichológus szakember biztosítása, továbbá a konfliktuskezelő tréningek, az egyéni és csoportos megbeszélések, szupervíziók biztosítása mind-mind hozzájárulhatnak szervezeti szinten a kiegészítő szindróma kialakulásának megelőzéséhez. Az esetmegbeszélések, stábmegbeszélések kapcsán lehetőség nyílt nemcsak a hibák feltárására, amelyek a

teljesítménycsökkenésből adódnak, hanem a terhelések megváltoztatására is, például az egyéni munkaköri leírások készítésével. Az egyéni munkaköri leírás segítheti a teljesítmény reális értékelést, és orientálhatja a dolgozót a további lépések eldöntésében. A kutatásokat a változtatni akarás vezérelte, amelynek az első lépése a problémák feltárása volt. A vizsgálatok bebizonyították a probléma meglétét, annak súlyosságát. A tovább

lépéshez a segítő foglalkozás gyakorlóinak Florence Nightingale gondolatait idézzük és ajánljuk megfontolásra:

„Időt kell hagynunk önmagunk testének és lelkének ápolására, csak akkor tudunk mások testével és lelkével igazán törődni

Irodalom

1. Christina Maslach, Wilmar B. Schaufeli, Michael P. Leiter Job Burnout Annu. Rev. Psychol. 2001. 52:397-422.
2. Pikó Bettina, Piczil Márta "És rajtuk ki segít...?" Kvalitatív egészségpszichológiai elemzés a nővéri hivatásról. SzocHáló-társadalompolitikai online, 2000.
3. Pikó Bettina, Piczil Márta Az elégedettség és elégedetlenség szociológiai vizsgálata a nővéri hivatásban. Lege Artis Medicinae 1998 8. (10.) 728-734.
4. Hézszer Gábor Miért? Kálvin, Budapest 1996.
5. Piczil Márta, Pikó Bettina Az ápolói hivatás pszichoszociális kihívásai Egészségügyi menedzsment 2003. szeptember-október 29-33.
6. Horváth Ágnes Miről lehet megismerni a kiégési (burnout) szindrómát? Ápolásügy 2001. 14. (2.)
7. Szloboda Imréné Jótékony hatású béremelés Egészségügyi menedzsment 2004. dupla szám 32-36.
8. Jeges Sára, Tahin Tamás Egészségügyi szakdolgozók szakmai és társadalmi differenciálódása. Egészségügyi Gazdasági Szemle 1982. 20. 48-69.
9. Csehák Augusztina Az ápolói hivatás egyik „csapdája”, a burnout syndroma Tanulmányok az ápolástudomány köréből II. Szeged, 2003.
10. Pikó Bettina A nővéri munka magatartás-tudományi vizsgálata Lege Artis Medicinae 2001.11. (4) 318-325.
11. Maslach-Schaufeli-Leiter Job burnout Annu.Rev.Psychol.2001.52: 397-422.
12. Fekete Sándor Segítő foglalkozások kockázatai Helyer-szindróma és burnout-jelenség. Psychiatria Hungarica, 1991. VI. 17-29.
13. Pálfi Ferencné Kiégés jelenségének vizsgálata ápolók körében. Egészségügyi menedzsment 2002. IV. (2.) 20-24.

Burnout as a real threat

Contribution to the research of the burnout syndrome

Csehák, A. – Papp, A.

University of Szeged Faculty of Health Sciences, Department of Nursing

e-mail: guszta@efk.u-szeged.hu, panita@efk.u-szeged.hu

Keywords: burn out, emotional fatigue, depersonalisation, nursing, decline of abilities

Summary

Introduction: The research of burnout syndrome started in the USA in 1970's (*Freudenberger 1974, Maslach 1976*) but the Hungarian studies drew attention only in the 1990's (*Fekete 1991, Hézszer 1996*). Maslach and Jackson created their research tool, the *Maslach Burnout Inventory* (MBI) in 1981 and this objective measurement instrument made it possible to explore the stages of burnout among health care workers instead of the previous descriptive studies. Our research was inspired by the real threat of burnout and lead by wanting to change.

Purpose: Similarly to the relevant literature the aim of the research was to find further connections between the profession of nursing and the burnout syndrome, especially looking at the its reasons, symptoms and understanding some coping techniques.

Method: Our survey was made among nurses at different clinical departments of the University of Szeged in 2002 and 2003. In both cases the results of the nurses at intensive care units were compared with those of non-intensive units (internal medicine, surgery, psychiatry). The first survey ($n=103$) was made with self fill-in questionnaire compiled by us. The main groups of questions intended to explore the factors of the beginning of burnout and the presence or lack of the symptoms and our research looked at the tension releasing methods as well. We made the second survey with the Maslach Burnout Inventory self fill-in questionnaire ($n=114$). We processed the data with the basic statistical probes and we used the Mann-Whitney non-parameter probe for the establishment of the continuous variables.

Results: Significance has been shown between age ($p<0.025$) and the time spent in health care ($p<0.001$) in connection with emotional fatigue. 25 % of the intensive care unit workers and 30 % of the non-intensive care workers undertook second jobs and 60 % work extra hours at their work place. The somatic symptoms that influence personal performance such as insomnia, fatigue, gastric complaints and headaches have appeared in this survey too, which hinder the quality of the service and decrease the performance of nurses.

Ápolás hivatástudatból - az ápolás és orvoslás történetének összefüggésében -

Papp László

főiskolai tanársegéd

Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Ápolási Tanszék

e-mail: papp@efk.u-szeged.hu

Kulcsszavak ápolás, orvoslás, hivatás, képzés

Összefoglalás

Bevezetés Az ápolás hivatástörténeti vizsgálata lényeges részét képezi az ápolás fejlődésével foglalkozó kutatásoknak. A szakma önazonosságát elősegíti, ha tisztán látunk a múltunkban és elemezzük azokat a hatásokat, melyek az ápolás jelenlegi helyzetéhez hozzájárultak. A történetiség alapját a medikális szakmák hivatásmitológiájával való összevetés módszerével célszerű vizsgálni, fenntartva ezzel a kölcsönös egymásrahatás lehetőségének nyomon követését.

Célkitűzés A szakma jelenében zajló folyamatok eredetének feltárása az ápolás hivatástörténeti vizsgálatával

Módszer Dokumentumelemzés, összefüggések elemzése.

Eredmények Az ápolási tevékenység több ezer éves múlttal rendelkezik, azonban önálló hivatásként csupán néhány száz éves történetre tekint vissza. Az egészségügyi szakmákban az orvoslás dominanciája volt jellemző egészen a XX. század fordulójáig; amelytől kezdődően a paramedikális szakmák fejlődése egy, saját ismeretanyaggal rendelkező ápolástudomány kialakulását indította el.

Következtetések Az ápolás, mint hivatás elemzése a szakma öntudatra ébredésének egyik lényeges összetevője, és annak tapasztalatai bevonhatók a professzió további építésébe.

Az emberiség „öntudatra ébredése” óta védekezik valamilyen, - a kor intellektuális, spirituális és szociális színvonalának megfelelő eljárással - az emberi szervezetet ért károsító hatások ellen. Bár az egészség és betegség fogalmát a XXI. század elejének embere másképpen értelmezi, mint elődei, melyből arra következtethetünk, hogy minden kor sajátos felfogást alakított ki a „normalitásról”, illetve ennek megfelelően az attól eltérő állapotokról is.

Egy adott társadalom – és azon belül az egyének – betegekkel szembeni magatartását több tényező határozza meg, amelyek közül az egyik legfontosabb tényező a betegség természete. Ez határozza meg az adott betegség közösségi megítélését, azaz közvetetten az egyénnel szembeni társadalmi viszonyulást. A betegség természete potenciálisan meghatározza azt a személyt is, aki a kezelést végezheti, azaz „elhivatott” e célból.¹ Hivatást csak olyan személyek voltak képesek ellátni, akik a közvetlenül érzékelhető

világon túlterjedő testi és/vagy szellemi képességekkel rendelkeztek.(1)

Az elmúlt 2000 év történetében minden jelentős kultúrkörben találunk olyan

személyeket, akik látszólag előzmények nélkül jelentek meg és olyan képességek birtokában voltak, melyek az adott közösség szemében elhivatottá tették őket. Mivel az elhivatottság kezdeti isteni eredetüként értelmezése egyúttal a „merítési keret” szűkülését is jelentette, ezért szükség volt a fogalom tartalmának intézményesítésére. Ez tulajdonképpen azt eredményezte, hogy az isteni eredetüként való értelmezést lassan felváltotta egy világiasabb típusú gondolkodásmód.

Ez a folyamat az orvoslás és a betegellátás területén is megfigyelhető volt. Mivel az átalakulás szükségszerűen lassan zajlott le, így a kezdeti értelmezésekben a karizma megmaradt természetfeletti eredetű személyes adománynak. A fent említett társadalmi igény miatt azonban megalapultak olyan intézmények (iskolák), melyek feladata

(„elhívása”) a megfelelő utánpótlás biztosítása volt. Ekkor már az értelmezés szerint a karizmatikus képesség nem önmagáért való; azok a személyek, akik ilyen képességek birtokában voltak, csak akkor váltak a társadalom hasznos tagjaivá, ha képességeiket a közösség szolgálatába állították. Ezért a képességek, bár – kezdetben – megmaradtak „kegyelmi” eredetűnek, olyanná váltak, melyek (1) átruházhatóak, vagy (2) személyesen megszerezhetőek, vagy (3) nem valamilyen meghatározott személyhez kapcsolódnak. Ez tulajdonképpen az egyik lényeges elemét jelentette annak a társadalmi szemléletváltásnak, mely lehetővé tette akár a mai fogalmak szerint értelmezett orvos- és egészségügyi tudományi képzést. Ebben az esetben is azonban jelen volt a karizma azon tulajdonsága, hogy a funkció betöltésére nem mindenki képes.(1)

Már abban az időszakban, mikor elsődleges ellátási formaként az istenek elhívása által végzett gyógyítás volt a jellemző, megjelentek a „hétköznapi” mesteremberek is, akik tevékenységüket az érzékszervekkel felfogható világ tapasztalatai alapján végezték. Az ősi egyiptomi kultúrával foglalkozó irodalmak többször említik, hogy a papok és varázslók mellett orvosok is végeztek gyógyító tevékenységet. Ebben a kultúrában azonban még nem vált szét tisztán a természetfeletti (isteni) eredetű és a materiális világból származó, megfigyelésen alapuló tapasztalat. Erre a tényre a kor jelentős, a témához kapcsolódó dokumentumainak (Ebers- és Smith papiruszok) vizsgálata is utal.

Mezopotámiában nincs arra utaló jel, hogy a gyógyítást végző személyek² valamely isten papjai lettek volna, a felhasznált tudásanyagban azonban mind a megfigyelésen alapuló népi, mind a hiedelmeken alapuló „törzsi” eredetű tevékenységek megtalálhatók.

Az antik görög kultúrában, Hippokratész tevékenysége kapcsán történt meg az a fordulat, amellyel a „világi” orvoslást végző személyeket is karizmatikus hatalommal rendelkezőkként értelmezhetjük. A Hippokratészi Gyűjtemény „Törvény” című része írja le, hogy melyek az orvossá válás (elhívás) szükséges elemei: a természetes tehetség, képzés, megfelelő (képző) hely, gyermekkortól tartó oktatás, szorgalom, idő. Ebben az esetben többek között az is megadja a tevékenység karizmatikus jellegét, hogy azt természetes tehetség nélkül végezni nem lehet.

Az orvosi tevékenységre való alkalmasság deklarálása tulajdonképpen „beavatásként” történt, amelyre azért is szükség volt, mert a Gyűjtemény szövege szerint „...a szent dolgok viszont csak a beavatottak előtt tárulnak fel. Ezeket a kívülállók nem sajátíthatják el mindaddig, amíg bebocsátást nem nyernek a tudomány rejtelseibe.” Ezzel az orvosi tevékenységet egy olyan „kultikus” magasságba emelte, melynek tekintélyét a kívülállóktól való elzárás támasztja alá.

A kereszténység történetének első „gyógyítói” nem a szó mai értelmében mondott orvosok voltak, hanem Jézus és apostolai, akik más – természetfeletti tulajdonított – tevékenységük mellett a betegekkel „csodákat” tettek. Később, a kereszténység terjedése a korábbi gyógykultuszok átalakulását vagy megszűnését vonta maga után. Példa erre a görög Aszklepiosz – kultuszának és gyógyhelyeinek tovább élése a kezdeti keresztény kultúrában Szent Kozma és Damján templomaként, akik a Kr.u. 3-4. század fordulóján valóban gyógyászati tevékenységet folytattak. Mártírhaláluk és szentté avatásuk után számos természetfeletti eredetű gyógycsodát vetítettek vissza tevékenységükre, amely által a „valódi” orvosi tevékenység és az isteni eredetű csoda keveredését segítették elő.

Az ókor – középkor fordulója már más, lényeges változásokat is hozott az egészségügyi ellátásban. A Kr. u. IV. századot megelőzően elsődlegesen gyógyászati tevékenységekre való utalásokat találhatunk a szakirodalomban, más egészségügyi szakmák létezéséről csupán indirekt módon, elméleti jellegű következtetéseket használva kaphatunk információt. Így van ez az ápolási – gondozási tevékenység létezésével is; valószínűsíthető, hogy a már az ősközösségi törzsi társadalmakban a fizikai sérüléseket szenvedett személyeket a tüzet és tartózkodási helyet vigyázó nők „ápolták”, vagyis állapotukat a kor színvonalának megfelelően felügyelték.

Az ismert ókori kultúrákban (Sumér Birodalom, Mezopotámia, Egyiptom, Hellász, Róma) kizárólag ápolási tevékenységet végző személyekről vagy szervezetekről nem maradt fenn emlék. A gondozási tevékenység ekkor a betegség ellátását végző orvos – gyógyító utasításai alapján történt, elsődlegesen a beteg családjá, közvetlen környezete által. Az egyes kultúrák szent gyógyhelyeken (pl. az egyiptomi serapeionok, a görög kultúra Aszklepiosz templomai), a betegek hosszabb

ideig – akár néhány napig – is tartózkodhattak, ahol szó szerinti ápolási tevékenység nem zajlott.³

A keresztény vallás térhódításával a papi – egyházi réteg hitéleti alapon nem vett részt a gyógyító ellátásban, azonban azokon a határterületeken, amelyek a betegség és a szociális elszigetelődés között húzódnak, az egyház jelentősége felerősödött. Ez azt vonta maga után, hogy olyan szakosodott testületek jelentek meg, amelyek elsődleges célja a szociális gondoskodás és a betegápolás volt. Ez némi időbeli eltérést mutat a Birodalom keleti és nyugati felében: míg keleten Kr. u. III. századtól már állami támogatású betegápoló otthonok alakultak, addig nyugaton ez Nursiai (Szent) Benedek tevékenységében kap csak szerepet, a Kr. u. VI. században. Később, a Római Birodalom szétesése után ez a folyamat nem szakadt meg; példa erre a különféle lovagrendek (johannita rend, templomosok, német lovagrend) által végzett betegápolási tevékenység a keresztes hadjáratok idején és azt követően.

A világi betegápolásról ezzel szemben kevés emléket őrzünk. Míg az orvoslás történetében jelentős fejlődés kezdődött a képzést szolgáló egyetemeken (1158 – Bologna, 1209 – Cambridge, 1210 – Párizs, 1222 – Pádua, 1224 – Nápoly, 1243 – Salamanca), addig betegápolás továbbra is megmaradt a különféle lovag- és szerzetesrendek által és a kereszténység alapelveivel indokolt tevékenységnek. Ezek a szervezetek gyakorlatilag – iskolarendszerű – képzés nélkül, a hagyományok, megfigyelések és a népi gyógy módok alkalmazásával fejtették ki ápolási működésüket.

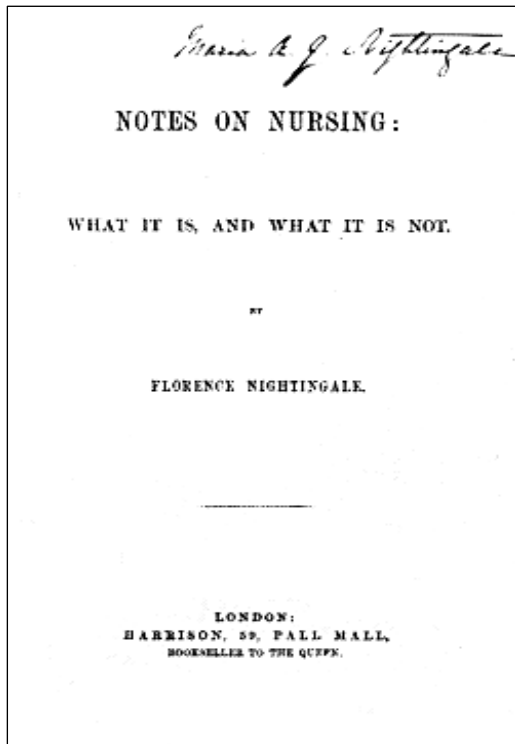
Az egyetemi képzés elterjedése az orvoslásban más hatásokat is gerjesztett az orvosi szakma önazonosságát szempontjából. A képzésben elsődlegesen az adott kornak megfelelő színvonalon belgyógyászati jellegű ismereteket oktattak, a sebészet csak mint elméleti jellegű tárgy jelent meg. Sebészeti ismeretekre azonban a gyakori háború miatt szükség volt, ezért néhány iskolában (pl.

Salerno) ilyen jellegű gyakorlati képzést is végeztek, melyet az időszak orvostársadalma nem fogadott be. Amennyiben a vizsgáldást kiterjesztjük más egészségügyi jellegű tevékenységet (is) végzőkre, akkor további széttagolódást figyelhetünk meg.⁴ Ez a fajta széttagolódás, - bár az egyes szakmák sokat közeledtek egymáshoz, és a tudomány fejlődésével új irányok is megjelentek (pl. szülészet) - egészen a XIX. – XX. század fordulójáig környékéig megmaradt.

A középkor és a korai újkor szinte minden évszázadából tudunk nagyobb orvosi vagy egészségtudományi eredményt említeni, jelentős fejlődést azonban az egészségügyi szakmák mindegyikében a XVIII. század hozott. Az orvoslásban ekkortájt indult meg az a folyamat, mely az uralkodó szemléletet a korábbi, humorális jellegű (még Hippokratésztől és Galénusztól származó) ismeretekről az újabb eredményeken alapuló, anatómiai alapokra helyezte. (4)

Az ápolás szempontjából is a XVII.-XVIII. század változásai kiemelkedőek. A vallási alapoktól még nem elszakadva, Páli Szent Vince 1633 – ban alapította meg az Irgalmas Nővérek rendjét. A nővérek elsődleges feladatként szegényházak, ispotályok és más menedékhelyek betegeit ápolták, valamint ápolást és gondozást végeztek a betegek otthonában is. A Nővérek rendjének első rendfőnöke, Louise De Gras nevéhez köthető az első, ápolási jellegű oktatóprogram kidolgozása is. A hallgatóknak a program szerint kórházi és otthoni ellátásban is gyakorlatot kellett szerezniük annak érdekében, hogy tevékenységüket elismerten folytathassák.

A XIX. század kezdetén – a protestáns egyház segítségével – feléledt a középkorban alapított Diakonissza Rend is. 1836-ban Theodor Fliedner e rend segítségével alapította meg az ápolásoktatással (és vallási jellegű neveléssel) foglalkozó Diakonissza Intézetét a németországi Kaiserwerthben.



Florence Nightingale könyvének eredeti borítója

Lényeges megemlíteni Magyarországon Kossuth Zsuzsanna munkásságát, akit ápolói képzettség nélkül, bátyja, Kossuth Lajos nevezett ki országos főápolónőnek 1849-ben. Az 1848-49-es forradalom és szabadságharc idején 72 táborigyógyintézetet alapított, amelyekben rendelet írta elő az ápolónők tevékenységét; akik képzéséről a beosztott orvosoknak kellett gondoskodniuk. A szabadságharc leverése után Kossuth Zsuzsanna emigrálni kényszerült, és további tevékenységének gátat vetett tüdőbetegsége és korai, 1854-ben bekövetkezett halála. (2)

Az ápolás történetében a leggyakrabban idézett személy, Florence Nightingale, aki 1820-ban született angol nemesi családban. Ápolási ismereteit az 1850-es évek elején szerezte Párizsban (az Irgalmas Nővérek rendjének iskolájában) valamint a kaiserwerthi Diakonissza Intézetben. Ezt követően nevezték ki a krími háborúban a Törökországi Angol Általános Kórházak felügyelőjévé, ahol gyakran idézett és számos legendával övezett tevékenységet fejtett ki. Fő eredményét az jelentette, hogy pusztán ápolási ellátással – kötözéssel, szellőztetéssel, fürdetéssel, fertőtlenítő mosással – a táborigyógyintézetek 42.7 %-os halálozási rátáját 2.2 %-ra csökkentette. Nightingale hazatérése után, 1860 – ban alapította meg az első világi, szervezett nővérképző központot (Nightingale Training

School for Nurses), és ugyanebben az évben publikálta az első, kizárólag ápolási ellátással foglalkozó könyvet is (Notes On Nursing: What It Is And What It Is Not).

Az ápolás ekkor, a XIX. század közepén érte el azt a képzési lehetőséget, ami az orvoslás számára már évszázadokkal korábban, Salerno tevékenysége kapcsán megadatott. Ebben az időben az orvostudományban korábban nem látott mértékű szakmai fejlődés zajlott, mind az elméleti ismereteket, mind a képzést illetően. Az anatómiai és élettani ismeretek az orvosok rendelkezésére álltak, a sebészeti jellegű képzés az orvosegyetemeken folyt (pl. Theodor Billroth – bécsi egyetem), valamint megindult a pszichiátriai gondolkodás fejlődése. Ezek természetesen az orvosi hivatás magas társadalmi presztizsét eredményezték, különösen a XIX. sz. második felében. Ezzel szemben az ápolás még mindig megmaradt alantásnak tartott tevékenységnek és csak II. József idején (1780 – 1790) jelent meg Magyarországon az első olyan rendelet, mely a betegápolás kérdéseivel is foglalkozott. Ez a betegápolásra jelentkező polgári személyektől mindössze annyit követelt meg az írni és olvasni tudáson kívül, hogy egészségesek és tiszta erkölcsűek legyenek.

Az ápolást mint önálló hivatást elsősorban Florence Nightingale munkásságán keresztül ismerte meg a világ. Tevékenységét megelőzően az ápolókkal szembeni kritériumok kimerültek abban, amit II. József is megfogalmazott rendeletében, és még ezek a szerény elvárások sem teljesültek minden esetben. Nightingale működése azonban elindította azt a folyamatot a világban, amely az ápolás önálló diszciplínává válását célozta meg. Magyarországon 1879-ben alakult meg a Magyar Országos Segélyező Nőegylet. Ez a szervezet alapította meg 1885-ben a Betegápolónői Intézetet, mint oktató és módszertani központot; 1906-ban pedig megalakult a Magyarországi Betegápolók Országos Egyesülete.⁵ Az efféle szervezetek létrehozása nem kizárólag szakmai megfontolások, hanem a hatékony érdekvédelem, a közügyekben való közreműködés igénye miatt is szükséges volt. Az egészségügy területén más szervezetek is alakultak ebben az időben, 1897-ben hívták életre a Magyar Országos Orvosszövetséget, és már 1874-ben felmerült az igénye az Orvosi Kamara létrehozásának, – amely azonban

különbéle okok miatt csak 1936-ban valósulhatott meg.

A szociális ellátás megjelenése törvényi szintű szabályozása - 1891. évi XIV. tc. „az ipari és gyári alkalmazottak betegség esetén való segélyezéséről” (köznapi nyelven a munkásbiztosításról) - is az egészségügyi rendszer bizonytalanságát növelte. A rendelkezés hatására alapjaiban rendeződött át az addig egymás mellett jól megférő magánorvosi és állami „alkalmazott” orvosi praxisok helyzete. Az újonnan jelentkező gazdasági nyomással, mellyel a törvény a magánjövödelmek csökkenését hozta létre⁶, az orvostársadalom csak egységesen fellepvé tudta érdekeit a lehetőségeihez képest jól védeni. Ez egyúttal azt is jelentette, hogy ilyen feltételek mellett nem volt megengedhető számára az, hogy olyan paramedikális szakmák, mint az ápolás önállósodási törekvéseit támogassák.

Az ápolás önállósodása ellen ható másik ok a képzés színvonalának egyre jelentősebb lemaradása volt a nemzetközi normáktól. Míg pl. az Egyesült Államokban az 1930-as években már közel száz képző hely adott főiskolai szintű végzettséget az ápolóhallgatóknak (3), addig hazánkban nem egységes képesítési követelmények alapján, és egymástól elkülönülten működő képzőhelyeken történt az ápolók képzése. A század első harmadában, 1920 – ban a Debreceni Egyetem Orvosi Kara mellett állították fel az Ápoló- és Védőnőképző Intézetet, ahonnan 2 éves képzés után elsősorban ápolókat bocsátottak ki. E mellett 1922-től a Magyar Vöröskereszt újraindította ápolónőképző programját, valamint zajlott képzés a Mártha Ápolónő Egyesület, a Diakonissza Ápolónőképző Intézet, és a Pesti Izraelita Nőegylet Ápolónő otthona szervezésében is. Az egységes ápolóképzés irányelveinek kidolgozására 1927-ig kellett várni, amikor az Országos Közegészségügyi Intézet kidolgozta az egységes ápolónő- és védőnőképzés követelményeit.

A II. világháború után, a kommunista – szocialista ideológia rányomta bélyegét mind az orvosi, mind a paramedikális szakmák hivatásbeli gondolkodására. Az orvosokról az ekkor uralkodó ideológiai irányzat szerint, mint értelmiségről beszélhetünk. A szakmai, hivatásbeli önállóságra törekvő ápolásüggyel együtt a politika szinte kizárólagosan a közösség érdekében tevékenykedő, az állam

céljait közvetlenül megvalósító munkavállalókként tartotta számon őket. Az ápolóképzésben mindezek ellenére európai jellegzetességeket viselő rendszer alakult ki.

Az 1956-os forradalmat követő „puha” diktatúrában az orvosi szakma ismét magasabb társadalmi presztízst ért el, azonban változatlanul – hivatalosan – szerényen díjazott tevékenységként jelent meg. Az ápolás területén az 1960-as évek közepétől történt meg a meglévő képzési struktúra gyökeres átalakítása, a szakiskolai, később szakközépiskolai rendszer létrehozásával. A programok kialakítása során alkalmazott alapelvek gyakorlatilag az orvosi tevékenységet kiegészítő, annak utasításaira működő, minimális önállóságot feltételező szakmát eredményeztek.

Az ápolás, mint tudomány térhódítása Európa nyugati részében és az Egyesült Államokban gyors tempóban zajlott. Elméleti ápolási modellek kerültek kidolgozásra (Peplau – 1952, Abdellah – 1960, Henderson – 1964, King – 1971, Orem – 1971, Neumann – 1972, Roy – 1976.), melyek az önálló ápolási tevékenység megvalósítását hangsúlyozták azért, hogy az orvos mellett egyenrangú partnerként működhessen az ápoló. Az önállóságot definiálta az 1955-ben megalkotott, majd 1965-ben kiegészített állásfoglalás az ápolás, mint hivatás megfogalmazásával. (3)

Magyarországon a főiskolai szintű „diplomás” ápolóképzés 1988-ban, a budapesti Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán valósult meg.

Ez természetesen nagy lökést jelentett a hivatás presztízisének emelését célzó folyamatban.

Ezt követően több képzőhelyen (Gyula, Győr, Kaposvár, Nyíregyháza, Pécs, Szeged, Szombathely, Zalaegerszeg) is megindult a főiskolai szintű képzés. Az ápolástudomány elismerését jelentő szervezeti keretet elsőként 1993-ban a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem (Szeged) biztosította a képzés számára az ország első Ápolási Tanszékének megalapításával.

Napjainkban már az egyetemi szintű képzésre (Pécs, Budapest) épülve az ápolóknak lehetőségük van a tudományos fokozat megszerzésére is, amely elengedhetetlen a társadalmi és szakmai elismertséghez, valamint az ápolás és orvoslás azonos szintű, komplementer szerepéhez.

Az ápolás, mint hivatás fejlődését nem célszerű az orvosi hivatás történetétől elkülönülten szemlélni, sőt annak tanulságait hasznosítani érdemes a jövő érdekében. A két tevékenység egymással kölcsönös függésben működött hosszú időn keresztül és működik ma is. Az ápolási tevékenység még napjainkban is alacsony presztízsének kedvező irányú megváltoztatásához nélkülözhetetlen a szakma szervezeteinek, testületeinek összefogása, a társszakmák gyakran eltérő érdekeinek összehangolása

éppen úgy, mint az ápoló és orvosképzés mereven elkülönült struktúrájának feloldása. A folyamat elkezdődött, melyet az ápolásban kiteljesedő tudás, öndefiníció és az EU harmonizáció igénye egyaránt jelez. Az eddig elért eredmények befogadásához és alkalmazásához szükséges szemlélet kialakulása azonban hosszabb időt igényel, amellyel szintén számolni kell mind társadalmi szinten, mind pedig az ápolás mindennapi életében.

Irodalomjegyzék:

1. Balázs P: Orvoslás pénzért és hivatástudatból
Melánia Kiadó, Budapest, 2002.
2. Garai A.: A betegápolás története
Internet: <http://www.palya.hu/dolgozat/dolgozat.cfm?id=251>
3. Perry, P –. Potter, A.G: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai
Medicina Kiadó, Budapest, 1996, p:26-31
4. Szumowski, U.: Az orvostudomány története bölcsészeti szempontból nézve
Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat, Budapest, 1939.

Végjegyzék:

¹ Az európai kultúrkörben a görög eredetű *kharisz* szó eredeti vallási értelmében a természetfeletti képességek adományát jelentette. A karizmatikus hatalom birtoklása és gyakorlása egyben a társadalmi közmegegyezést is jelölte, amelynek keretében az ilyen emberek „elhívásra” kerültek, hogy hivatalukat betölthessék. (1)

² Asipu: varázsló, ráolvasó, valamint később az orvoslás elvontabb, szellemi jellegű részét (diagnosztizálás) végző személy. Aszu: gyakorló orvos, aki a rendelkezésre álló orvosi előírás gyűjtemények alapján kézművesként végzi tevékenységét. (1)

³ Bár az ilyen gyógyhelyeken való hosszabb tartózkodás, ennek kapcsán a másik emberrel való törődés, valamint a papok gondozási tevékenysége ápolási – mentálhigiénés célokat is megvalósított.

⁴ Pl. borbélyok, mint egyszerűbb sebészi munkákat végzők; fürdősök, akik a mai fizioterapeuták elődeiként írhatók le, valamint a korábban említett, betegápolást végző szerzetes- és lovagrendek.

⁵ Ezzel közel egy időben, az 1890-es években alakult meg pl. az Egyesült Államok és Kanada területén működő Nurses' Assosiated Alumni of the United States And Canada, mely a mai amerikai és kanadai ápolói egyesület elődje.

⁶ A rendszer lényege a társadalombiztosítási jellegű (TB) ellátási forma bevezetése volt, elsősorban a német mintát tekintve alapnak. Azonban a német rendszer „felülről nyitott”, azaz egy bizonyos jövedelemhatár felett az egyén eldöntheti, hogy kíván-e igénybe venni TB alapú ellátást, vagy saját kockázatvállalása szerint, az esetleges ellátásért fizetve veszi igénybe az egészségügyi és szociális szolgáltatásokat. A magyar rendszerben ez az elv nem jelent meg, ezáltal a tehetősebb réteg – amely tagjai korábban a magánegészségügyi rendszerben vettek igénybe ellátást – is a jóval olcsóbb TB alapú ellátásra tértek át.

Vocational history of the nursing

- Historical correlations between nursing and medical profession -

Papp, L.

University of Szeged Faculty of Health Sciences, Department of Nursing

e-mail: papp@efk.u-szeged.hu

Keywords: Nursing, Medical attendance, Calling, Education

Summary

Introduction: Examining the vocational history of the nursing professional is a vital part of research works which are attended to the history of nursing. When we are thoroughly enlightened upon our past and analyzing the influences of the from that time, which are causing the present situation, it helps to find the nursing professional's self-identity. We can examine the basics of the nursing's history with comparison with the medical-related professionals like medical attendance. With this method, we can also analyze the interference between the vocational history of the medical attendance and the nursing professional.

Objective: To analyze the nursing's vocational history, and to find answers to processes running in the professional's present.

Method: Analyzing documents, examining the correlations.

Results: The nursing professional has existed about few thousand years, but from a vocational historical view, it has only about one hundred year past. In the history of the medical professionals, the medical attendance dominated to the turn of the XX. century, when the evolution of paramedical studies caused the development of an independent nursing science.

Conclusion: Analysis of the nursing's vocational history is a vital part of the nurse's self-identity, and its experiences can help to build the profession.

Az állóképesség fejleszthetősége nyolcvan éves korban

Barnai Mária*, Domján Andrea*, Varga János**, Somfay Attila[§], Jeney Katalin fh*, Sárga Norbert fh*,
Verebély Balázs fh*, Horváth Gyöngyi***
főiskolai docens

Szegedi Tudományegyetem *Egészségügyi Főiskolai Kar Fizioterápiás Tanszék, ** Általános
Orvostudományi Kar Tüdőgyógyászati Tanszék, *** Általános Orvostudományi Kar, Élettani Intézet
e-mail: barnai@efk.u-szeged.hu

Kulcsszavak: oxigén felvétel; terhelhetőség; aerob tréning; öregedés

Összefoglalás

Bevezetés: Az időskorúak állóképességének fejleszthetőségét egyre szélesebb körben vizsgálják. Nők esetében a postmenopausa időszaka került a kutatók érdeklődésének középpontjába. A legidősebb korosztály vizsgálatáról csak elvétve olvashatunk a szakirodalomban, még a korosztálynak megfelelő referencia értékeket is csak a 60-70 éves populációban találtunk.

Célkitűzés: Tanulmányunk a 80 év körüliek fizikai állóképességének fejleszthetőségét vizsgálta. Kerestük, hogy az objektív paraméterek és a terhelés szubjektív megítélése mutat-e jelentős változást a tréning hatására, és ezek egyformán tükrözik-e a változást.

Módszer: Kilenc egészséges idős személy vett részt egy nyolc hetes kerékpár tréning programon, átlag életkoruk 80 év (76-83 év), testsúlyuk 70 kg, légzésfunkciójuk az életkornak megfelelő volt. *Vizsgáltuk* a légzésfunkciót és a terhelési paramétereket ergospirométerrel, valamint a terhelés mértékének szubjektív megítélését a tréning előtt és után. *Adatfeldolgozás:* A mért adatokat a Student-T teszttel értékeltük.

Eredmények: A teljes programot hat fő teljesítette. Jelentős, statisztikailag szignifikáns ($p < 0,05$) emelkedést találtunk az oxigén felvételben az anaerob küszöbnél és a maximális értékben, a teljesítményben az anaerob küszöbnél, az anaerob küszöb elérésének idejében és a maximális terhelési tolerancia szubjektív megítélésében. Jelzés értékű, de nem jelentős javulást tapasztaltunk a légzésfunkcióban, míg a maximális teljesítményben nem találtunk változást.

Következtetések: Vizsgálati eredményeink azt bizonyítják, hogy egy nyolc hetes tréninggel, nyolcvan év körül is jelentősen növelhető a fizikai állóképesség. A javulás az anaerob küszöb eltolódásában, a maximális oxigén felvétel növekedésében nyilvánul meg, de a maximális teljesítmény jelentősen nem változik.

Egészséges felnőtt emberek kardiopulmonális állóképességének javítására és fenntartására, az American College of Sport Medicine (ACSM) által megfogalmazott ajánlások világszerte elfogadottak (1). Az ajánlás a tréning intenzitását a maximális oxigén felvétel (VO_{2max}), az életkori maximális szívfrekvencia (Fr_{max}), vagy a szívfrekvencia rezerv (Fr_{res}) százalékában adja meg, a tréning céljától függően. A fizikai terhelhetőség és a tréning eredménye, a tréning típusa és intenzitása mellett számos tényezőtől függ,

mint például a testsúly, az életkor, a kiindulási állapot. Jól ismert tény, hogy az életkor előrehaladtával olyan élettani változások következnek be, amelyek jelentősen befolyásolják a fizikai aktivitást. Csökken például, a VO_{2max} és ezzel együtt a fizikai teljesítmény, akárcsak a szív és érrendszer rugalmassága és teljesítménye, ami így a terhelés közben, a szövetek fokozódó oxigén és tápanyag igényét csak korlátozott mértékben tudja kielégíteni. Az anyagcsere folyamatok lassúbbodnak, gyakori a hőszabályozás zavara,

aminek igen jelentős szerepe van a fizikai aktivitás során. A normál élettani változások mellett a keringési-, légző-, emésztő- és idegrendszer egyes betegségeinek megjelenési esélye számottevően megnövekszik. A növekvő életkorral csökken a korfüggő maximális szívfrekvencia (Fr_{max}), így az ebből számított tréningpulzus is egyre alacsonyabb.

A fizikai aktivitás előnyeiről az idősebb korosztálynál számos tanulmány beszámol. Van Pelt és mtsai. kimutatták, hogy menopausa után, 66 éves nőknél a törzs zsírtömegének növekedése erősen csökkenti az inzulin érzékenységet, hyperinsulinemiát okoz, növeli a szérum triglicerid szintjét, csökkenti a magas denzitású lipoprotein (HDL) szintet, megnövelve ezzel a szív és keringési rendszer betegségek előfordulásának esélyét. (2, 3). Egy ugyanilyen populációt vizsgálva (4, 5) bizonyították, hogy hormonpótlással egybekötött rendszeres fizikai tréning, kedvezően befolyásolja a testtömeg összetételt, különösen az abdominális zsírtömeget csökkenti és növeli a csontsűrűséget. Arra is rámutattak, hogy 65 év körül a VO_{2max} csökkenése eléri a 40%-ot, míg az Fr_{max} csökkenése csak 15-20%. Ezért ebben az életkorban a VO_{2max} és a Fr_{res} alapján kiszámított tréningpulzus már nem egyezik. Az ACSM ajánlásában felhívja a figyelmet, hogy idős korban a kardiopulmonális tréning lassabban növeli a VO_{2max} -ot, de a növekedés kimutatható. Ugyanakkor azt is bemutatja, hogy az aktívan sportoló idős emberek maximális oxigénfelvétele lassabban csökken, mint a nem sportoló fiatal ülő foglalkozású embereké. Steals és mtsai 60-69 éveseket tréningeztek 6 hónapig közepes intenzitású gyaloglással (1). Ez idő alatt a VO_{2max} 12%-os emelkedését érték el. A következő 6 hónapban az intenzívebb kocogást is bevezették a tréningbe, ami további 18%-al növelte a VO_{2max} -ot.

A fizikai tréning hatásait nagyon sok más tanulmány is vizsgálta, de 80 év körüli személyek terhelhetőségéről és a tréning mérhető hatásairól a szakirodalomban nem találkoztunk.

Tanulmányunkban ezért arra kerestük a választ, hogy 80 év körül növelhető-e számottevően a kardiopulmonális állóképesség, azaz a VO_{2max} és a teljesítmény (WC), a terhelés intenzitásának szubjektív megítélése, és a változást mutató mért és szubjektív adatok korrelálnak-e.

Módszer

Résztevők

A tanulmányban kilenc önkéntes idős ember vett részt, mindannyian a Szegedi Egyházmegyei Krízishelyzet-megoldó Szeretothon lakói. Bár egészségesnek mondták magukat, a jelentkezők anamnézisében gyógyszeresen beállított magas vérnyomás (négy fő), II-es típusú diabetes mellitus (egy fő), valamint az arteria femoralist érintő, több mint tíz éve operált érszűkület (egy fő) fordult elő. A résztvevők légzőszervi betegségben nem szenvedtek. A jelentkezőket tájékoztattuk a tréning menetéről, és mindannyian beleegyezésüket adták adataik feldolgozásához és anonim közléséhez.

Vizsgálatok

A tréning program előtt és után a jelentkezőket a Szegedi Tudományegyetem Tüdőgyógyászati Tanszékén vizsgáltuk ki. Az általános belgyógyászati vizsgálatok mellett megmértük minden résztvevő légzésfunkcióját, és terhelési toleranciáját.

A légzésfunkció vizsgálatokor rögzítettük a forszírozott vitálkapacitást (FVC) és az időzített vitálkapacitást az első másodpercben (FEV_1), ezek százalékos arányát a referencia értékekhez (FVC % és $FEV_1\%$), valamint egymáshoz viszonyított arányukat (FEV_1/FVC). Rögzítettük továbbá a reziduális térfogat (RV) értékét. A légzésfunkciót teljes testpletizmográfia (6200 Autobox D_L) vizsgáltuk.

A terhelési toleranciát spiroergometriás készüléken (Senzor Medics Vmax) progresszíven növekvő terheléssel vizsgáltuk. A nyugalmi adatrögzítés után a vizsgált személyek 20 watt ellenállással hajtották a kerékpárt három percig, majd a terhelést kétpercenként folyamatosan 10 wattal növeltük. A pedál fordulatszáma kb. 60/perc volt. A vizsgálatot az egyéni terhelési tolerancia határáig végeztük (WC_{max}). A vizsgálat közben 12 elvezetéses EKG készülékkel folyamatosan rögzítettük az elektrokardiogramot, és a szívfrekvenciát és minden második percben mértük a vérnyomást.

A gázcsere paramétereit pneumotachográfia vizsgáltuk. A készülék légvételről légvételre mérte az oxigén felvételt (VO_2), a széndioxid leadást (VCO_2) és a ventilációt (VE).

Az anaerob küszöböt (AT) a módosított V-slope módszerrel határoztuk meg, azon a ponton, ahol a VCO_2 emelkedésének üteme meghaladja a VO_2 növekedésének ütemét, és a VCO_2/VO_2 görbe meredeksége >1 (6, 7). A VCO_2 növekedésének felgyorsulása mutatja, hogy a tejsav felhalmozódására a bikarbonát puffer működésbe lépett. Lejegyeztük az anaerob küszöb elérésének idejét (ATt). Rögzítettük továbbá a testtömegre vonatkoztatott relatív teljesítményt és relatív oxigén felvételt nyugalomban, az anaerob küszöbnél és a maximális terhelésnél.

A maximális teljesítménynél a vizsgált személy egy tíz pontos vizuál-analóg skálán értékelte a nehézlégzés és a lábfáradás mértékét.

Tréning program

A felmérésben résztvevők egy nyolc hetes tréning programot teljesítettek, szobakerékpáron. A foglalkozások hetente háromszor, alkalmanként 40-50 percig tartottak. Az edzéseket a bemelegítő mozgások után a résztvevők alacsony terhelés mellett kezdték 3 percig, majd a kerékpár ellenállását tréningpulzus eléréséig növeltük. A maximális tréningpulzust a spiroergometriás vizsgálat során a V-slope módszerrel meghatározott anaerob küszöbnél mért értékben adtuk meg. Az első két héten a tréning időtartamát 20 percről fokozatosan emeltük 40 percre, majd az utolsó három héten 50 percre.

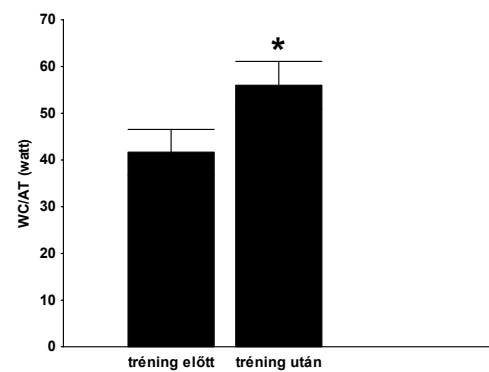
A tréningek alkalmával mértük a vérnyomást nyugalomban, a terhelés 20. percében, a tréning utolsó percében és 5 perccel a kerékpározás után. A szívfrekvenciát folyamatosan polár órával ellenőriztük.

Statisztikai analízis

A statisztikai analízist a Statistica for Windows programmal végeztük, a tréning eredményeinek értékelésére Student T-tesztet használtunk. Összehasonlítottuk az VO_2 változását a tréning után az anaerob küszöbnél (VO_2/AT) és a maximális terhelésnél (VO_{2max}), a teljesítményt az anaerob küszöbnél (WC/AT) és a maximális teljesítménynél WC_{max} , az AT elérésének idejét (ATt), valamint a maximális teljesítménynél meghatározott nehézlégzés és lábfáradás eredményét. Az eredmények értékelésekor rögzítettük az átlag értékeket és a standard deviációt (Mean \pm SD). A szignifikancia meghatározására a $p<0,05$ értéket alkalmaztuk.

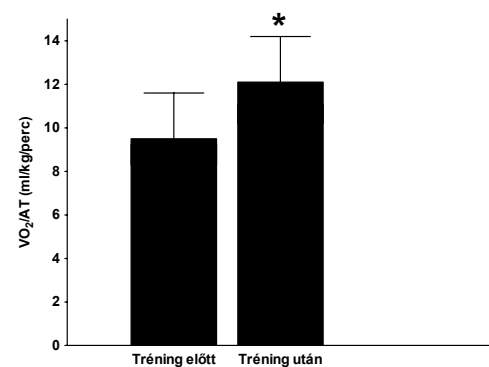
Eredmények

A kivizsgálás során egy személyt kizártunk a felmérésből, nagyfokú aorta billentyű szűkület miatt. További két személyt a tréning során kellett kizárnunk, a kerékpározás közben jelentkező deréktáji fájdalom, illetve lázas betegség miatt. A teljes programot hat fő teljesítette (három férfi és három nő), átlag életkoruk 80 év (76-83). A résztvevők a V-slope módszerrel az AT-nél meghatározott tréningpulzust csak a program második felében voltak képesek elérni, és a tréning teljes ideje alatt fenntartani. Statisztikailag szignifikáns ($p=0,001$) növekedést mértünk a tréning programot követően a teljesítményben az anaerob küszöbnél (1. ábra),



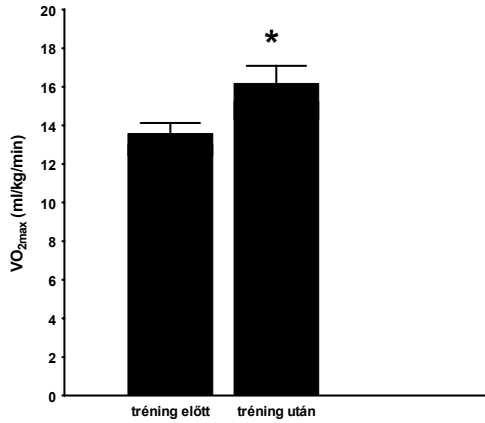
1. ábra Az anaerob küszöbnél mért teljesítmény a tréning előtt és után. WC - teljesítmény; AT - anaerob küszöb.

mely 30 %-os javulást jelentett. A testtömegre vonatkoztatott relatív teljesítmény az AT-nél 0,59 ($\pm 0,12$) watt/kg-ról 0,80 ($\pm 0,17$) watt/kg-ra változott ($p=0,002$). Az oxigén felvétel szignifikáns növekedést mutatott az anaerob küszöbnél (VO_2/AT) 9,23 ($\pm 1,26$) ml/kg/perc-ről 11,30 ($\pm 1,76$) ml/kg/perc-re ($p=0,02$) változott, ami 22,4 %-os növekedést jelent (2. ábra).



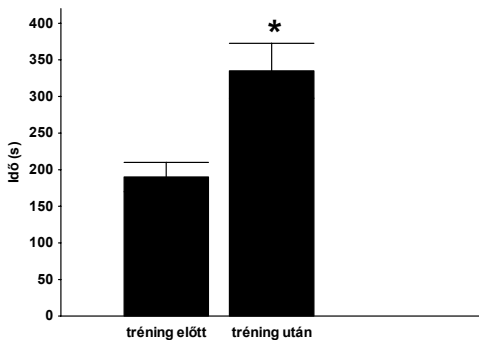
2. ábra A testtömegre vonatkoztatott oxigén fogyasztás alakulása az anaerob küszöbnél, a tréning előtt és után. VO_2 - oxigén fogyasztás; AT - anaerob küszöb.

Az AT-nél mért VO_2 a nyolc hetes tréning előtt a VO_{2max} 71 %-ának felelt meg és a tréning program végén 74 %-ra változott. A VO_{2max} változása szintén jelentős volt: 13 ($\pm 1,4$) ml/kg/perc-ről 15,23 ($\pm 2,3$) ml/kg/perc-re növekedett (3. ábra). Ez az érték 17 %-os növekedést mutat.



3. ábra A testtömegre vonatkoztatott maximális oxigén felvétel mértéke a tréning előtt és után. VO_2 - oxigén felvétel.

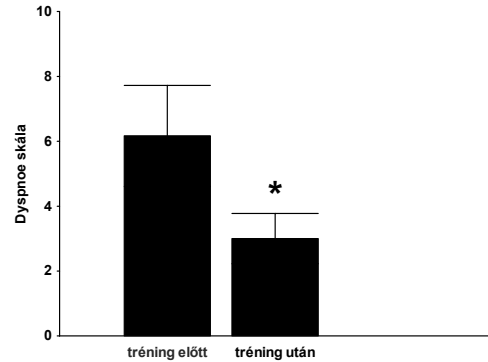
Szignifikáns növekedést találtunk az AT elérésének idejében is a tréning után (4. ábra).



4. ábra Az anaerob küszöb elérésének ideje (ATt) a tréning előtt és után.

Az ATt a bemelegítés utáni 190 (± 49) s-ról 335 (± 64) s-ra emelkedett ($p=0,02$), azaz 74%-al változott. Mindezek mellett a maximális teljesítmény és a maximális terhelési idő gyakorlatilag nem változott.

Jelentős, statisztikailag szignifikáns változást találtunk a maximális terhelésnél a nehézlégzés szubjektív megítélésében (5. ábra), értéke 6,17 ($\pm 3,8$)-ról 3 ($\pm 1,9$)-ra csökkent ($p=0,048$).



5. ábra A nehézlégzés szubjektív megítélése a maximális teljesítménynél, 10 pontos dyspnoe skálán a tréning előtt és után.

Ez a változás 52 %-os csökkenést jelent. A láb fáradás szubjektív értékelése a maximális teljesítménynél nem változott jelentősen (5,3-ról 5,7-re).

A légzésfunkciós eredmények és a VE_{max} kisfokú pozitív változást mutattak, de az eredmények nem jelentősek.

	FVC l/perc	$FVC\%$	FEV_1 l/perc	FEV_1 %	FEV_1/FVC %	RV l	$RV\%$	VE_{max} l/perc
Tréning előtt Átlag (SD)	2,8 ($\pm 0,87$)	114 (± 20)	2,16 ($\pm 0,72$)	114 (± 20)	76,8 ($\pm 6,0$)	2,44 ($\pm 0,69$)	103 (± 20)	45,8 ($\pm 14,2$)
Tréning után Átlag (SD)	2,96 ($\pm 0,90$)	121 (± 24)	2,27 ($\pm 0,74$)	120 (± 23)	76,3 ($\pm 4,8$)	2,33 ($\pm 0,36$)	99 (± 11)	47,7 ($\pm 9,6$)

I. táblázat Légzésfunkciós átlag értékek a tréning előtt és után: Az értékek mérsékelt, statisztikailag nem szignifikáns növekedést mutatnak. FVC , forszírozott vitálkapacitás; $FVC\%$, forszírozott vitálkapacitás a referencia érték százalékában; FEV_1 , forszírozott kilégzési térfogat az első másodpercben; $FEV_1\%$, az első másodpercben mért kilégzési térfogat a referencia érték százalékában; RV , reziduális térfogat; $RV\%$, a reziduális térfogat a referencia érték százalékában; VE_{max} , maximális percventiláció.

Következtetések

Vizsgálataink arra irányultak, hogy kimutassák egy nyolc hetes aerob tréningprogram hatásait 80 év körüli csoportban. Eredményeink részben megegyeznek Steals és mtsai. (1) eredményeivel, akik átlag 66 éves nőknél hat hónapos közepes intenzitású gyalogló tréninggel 12%-os VO_{2max} növekedést mutattak ki. Annak ellenére, hogy a mi esetünkben a tréning csak 8 hét volt, a VO_{2max} emelkedése meghaladta a fent említett tanulmányban mért változást. Ebben jelentős szerepe lehetett annak, hogy a résztvevők állóképessége a program kezdetén valószínűleg sokkal gyengébb volt, mint a 66 éves nőké. Ezt bizonyítja az a tény, hogy a tréning intenzitását a résztvevők program elején nem voltak képesek az AT-nél meghatározott tréningpulzussal fenntartani. Átlagosan 10%-al alatta teljesítettek, és kb. csak a harmadik héten érték el a célpulzust. A gyenge állóképességet bizonyítja a tréning előtt mért nagyon alacsony VO_{2max} érték, ami nem éri el a független életvitelhez szükséges érték (15-18 ml/kg/perc) (8). A csoport eredménye jelentősen elmarad Malatesta és mtsai (9) hasonló korú populációnál mért értékeitől.

Az általunk vizsgált személyek VO_{2max} -a 13 ml/kg/perc volt a tréning előtt, és jelentősen magasabb értéket mutatott a tréning után (15,23 ml/kg/perc). Malatesta és mtsai (9) átlag 83 évesek (10 fő) állóképességét felmérve 23,12 ml/kg/perc VO_{2max} értéket regisztráltak. A felmérésben résztvevők mind önálló független életvitellel rendelkeztek, szemben a mi tanulmányunkban szereplőkkel, akik egy szociális otthon lakói voltak, és a tréning után sem közelítették meg a francia eredményeket. Pimentel és mtsai. (10) 60 és 75 év közötti nem sportoló egyéneken átlag 28,1 ml/kg/perc VO_{2max} értéket mértek. A szerzők többszörös regressziós analízissel azt is kimutatták, hogy a VO_{2max} értékét leginkább meghatározó tényező az életkor (55%-ban). Tanulmányunkban a VO_{2max} értékének csökkenését 10 évenként értékelték (21-74 év). A 30-39 éves periódusban a csökkenés mértéke az előző tíz éves időszakhoz képest 2,4 ml/kg/perc, a következő periódusokban 4 és 2,9, és a 60-70 év közötti időszakban 5,6 ml/kg/perc volt a megelőző 10 évhez viszonyítva. Ezek alapján, az általunk mért értékek a normál érték alattinak látszanak a tréning előtt és a tréning után is. Ha az általunk mért kiindulási

értékeket normálisnak tekintjük, akkor ebben az évtizedben a VO_{2max} csökkenésének üteme sokkal nagyobb, mint az előzőben. Ezt mutatják Wisén és mtsai. eredményei is (11), amelyek szerint a negatív korreláció az életkor és a metabolikus equivalens-ben (MET) kifejezett VO_{2max} között nem lineáris, a MET értéke az életkor növekedésével egyre nagyobb mértékben csökken. Tanulmányunkban a 70-79 éves csoport maximális MET értéke 6,3 volt, 1,6-el alacsonyabb, mint a megelőző évtizedben. Feltételezve, hogy a VO_{2max} csökkenésének mértéke fokozódik a 80 év fölöttiekénél, a tanulmányunkban a tréning után mért VO_{2max} értéket MET-be átszámítva, megközelítőleg azonos értékeket kapnánk (4,35 MET). A csökkenés mértéke ebben az esetben 2 MET lehet. Pimentel-hez hasonlóan Trooster és mtsai. is az életkort találták a legfontosabb tényezőnek a teljesítmény alakulásában (12). Munkájukban hat perces gyalogló teszttel mérték a teljesítményt 50-85 év között. A megtett táv az életkorral jelentősen csökkent.

A kardiopulmonális állóképesség javítása érdekében Sue és mtsai. (13) arra mutattak rá, hogy chronikus obstruktív tüdőbetegek tréningprogramjában az AT körüli, sőt azt meghaladó intenzitású aktivitásnak van jelentős tréninghatása. Tanulmányunkban a tréning intenzitását az AT-nél mért szívfrekvenciában maximáltuk. Az AT-nél mért VO_2 a VO_{2max} 71 %-ának felelt meg. Gass és mtsai. (8) 56-75 éves férfiak 12 hetes tréningprogramjának eredményeit értékelve kimutatták, hogy sem a VO_{2max} 70%-ának, sem az 50%-ának megfelelő intenzitású tréning hatására nem változtak a légzésfunkciós paraméterek, de mind a teljesítmény, mind a VO_{2max} szignifikáns növekedést mutatott. Eredményeik szerint mindkét intenzitással tréningező csoportnál közel azonos mértékű változások következtek be a vizsgált paraméterekben. A szerzők eredményei alapján a közepes intenzitású tréning is kedvező hatású az idősebb korosztályban, és biztonságos edzéstervezésre ad lehetőséget. A tréning intenzitása az általunk vizsgált csoportban a VO_{2max} 71 %-ának felelt meg, és a tréning után 74 %, alig változott.

A megnövekedett VO_{2max} ellenére a WC_{max} (78,5 watt) mértéke nem változott a tréninget követően. Jelentős változást találtunk azonban az AT-re jellemző paraméterekben. A VO_2/AT statisztikailag is szignifikáns

növekedést mutatott. Ezzel párhuzamosan jelentősen növekedett a teljesítmény (WC/AT) és az AT elérésének ideje (ATt). Ezek a változások, valószínűleg azzal magyarázhatók, hogy a tréning hatására jelentősen nő az oxigén felvétel a periférián, mint azt Mc Guire és mtsai. tanulmányukban bizonyították (14). Egy 30 éves utánkövetéses tanulmányban kimutatták, hogy az életkorral összefüggő VO_{2max} csökkenése sokkal inkább a perifériás oxigénfogyasztás, mint a verőtér fogat csökkenésének köszönhető. Ugyanezen szerzők egy másik tanulmányukban azt bizonyították (15), hogy hat hónapos állóképességi tréning, a perifériás mechanizmuson keresztül helyreállította az életkornak megfelelő VO_{2max} -ot. A fentiek alapján feltételezzük, hogy az AT-nél bekövetkező pozitív változások a VO_2/AT és a WC/AT értékeiben, az izomanyagcsere javulásával magyarázhatók. Ezt a feltételezést támasztja alá az is, hogy sem a maximális percventillációban, sem a légzésfunkcióban nem találtunk szignifikáns változást a tréning hatására.

Annak ellenére, hogy a maximális terhelhetőség nem változott, a terhelés mértékének szubjektív megítélésében jelentős változást találtunk. A résztvevők jelzése alapján a változatlan lábfáradás mellett, a terhelési toleranciát a légszomj kevésbé befolyásolta a program után. Ez az eredmény egy jobb légzésmechanikát látszik igazolni.

Az állóképesség javulására jellemző paraméterek, tanulmányukban eltérő mértékben változtak. A legnagyobb változás az ATt-ben mutatkozott, 74%-os növekedés, ez azonban óvatosan értékelendő, tekintettel a rendkívül alacsony kiindulási értékre. A tréning program előtt az anaerob küszöböt alig több mint három perc alatt elérték. Ez a nagymértékű javulás is a résztvevők gyenge kezdeti állóképességét bizonyítja, amit a fentebb említett nagyon alacsony VO_{2max} is alátámaszt. A maximális teljesítményt limitáló tényezők közül a nehézlégzés szubjektív megítélése 52 %-al csökkent a tréning hatására. Ez a második legnagyobb változás.

Irodalom:

1. American College of Sport Medicine: The recommended quality and quantity of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness in healthy adults. *Med Sci: Sports Exerc*, 1990, 22: 265-274;

Ezzel párhuzamosan a VO_{2max} csak 17 %-al növekedett. A két mutató közötti jelentős különbséget magyarázza, hogy a szubjektív dyspnoe index csak 10 pontos skálán mozog, ami sokkal kisebb differenciálásra ad lehetőséget, mint az oxigén felvétel korrekt mérése. Másrészt, a résztvevők a javulást sokkal intenzívebbnek érzik, mint azt az objektív eredmények magyarázzák. A mindennapi aktivitást, az életvitelt leginkább meghatározó értékek, a VO_2/AT 22,4 %-os és a WC/AT 30 %-os növekedése. Ennek a két paraméternek a változása közelíti meg legjobban egymást.

Összegzés

Tanulmányunk eredményei azt bizonyítják, hogy a nyolcvan éves korosztály állóképessége egy nyolc hetes kerékpár tréninggel jelentősen növelhető, ami elsősorban az anaerob küszöb időbeli eltolódásában mutatkozik meg. A résztvevők hosszabb idő után, nagyobb oxigén felvétel mellett, és nagyobb teljesítménnyel érik el az anaerob küszöböt. A maximális oxigén felvétel jelentős emelkedése ellenére, ennyi idő alatt a maximális teljesítmény nem változik jelentősen. Ezzel együtt azonban a maximális fizikai teljesítményt limitáló légszomj szubjektív megítélése számottevően csökken. Kérdéses, hogy egy hosszabb távú fizikai állóképességi tréning, növelné-e jelentősen a maximális teljesítményt?

Tanulmányukban csak hat fő teljesítette sikeresen a nyolc hetes tréninget. Általános érvényű következtetésekhez ennél nagyobb számú vizsgálatra volna szükség. Igen nehéz azonban összeállítani ebben az életkorban olyan egészséges aktív csoportot, akik képesek és hajlandók egy ilyen komoly fizikai megterheléssel járó programot végrehajtani.

Az érintett korosztály alacsony VO_{2max} értéke arra figyelmeztet, hogy a tréning összeállítását nagy körültekintéssel kell elvégezni, és a tréning intenzitását csak lassan, fokozatosan lehet növelni.

2. Van Pelt RE, Evans EM, Schechtman KB. et al.: Contributions of total and regional fat mass risk for cardiovascular disease in older women. *Am. J Physiol Endocrinol Metab*, 2002, 282: 1023-1028;
3. Van Pelt RE, Evans EM, Schechtman KB. et al.: Waist circumference vs body mass index for prediction of disease risk in postmenopausal women. *Int J Obes*, 2001, 25: 1183-1188;
4. Kohrt WM, Ehsami AA, Birge SJ: HRT preserves increases in bone mineral density and reduction in body fat after a supervised exercise program, *J. Appl. Physiol.* 1998, 84(5): 1506-1512;
5. Evans E, van pelt RE, Binder EF et al: Effects of HRT and exercise training on insulin action glucose tolerance, and body composition in older women. *J Appl Physiol*, 2001, 90: 2033-2040;
6. Sue DY, Wasserman K, Moricca RB, Casabury R: Metabolic acidosis during exercise in patients with chronic obstructive pulmonary disease: use of the V-slope method for anaerobic threshold determination. *Chest*, 1988, 94: 931-938;
7. Dickstein K, Bravik S, Aarsland T et al: Validation of a computerized technique for determination of the gas exchange anaerobic threshold in cardiac disease. *Am J Cardiol*, 1990, december 1: 1363-1367;
8. Paterson DH, Cunningham DA, Koval JJ et al: Aerobic fitness in population of independently living men and women aged 55-86 years. *Med Sci Sports Exerc*, 1999, 31: 1813-1820;
9. Malatesta D, Simar D, Dauvilliers Y, Candau R, Saad HB, Préfaut C, Caillaud C: Aerobic determinants of decline in preferred walking speed in healthy, active 65- and 80-year-olds. *Eur J Physiol*, 2004, 447: 915-921;
10. Pimentel AE, Gentile CL, Tanaka H et al: Greater rate of decline in maximal aerobic capacity with age in endurance-trained than in sedentary men. *J Appl Physiol* 2003, 94: 2406-2413;
11. Wisén AGM, Farzadaghi RG, Wohlfart B: A novel rating scale to predict maximal exercise capacity, *Eur J Appl Physiol*, 2002, 87: 350-357;
12. Trooster T, Gosselink R, Decramer M: Six minute walking distance in healthy elderly subjects, *Eur Respir J*, 1999 Aug, 14(2): 270-274;
13. Gass G, Gass E, Wicks J et al: Rate and amplitude of two intensities of exercise in men aged 65-75 yr. *Med sci sports exerc*, 2004, 36/10: 1811-1818;
14. McGuire DK, Levine BD, Willison JW et al: A 30-years follow-up of Dallas Bedrest and Training Study. I. Effect of age on the cardiovascular response to exercise. *Circulation*, 2001, 104: 1350-1357;
15. McGuire DK, Levine BD, Willison JW et al: A 30-years follow-up of Dallas Bedrest and Training Study. II. Effect of age on the cardiovascular adaptation to exercise training. *Circulation*, 2001, 104: 1358-1366;

The exercise capacity of the 80 age-old people

Barnai, M.

University of Szeged Faculty of Health Sciences, Department of Physiotherapy

e-mail: barnai@efk.u-szeged.hu

Keywords: exercise tolerance; oxygen uptake; aerobic training, aging

Summary

Introduction: The possibilities to increase of the physical performance in older people has been excited world-wide. Many studies have focused on the postmenopausal women's health or on the 60-70 year-old population, however there are only a few available about much older people.

Goal: To investigate the effect of an exercise training on the physical capacity in healthy eighty year-old people. The objective and subjective parameters were investigated which reflected the effect of an endurance training program.

Methods: Nine healthy subjects aged 80 yr (76-83 yr) with a normal range of lung function, participated in a cycle ergometer training program, three times per week, for 8 wk. The lung function, the peak exercise capacity on an ergospirometer, the range of a subjective dyspnoea and legs fatigue were measured before and after the training program.

Statistical analysis: Results were analysed by Student-T test.

Results: Six persons performed the total program. Significant increasing were found in the oxygen uptake at the anaerobic threshold and at the maximal load ($p < 0,05$) after the training program. The working capacity at the anaerobic threshold, and the anaerobic threshold time increased significantly too. Range of dyspnoea index was lowered ($p < 0,05$) after the program. The maximal working capacity has not changed.

Conclusion: Our results verify that the physical endurance may be significantly increased by an eight week training even in octogenarians. The improvement manifests in the displacement of the anaerobic threshold, and the increase in the peak oxygen uptake, but the maximal physical capacity remains unchanged.

A lumbális gerinc stabilizáló tréningprogramjának hatása a testtartás kontrollra

Preszneré Domján Andrea - Nagy Edit

főiskolai tanársegéd – főiskolai adjunktus

Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Fizioterápiás Tanszék

e-mail: andrea@efk.u-szeged.hu, nedit@efk.u-szeged.hu

Kulcsszavak: testtartás kontroll, stabilizáló tréning, hasizmok, poszturográfia

Összefoglalás

Bevezetés: A posturális izmok tónusa nyugodt állás közben is biztosítja a törzs stabilitását. Számos vizsgálat igazolta, hogy a végtagok mozgását megelőzi az abdominális izmok előkészítő törzs stabilizáló kontrakciója, tehát a végtagok gyors mozgása összefüggésben van a hasizmok kontrakciójával. Tanulmányunk célja az volt, hogy megvizsgáljuk a karlendítés és egy stabilizáló tréning program hatását a test tömegközéppont kilengésére.

Módszer: A 8 hetes programban 16 egészséges, fokozott gerinctáji terhelésnek kitett, középkorú (43.12 ± 2.14 év), idősek otthonában dolgozó önkéntes nő vett részt. A testtartás-stabilitást - a test tömegközéppont által bejárt utat, medio-laterál és antero-posterior irányban, illetve a maximális amplitúdót - a program előtt és után stabilométer segítségével mértük, nyugodt és hirtelen karemeléssel megzavart állás során, nyitott és csukott szemmel. Az adatokat variancia analízissel elemeztük

Eredmények: A vizuális kontroll hiánya megnövelte a testtömeg középpont által bejárt utat a tréning előtt, de utána már nem. A hirtelen karemelés szignifikáns növekedést okozott a lengési útban elsősorban antero-posterior irányban. A vizuális kontroll hiánya további növekedést okozott a tréning előtt, ami a tréning után már nem volt látható.

Megbeszélés: Eredményeink felvetik, hogy a speciális stabilizáló tréning megnövelte a poszturális stabilitást nemcsak nyugodt állás során, hanem a karemeléssel megzavart állás során is, mivel résztvevőink jobban tudták kontrollálni a testtömeg középpont elmozdulását. Eredményeinket magyarázhatja a jobb izmok közötti koordináció, és/vagy a jobb szomatoszenzoros információ feldolgozás.

Bevezetés

Napjainkban az egyik leggyakoribb mozgásszervi panasz a derékfájás, ami különösen gyakori a gondozással, betegellátással foglalkozók körében. A tevékenységgel kapcsolatos teendők, mint például a gondozottak emelése, fokozott terhelést jelentenek a mozgásrendszerre, ezáltal növelik a deréktáji panaszok kialakulásának veszélyét (1).

Tanulmányok kimutatták, hogy a derékfájás kialakulásának veszélye megnő, ha az emelést fordulással (2), oldalra hajlással (3), és asszimmetrikus testtartással (4) kombinálják. A fokozott igénybevétel felgyorsítja a gerinc degeneratív elváltozásait,

így gyakori panasz a gerinc arthrotikus elváltozásából fakadó fájdalom. A foglalkozással összefüggő deréktáji panaszok másik oka lehet a gyengült lumbális stabilizáló izomzat (5). Kutatások bebizonyították, hogy a musculus transversus abdominis (Tra) fontos szerepet játszik az ágyéki szakasz stabilizálásában (6,7).

Egy erre vonatkozó tanulmányban, álló testhelyzetben a két felső végtag egyszerre történő, gyors mozgását vizsgálták 3 irányban (flexió, abdukció, extenzió), EMG vizsgálat közben. A kapott eredmények azt igazolták, hogy a végtag mozgásának irányától független volt a mély hasizmok aktiválódása, mely jelentheti, hogy a gerinc stabilitása nem irány specifikus. Vállflexió esetén a testtömeg

középpont előre mozdult el a flexió következtében, míg e reakció pillanatában a törzs hátra és lefelé irányuló mozgást mutatott, előidézve a törzs flexióját és a testtömeg középpont hátrahelyeződését. Ezzel a mozdulattal együtt járt az erector spinae izomzat aktiválódása a végtag mozdulására, melyet a felületes hasizmok követtek. A kétoldalra irányuló abdukció hasonló változásokat váltott ki. A karok extenziós irányú mozgása a törzs ellentétes irányú reakcióját eredményezte. A Tra volt az elsőként aktiválódó ventrális izom minden mozgás irányban. A végtag mozgása együtt járt az intra-abdominális nyomás fokozódásával, s ez a nyomás összefügg a Tra összehúzódásával. E nyomás flexió esetén volt a legnagyobb és a nyomás emelkedését csak a Tra EMG aktivitása előzte meg. A Tra működése független a mozgás irányától, a Tra a lumbális gerinc tartását szabályozza, elősegíti a felületes hasizmok összehúzódását, a thoracolumbális fascia fokozódó feszítésével vagy az intra-abdominális nyomás növelése által (6).

Ausztrál kutatók egészséges és derékfájdalommal küszködő embereket vizsgáltak, mely során azt kutatták, hogyan függ össze az alsó végtag mozgása a törzsizmok időbeli válaszával. A törzsizmok aktivitását EMG-n követték, mely során kiderült, hogy a törzsizmok aktiválódása megelőzte az alsó végtag mozgásának izomválaszait. Összehasonlítva a beteg és egészséges embereket bebizonyosodott, hogy a Tra aktivitásának EMG jele késett a derékfájós betegek körében, és feltételezik, hogy a Tra megkésett kontrakciója a gerinc izmok általi elégtelen stabilizációját eredményezi (7).

Célkitűzés

Tanulmányunk célja a szegedi Egyházmegyei Krízishelyzet-megoldó Szeretetotthon dolgozói számára szervezett egészségmegőrző gyógytorna program hatásának vizsgálata, melynek során a törzsizmok célzott tréningjének hatását vizsgáltuk a testtartás kontrollra.

Módszer

Alanyok:

16 egészséges, középkorú önkéntes dolgozó nő vett részt a tornaprogramban. A résztvevőket a vizsgálat előtt tájékoztattuk a

mérésről, amihez beleegyezésüket adták. A résztvevők átlagéletkora 43 év volt.

A tréning:

A tornaprogram általános állóképesség javító, testtartásjavító, mozgáskoordinációt fejlesztő, relaxációs elemeket tartalmazott, és nagy hangsúlyt fektettünk a törzsizmok célzott tréningjére, erősítésére. A program 8 héten át, heti két alkalommal egy órán át tartott.

Mérési módszer:

A program előtt és után testtartás kontroll vizsgálatot végeztünk az egyensúlyi paraméterek regisztrálására. A statikus egyensúlyt stabilométerrel mértük (ZWE-PII), mely egy erőmérő platformból és a hozzá tartozó szoftverből áll, a testtömeg középpont platformra vetített kitéréseit méri és a kitérések 95%-át tartalmazó kör sugarát rögzíti.

Vizsgálatunkat elvégeztük nyugodt állás közben Romberg helyzetben és gyors karemeléssel megzavart állás során. A vizsgálatot nyitott és csukott szemmel is elvégeztük, a mérés időtartama 20 s volt.

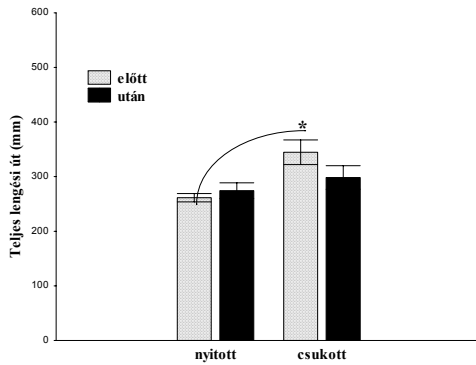
A karemeléssel megzavart állás során a 20 s-os mérési időtartam alatt az 5., a 10. és a 15. mp-ben akusztikus ingerre a karok gyors emelése, majd lassú leengedése volt a feladat, a karok emelése a vállízületek 90 fokos flexiós helyzetéig történt. A hirtelen, gyors karemelés kibillenti a testtömeg középpontot centrális helyzetéből, ez a kitérés stabilométerrel jól regisztrálható.

Analizáltuk a teljes lengési utat, a maximális kitérést antero-posterior és medio-laterális irányokban, a kapott adatokat variancia analízissel értékeltük.

A program előtt és után kérdőíves vizsgálatot végeztünk, melyben rákérdeztünk a munkavégzés közben tapasztalt mozgásszervi panaszokra is, köztük a derékfájásra.

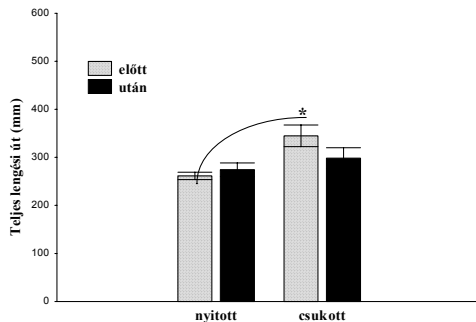
Eredmények

A tréningprogram előtt nyugodt állás közben a testtömeg középpont által bejárt teljes lengési út szignifikánsan megnőtt a vizuális kontroll hiányában, ugyanakkor a tornaprogram után a lengési út növekedése már nem volt szignifikáns.



1. ábra Nyugodt állás közben, nyitott és csukott szemmel mért teljes lengési út a tornaprogram előtt és után.

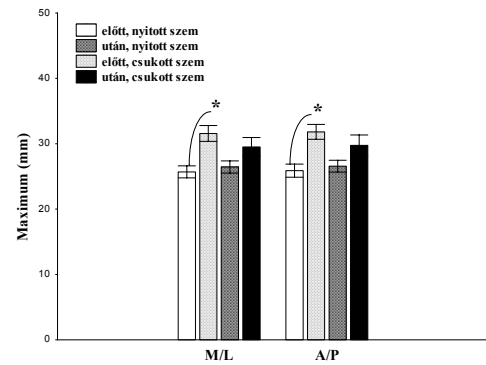
A karemeléssel megzavart állás közben a teljes lengési út a tréningprogram előtt megnőtt csukott szem esetén, azonban a torna után a lengési út növekedése szintén nem volt szignifikáns.



2. ábra Karemeléssel megzavart állás közben, nyitott és csukott szemmel mért teljes lengési út a tornaprogram előtt és után.

Gyors karemelés hatására a tornaprogram előtt a testtömeg középpont maximális kitérése mind antero-posterior, mind medio-laterális irányban szignifikánsan megnőtt csukott szem esetén, míg a tornaprogram után a vizuális kontroll hiánya már nem okozott szignifikáns változást a maximális kitérésben egyik irányban sem. A torna előtti és utáni csukott szemmel mért adatokat összehasonlítva látható, hogy csökkent a kitérés, és bár a maximális amplitúdó csökkenése nem szignifikáns, de javuló tendenciát mutat.

A kérdőíves vizsgálat szerint a 16 résztvevő közül 9-en számoltak be rendszeres derékfájásról munkavégzésük során a tornaprogram előtt, a program után megismételt kérdőíven valamennyien deréktáji panaszaik csökkenéséről számoltak be.



3. ábra Karemeléssel megzavart állás közben nyitott és csukott szemmel mért maximális amplitúdó a tornaprogram előtt és után

Megbeszélés, következtetések

Eredményeink felvetik, hogy a fizikai tréning növeli a testtartás stabilitást nem csak nyugodt állás során, hanem a hirtelen karlendítéssel megzavart szituációban is, mivel a tornaprogramot követően vizuális kontroll nélkül sokkal jobban tudták kontrollálni a résztvevők az egyensúlyukat.

A kérdőíves vizsgálat ide vonatkozó eredményei is a derékfájdalom csökkenéséről tanúskodnak, mely eredmények összecsengnek Hides és mtsai vizsgálataival, akik szintén speciális stabilizáló gyakorlatok hosszú távú hatásait vizsgálták akut derékfájás esetén (8). Kérdőíves vizsgálatuk szintén arról számol be, hogy a deréktáji panaszok kiújulása kisebb mértékben fordult elő a tornázó csoportban. Hosszú távú eredményeik felvetik, hogy a speciális mozgásterápia együtt alkalmazva a gyógyszeres kezeléssel és a normál aktivitás újratevésével sokkal hatásosabb a derékfájás kiújulásának csökkentésében, mint a gyógyszeres kezelés és a normál aktivitás önmagában.

Egy másik tanulmányban szintén a fizikai tréning hosszú távú hatását vizsgálták a szerzők (9). A speciális torna egy és tíz éves után követése egyértelműen annak kedvező hatását igazolta mind a deréktáji fájdalom csökkenésében, mind a mindennapi tevékenységre gyakorolt előnyök tekintetében. Vizsgálatunk a speciális torna rövid távú, pozitív hatásait egyértelműen igazolta, a tartós előnyök megjelenésére azonban egy hosszabb tréningprogram lenne szükség.

Eredményeinket magyarázhatjuk azzal, hogy a torna hatására javult a szomatoszenzoros információfeldolgozás és/vagy javult az izmok közötti koordináció. Ennek eldöntése további vizsgálatot igényel.

Irodalom

1. W.S. Marras, S.A. Lavender, S. Leurgans, et al.: Biomechanical risk factors for occupationally related low back disorder risk. *Ergonomics*, 1995, 38, (2), 377-410.
2. K.L. Kelsey, P.B. Githens, A.A. III White, et al.: An epidemiologic study of lifting and twisting on the job and risk for acute prolapsed lumbar intervertebral disc. *J. Orthop. Res.*, 1984, 2 (1), 61-66.
3. L. Punnett, L.J. Fine, W. M. Keyserling et al.: Back disorders and non-neutral trunk postures of automobile assembly workers. *Scand. J. Work Environ. Health*, 1991, 17, 337-46
4. W.S. Marras, S.A. Lavender, S. Leurgans, et al.: The role of dynamic three-dimensional trunk motion in occupationally related low back disorders: the effects of work place factors, trunk position and trunk motion, characteristics on risk of injury. *Spine*, 1993, 18, (5) 617-628
5. K.P. Granata, S. E. Wilson: Trunk posture and spinal stability. *Clinical Biomechanics*, 2001, 16, 650-659.
6. P.W. Hodges, C.A. Richardson: Feedforward contraction of transversus abdominis is not influenced by the direction of arm movement. *Exp. Brain Res.* 1997, 114, 362-370.
7. P.W. Hodges, C.A. Richardson: Inefficient muscular stabilization of the lumbar spine associated with low back pain. A motor control evaluation of transversus abdominis, *Spine*, 1996, 21 (22), 2640-50
8. J.A. Hides, G.A. Jull, C.A. Richardson: Long-term effects of specific stabilizing exercises for first-episode low back pain. *Spine*, 2001, 26(11), 243-8.
9. I. Maul, T. Laubli, M. Oliveri, H. Krueger: Long-term effects of supervised physical training in secondary prevention of low back pain. *Eur Spine J.*, 2005.02.16. Epub.

The effect of a lumbar stabilizing training program on postural control

Presznerné Domján, A. - Nagy, E.

University of Szeged Faculty of Health Sciences, Department of Physiotherapy

e-mail: andrea@efk.u-szeged.hu, nedit@efk.u-szeged.hu

Keywords: postural control, stabilizing training, abdominal muscle, posturography

Summary

Introduction: Rapid movement of the arm or leg is associated with contraction of the abdominal muscles prior to or shortly after the contraction of the muscles responsible for the initiation of the limb movement. This anticipatory contraction of the abdominal muscles is thought to contribute to preparatory stabilisation of the spine against reactive forces resulting from the limb movement. The purpose of this study was to investigate the effect of the arm swing and physical exercise on the postural stability.

Method: Subjects: 16 healthy middle-aged (43.12 ± 2.14 years) voluntaries were involved in the study. Static postural stability was measured during standing on a force platform, and the effect of a rapid shoulder flexion on the sway parameters (displacement of centre of mass) was determined in medio-lateral (ML) and antero-posterior directions (AP). The subjects have taken part in a lumbar stabilisation

program for 8 weeks. The posturographic measurements were performed before and after the training program. The data were processed by analysis of variance.

Results: The absence of the visual control caused an increase in the body sway during the quiet standing before but not after the training programme. The arm movement caused a significant increase in the sway mainly in the anterior-posterior direction. The lack of the visual control initiated a further increase of the maximal amplitude in forward direction before the training. This significant difference has vanished after the training.

Discussion: Our results suggest that physical training increased the postural stability not only during quiet standing but also at dynamic perturbations, because without visual control the subjects were more able to control the movement of their centre of mass. Our findings can be explained by the improved somatosensory inputs and/or the coordination among muscle.

Egy lakásépítési program tanulságai

Oraveczné Bodor Piroska

terepkoordinátor

Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék

email: oraveczne@efk.u-szeged.hu

Kulcsszavak: lakáspolitikai, tulajdon, bérlakás, lakásprivatizáció, lakásépítési projekt, lakásépítési kedvezmény, strukturált interjú, közösségi szociális munka, szociálpolitika, állami hitelgarancia, kamattámogatás, lakbértámogatás

Összefoglalás

Magyarországon a rendszerváltást követő évtizedben a felsőbb jövedelmi kategóriákba tartozók kivételével a saját tulajdonú lakás megszerzéséhez igen kedvezőtlen volt a gazdasági környezet, s a lakásprivatizáció után megmaradt bérlakás-állomány csekély mobilitása mellett önkormányzati bérlakáshoz is szinte lehetetlen volt hozzájutni.

A 90-es évek közepén a legszegényebbek lakásproblémáinak megoldására nem volt átfogó program, legfeljebb néhány helyi kezdeményezés. Jelen tanulmányban egy kiskunhalasi lakásépítési program lebonyolítását, valamint a szociális munka és szociálpolitika számára fontos tanulságait kívánom bemutatni.

Módszerként elsősorban strukturált interjúkat használtam, amelyeket az építőközösség tagjaival és a projekt vezetőjével készítettem az építkezés kezdetén 1995-ben, valamint utánkövetés céljából 2004 őszén. Információkat gyűjtöttem továbbá a települési önkormányzattól, valamint az építkezéshez kapcsolódó dokumentumokat tanulmányoztam.

A Kiskunhalasi Családsegítő Szolgálat vezetőjének kezdeményezésére és az ő irányításával indult egy lakásépítési program, melyet az önkormányzat ingyenes közművesített telkek biztosításával, valamint egy alapítvány létrehozásával, s ennek keretében történő közösségi szervezéssel és minimális helyi lakásépítési támogatással segített. Pályázati úton nyolc roma és nyolc magyar három vagy több gyermekes család került az építőközösségbe, akik vagy nagyon rossz lakáskörülmények között éltek, vagy létfenntartásukat veszélyeztető összegű albérleti díjat fizettek. A finanszírozás alapja a lakásépítési kedvezmény volt. Az építkezés harmincöt százalékos készülségi fokig szükséges fedezetét – amikor már a lakásépítési kedvezmény is igényelhető - pályázati úton, helyi önkormányzati támogatással és igen sok saját munkával teremtették meg. Dolgozatomban bemutatom a közösségi szervezésben rejlő garanciákat, nehézségeket és buktatókat, s a közösségi szociális munkának e program során megvalósuló és kimaradó lehetőségeit. Az írásomban részletesen taglalt problémák ellenére példaértékű, másutt is jól hasznosítható kezdeményezésnek tartom, s több szakterület számára megfontolásra ajánlom. Végül az önkormányzati telkeken az eredeti tervnél kettővel kevesebb, összesen tizennégy 71 négyzetméteres, a kor színvonalának megfelelő, jó minőségű lakás épült fel, amelyek a felnövekvő gyermekek számára sokkal jobb feltételeket biztosítanak a tanuláshoz és a pihenéshez, így életésélyeik jelentős mértékben növekedtek. Az utánkövetés során kiderült, hogy a családok többsége lehetőségeihez mérten elég jól tudott élni a lakással együtt megszerzett eséllyel, amely főként a gyermekek tanulásának szorgalmazásában, több roma és magyar gyermek sikeres középiskolai tanulmányában nyilvánul meg.

E projekt és egy röviden vázolt, Kiskunhalason most szerveződő másik lakásprogram alapján olyan szociálpolitikai következtetéseket fogalmazok meg, amelyek segítenének abban, hogy a lakástámogatások az alsóbb jövedelmi kategóriákba is eljussanak. Javaslataim első lakás vásárlásánál az önerő állami

garanciavállalással való kiváltására - a rászoruló körében mindez kamattámogatással való megvalósulással -, a teljes lakásépítési kedvezmény használt lakások vásárlásához való felhasználására, s a lakbértámogatás bevezetésére vonatkoznak. Ezen elképzelések egy részét tartalmazza a Nemzeti Lakásprogram, s néhány elemét a 2005-ös kormányzati elképzelések, de a megvalósulás és annak mértéke 2004 végén, a kézirat lezárásakor még bizonytalan. A projektből levonható szociálpolitikai következtetések azt támasztják alá, hogy a fenti eszközök megnövelnék a helyi kezdeményezések mozgásterét is.

1. Bevezetés

Magyarországon már a rendszerváltást megelőző években is nehéz volt lakáshoz jutni, s ez a helyzet az utána következő időszakban tovább romlott. A lakásár - jövedelem olló még szélesebbre nyílt, a létfenntartási kiadások gyors növekedése és a reálbérek csökkenése következtében a megtakarítások lehetősége elenyészővé vált, s a munkanélküliség illetve a munkahely elvesztésétől való félelem, valamint a magas kamatszintek sem jelentettek kedvező gazdasági környezetet a saját tulajdonú lakás megszerzéséhez azok számára, akiknek még egyáltalán nem volt lakásuk (1). A kedvezőtlen változások érzékenyen érintették a középosztály egyre lejjebb csúszó rétegeit is, de nekik mégis volt valamikora esélyük az elfogadható színvonalú lakhatás lehetőségének megteremtésére korábbi tartalékaik mobilizálásával, megkapaszkodással és jövedelmük növelésével, családi összefogással és kapcsolatrendszerük működtetésével. Sokak számára átmenetileg ez az albérletet vagy lakásbérletet jelentette. Az önkormányzati bérlakáshoz való hozzájutás szinte lehetetlennek bizonyult, mivel ilyen lakások évek óta nem épültek, s a 90-es évek első felében zajló nagyarányú lakásprivatizáció következtében a megmaradt igen kevés önkormányzati bérlakásban is minimális volt a mobilitás (2). E körülmények folytán a legszegényebb társadalmi csoportok tagjai közül sokan nélkülözték az egészséges, regenerálódást biztosító lakást. A szociális területen dolgozók gyakran találkoztak akkor is és sajnos még ma is emberi lakhatásra alkalmatlan, zsúfolt és egészségtelen hajlékokban élő családokkal.

Írásomban az 1990-es évek közepén tapasztalható helyzetből indulok ki, amikor néhány helyi kezdeményezéstől eltekintve szinte semmi sem történt az országban a legnehezebb helyzetben lévő lakáshelyzetének megoldása érdekében, s e

téren lényeges változás azóta sem tapasztalható (3). Itt egy helyi kezdeményezést, egy általam nagyra értékelt projektet mutatok be, amelynek utánkövetését 2004 őszén végeztem el. Ez a lakásépítési program 1995-től 1997-ig zajlott Kiskunhalason, amely igen sok tanulsággal szolgál mind a lebonyolítás módját, mind a családok életesélyeinek változását illetően, amely az eltelt évek során markánsan kirajzolódott. E tanulságokat kívánom bemutatni, valamint azokat a következtetéseket, amelyek a lakáspolitikai alakítói számára is fontosak lehetnek.

2. A projekt megismerésének módszerei

E projektet nyomon követtem az indulásától kezdve, találkoztam és strukturált interjút készítettem a benne résztvevő családokkal az építkezés során, s hét évvel később utánkövetés céljából. Az első időszakban a lakásépítés és vásárlás támogatásáról szóló helyi rendeletet, a források bővítése érdekében készített pályázatokat, az építőközösségbe kerülés feltételeinek kiírását, a kiválasztás szempontjait, s minden hozzáférhető dokumentumot tanulmányoztam. Az építőközösség megalakulása után annak tagjaival készült strukturált interjúim amennyiben megoldható volt az akkori lakókörnyezetükben készültek, így fel tudtam térképezni lakáskörülményeiket. Kérdéseim elsősorban az akkori lakhatási lehetőségük jogcímére, stabilitására, a család összetételére, jövedelmeikre, megtakarításaikra és terveikre vonatkoztak.

A projekt vezetőjével a munka különböző fázisaiban beszélgettem, s a terepet is többször bejártuk. Tőle hasznos információkat kaptam a szervezés módjáról, a beszerzésekről, az építőközösség tagjainak saját munkájáról, a nehézségekről és azok megoldásáról, a buktatókról és a garanciák szerepéről. Az építkezés során is találkoztam és beszélgettem az építőközösség néhány tagjával, széleskörű információgyűjtésre törekedtem. 2004 őszén

strukturált interjúmban az iránt érdeklődtem, hogy milyen nehézségeket jelentett a berendezkedés, s jelent a lakás fenntartása, hogyan változott az eltelt időszakban a család összetétele, van-e állandó munkaviszonyuk illetve milyen jövedelmekből élnek, s hogyan alakultak a gyermekek tanulmányai. Ekkor már jól látszott, hogy életük nagy esélyét kihasználva vagy elszalasztva hová jutottak. Bármilyen visszasan cseng az „életük nagy esélye”, de sajnos igaz, mert a mai Magyarországon a lakás nem egyszerűen a lakhatás célját szolgáló eszköz, a finanszírozás nehézségei miatt sokak számára életmű lett belőle.

3. Az 1990-es évek lakáspolitikájának a projekt létrehívása szempontjából fontos aspektusai

Magyarországon a lakásprivatizáció után európai mércével mérve is jelentéktelenné zsugorodott a bérlakásszektor. A megmaradt bérlakásokban a bérlők többsége teherviselő képességének korlátai miatt politikailag kockázatos lett volna az üzemeltetési és karbantartási szükségletekhez igazodó reális színvonalú lakbérek bevezetése, ami az épületek gyors állagromlását eredményezte (4). A megmaradt bérlakás-állomány többnyire igen, de nem minden esetben szociális célokat elégitett ki. Az önkormányzati bérlakás esetében a „szociális célú” támogatás a lakáshoz kötődött a kedvező, piaci árak töredékéeként megjelenő - igaz, alacsony színvonalú szolgáltatást vagy még azt sem fedező - lakbér formájában. Speciális esetekben előfordult már akkor is, hogy a családok előtakarékoság feltételével és meghatározott ideig vehették igénybe a lakásokat, például az ifjúsági garzonok esetében. A lakásprivatizáció után megmaradt bérlakásokban azonban többnyire kvázi tulajdonjogokkal laktak a bérlők, a bérleti jognak piaci értéke volt. A rendszerbe nem építették be a jogosultság szociális szempontok szerinti néhány évenkénti felülvizsgálatát. Az önkormányzati bérlakásokban igen kedvező lakbérért tehát olyanok is laktak, akik képesek lettek volna a piaci lakbérek megfizetésére, esetleg saját tulajdonú lakás vásárlására, míg az igazán rászoruló családok gyakran szívességi lakáshasználóként zsúfolt, egészségtelen hajlékokban éltek, hiszen jövedelmük nem volt elegendő a legegyszerűbb albérlet finanszírozására sem.

Akik pedig erőn felül megfizették a piaci lakbért, képtelenek voltak előtakarékosággal megteremteni a saját lakás vásárlásához szükséges önerőt.

A fenti leírással a projekt indulásakor, 1995-ben tapasztalható helyzetet kívántam – minthogy a kérdés ennél komplexebb - csupán vázolni, konzekvensen múlt időben. Nehezemre esett a múlt idő használata, hiszen ma is pontosan ezeket állapíthatjuk meg. Szerencsére annyit hozzátehetünk, hogy a Nemzeti Lakásprogramban már látszanak kitörési pontok.

Az 1990-es évek közepén a megemelt lakásépítési kedvezmény segítségével juthattak a családok saját tulajdonú lakáshoz, amely csak új lakás építése vagy vásárlása esetén volt hozzáférhető. Egy gyermek esetén 200.000 forint, két gyermeknél 1.200.000 forint, három gyermeknél 2.200.000 forint vissza nem térítendő támogatást vehettek igénybe. E támogatási formával kapcsolatos akkori álláspontomat érdemleges változások híján még ma is fenntartom, miszerint sok család szívesen tekintené ezt a gyermekek lakhatását biztosító szociálpolitikai eszköznek, s megvásárolna egy használt panellakást, hogy a gyermekeit egészségesebb, rendezettebb körülmények között nevelhesse (5). Mivel azonban a támogatás csak új lakás építéséhez vagy vásárlásához jár, úgy vélem, ez elsősorban a lakástermelést fokozó piaci eszközként működik, s csak másodsorban szociálpolitikai támogatásként. A lakásépítési kedvezményt Berey Katalin lakáspolitikai stratégiákat bemutató tanulmányában (6) szereplő különböző eszközök ismérvei alapján tipizáltam így.

Az új lakás építéséhez vagy vásárlásához szükséges mintegy negyven százaléknyi készpénzt csak a tehetősebbek tudták előteremteni, rendszerint jó anyagi kondíciókkal rendelkező családi háttérrel. Hegedűs József és Tosics Iván (7) kutatásaira és elemzéseire hivatkozom, akik egyértelműen megállapították, hogy az igazán rászoruló közül sokan nem jutottak hozzá a lakásépítési kedvezményhez, mert képtelenek voltak belépni az új lakások piacára. Ez még ma is igaz, bár a támogatási rendszer változtatásának törekvései - ha megvalósulnak - valamennyit elvehetnek a fenti kijelentés éléből.

4. A lakásépítési program bemutatása

Kiskunhalason is sok olyan család élt, amelyben a szülők munkanélküliségük folytán nem voltak hitelképesek, nem rendelkeztek tartalékokkal, több gyermek eltartásáról gondoskodtak, s nem volt megfelelő lakásuk. A nehézségekkel küzdő családok sorra megjelentek a Családsegítő Szolgálatnál, ahol korlátozott számban tudtak segíteni krízislakások biztosításával, de felmerült a hosszú távú biztonságot nyújtó megoldás iránti igény is.

Bérlakások építése az akkori költségvetési megszorítások közepette szóba sem kerülhetett, az évente felszabaduló 4-5 önkormányzati bérlakással pedig nem lehetett kielégíteni a lakásigényeket. A Családsegítő Szolgálat akkori vezetője, Tóth Istvánné a szükségletek és lehetőségek felmérése után szociális lakásépítési programot tervezett. Képviselte kliensei érdekeit, szövetségeseket és anyagi forrásokat keresett a program megvalósításához, s mindvégig koordináló szerepet töltött be. Közösségi szociális munkás feladatokat látott el, s e munka klasszikus szerepei közül elsősorban szociális tervezőként és érdekképviselőként dolgozott (8).

A szövetségesek keresésekor sikerült megnyernie a városi önkormányzatot, amely hajlandó és képes volt bizonyos mértékű anyagi áldozatra a nehéz helyzetű családok lakhatási lehetőségének megteremtésért. A projekt lebonyolítása az önkormányzat által létrehozott Dr. Monszpart László Alapítvány keretében történt. Az önkormányzat az alapítvány rendelkezésére bocsátott húsz közművesített lakótelket, amely akkor a vezetékes vízzel és villannyal való ellátottságot jelentette. Az alapítvány biztosította a műszaki és pénzügyi vezetést, s a szakmunkák elvégzéséhez a mesterembereket. Térítésmentesen az építetők rendelkezésére bocsátotta a két szoba, lakókonyha, éléskamra, fürdőszoba, WC, előszoba felosztású, 71 négyzetméteres lakás engedélyezett terveit. A tetőtér is beépíthető, de ez már a családok teherbíró képességétől függően valósítható meg évek múltán.

4.1. Az építőközösség tagjainak kijelölése

A program széleskörű nyilvánosságot kapott a helyi sajtóban és rádióban. Ennek megfelelően sokszoros volt a túljelentkezés. A megadott kritériumok az alábbiak voltak:

- helybeli születésűek vagy legalább tíz éve Kiskunhalason laktak;
- érvényes lakásigénnyel szociális bérlakásra várnak vagy le szeretnék adni a magas rezsijű bérlakást;
- két-három gyermeket nevelnek;
- vállalják az alapítvány által szabott alábbi feltételeket:
- időben elvégzik a szükséges segédmunkákat az épülő házon,
- kivetik a szükséges vályogot vagy az építőközösség tagjától vásárolják,
- a legkisebb gyermek nagykorúságáig nem adják el a házat, s idegeneket nem fogadnak be,
- ha mégis el kellene adniuk, elismerik az önkormányzat elővásárlási jogát,
- válás esetén a családot elhagyó fél a gyermekek javára lemond a saját részéről.

A túljelentkezés miatt a felsoroltakon kívül kénytelenek voltak az elbírálásnál egyéb kritériumokra is figyelni. Előnyben részesültek azok a családok, amelyek

- három vagy több gyermekről gondoskodnak,
- nagyon magas albérleti díjat kénytelenek fizetni,
- többedmagukkal nagyon zsúfolt lakásban élnek,
- fogyatékos vagy súlyosan egészségkárosodott van a családban,
- állami gondozottak voltak,
- több éve nyilvántartott lakásigénylők.

A jelentkezők közül az alapítvány kuratóriuma választotta ki a projekt résztvevőit, nyolc magyar és nyolc roma családot. A hiányzó önrészt kiváltó pályázati források alapján tizenhat lakás építésére tudtak vállalkozni, a többi telket további hasonló célok megvalósítására szánták. A telkek fele a város egyik végében, másik fele a város túlsó felében található, a roma és a magyar családok egymástól távol eső területen kezdték el az építkezést. A kiválasztásnál végül bármilyen nehéz helyzete ellenére két gyermekes család nem kerülhetett be. A lakásépítési kedvezmény a finanszírozhatóság biztonságát jelentette, s a két gyermek esetén igénybe vehető összeg nem volt elegendő. Akinek pedig esetleg rendelkezésre állt volna az egymillió forint különbözet, a rászorultságból eredő egyéb kritériumoknak nem felelt meg. Kölcsönök felvételéhez az alapítvány nem járult hozzá azok esetében sem, akiknek az adott időszakban olyan munkahelyük és jövedelmük

volt, amely hitelképessé tette őket, mert a fizetéképtelenné válás és a lakás elárverezésének kockázatát igyekeztek a lehető legnagyobb mértékben csökkenteni.

E projekt keretében másféle segítségnyújtás is történt, a saját telken építkezők kamatmentes áthidaló kölcsönt kaphattak az alapítványtól, melyet a lakásépítési kedvezmény igénybevételekor visszafizettek. Ezzel a támogatással lehetővé vált számukra az építkezés olyan fokának elérése, amellyel már igényelheték a lakásépítési kedvezményt.

4.2. Az építkezés során szerzett tapasztalatok

Egyes családoknál az önerő mértéke szinte elhanyagolható, másoknál egyáltalán nem volt, ezért az építkezés harmincöt százalékos készülségi fokig szükséges fedezetét is elő kellett teremteni. Ez részben pályázatok útján, részben helyi támogatással, részben a családok által befektetett saját munkával valósult meg.

Az OTP harmincöt százalékos készülségi foknak elfogadta, ha elkészült az adott ikerház alapja és a felmenő falak a betonkoszorúig. Ebben a szakaszban igen magas volt a saját munka aránya (ásás, betonozás, vályog előállítás, segédmunka a falazásnál). Az ikerházak a 71 négyzetméter alapterületű lakásokkal a továbbiakban teljes egészében a lakásépítési kedvezményből épültek fel. Kihasználták a nagy tételben vásárlás előnyeit, megragadtak minden kedvező lehetőséget, de a megbízható minőségből sem anyagban, sem szakipari munkában nem engedtek.

A programba bekerülők közül néhányan később kimaradtak. Volt olyan roma család, amelyik időközben úgy döntött, hogy nem akar romák szomszédságában építkezni, s akadt olyan is, aki egyáltalán nem volt hajlandó elvégezni a rá eső munkát. A helyükbe lépők kiválasztása és a telek átírása több hónapos késlekedést okozott, ezért nem tudtak hasonló ütemben haladni.

Az áthidaló kölcsönrel támogatott családok mindannyian felépítették a lakásukat, s időben visszafizették az alapítványnak tartozásukat. Ők önállóan szervezték az építkezés lebonyolítását. Az alapítványi koordinálással készülő lakások közül nyolc magyar családé és hat roma családé épült fel. Nagyon tanulságos történet a hiányzó két lakás elkészültének meghiúsulása, az utolsó ikerház

építői közül az egyik családdal volt gond. A telket már a nevükre írták, a falakat felhúzták a betonkoszorúig, az ajtókat és ablakokat beállították. Ők is részt vettek a munkákban, ástak, betonoztak, vályogot vetettek. Az építkezésnek ebben a szakaszában határozatot kaptak, amelyben adósságot terheltek az adós telekrészére, mivel az ikerház egyik tulajdonosának volt egy öt évvel korábbi kezességvállalásból adódó adóssága. A projekt vezetője már elintézte, hogy eltekintenek a kamatok kifizetésétől, s tízezer forint befizetése után hozzájuthat a tehermentes tulajdoni laphoz, amely a lakásépítési kedvezmény folyósításának feltétele volt. Ezt sem tette meg, s hangot adott a véleményének, hogy majd Irénke néni (a projekt vezetője) ügyis elintézi, ő pedig érthetően, többször is elmagyarázta, hogy nem fizeti ki helyette, ennyit meg kell tennie, hogy a három gyermekének rendes lakást biztosítson. Ennek ellenére a család nem egyenlített ki ezt a követelést, így nem jutott hozzá a lakásépítési kedvezményhez. Sajnos magával rántotta a másik családot is, mert nem tudták folytatni az ikerház építését, s később szétlopták a beépített anyagokat.

Hogyan juthatott el eddig a pontig a fenti eset? Valószínűleg szerepe van a történetekben annak is, hogy nem sikerült az építőközösséget valódi közösséggé fejleszteni, amelynek tagjai felelősséget vállalnak önmagukért és a közösség ügyeiért, hatékonyan támogatják egymást, de határozott elvárásokat is megfogalmaznak egymással szemben. Az első hetekben még lelkesen dolgoztak együtt az alapok ásásánál, s be tudták vonni a családjukat is. Később a rokonok még időnként bekapcsolódtak a munkába, de az építőközösség tagjai elvértve segítették egymást. Irigykedtek, ha valaki jobban haladt, s ha több ember munkáját igénylő szakaszhoz érkeztek, nehezen tudták megnyerni a többieket. Arra hivatkoztak, hogy bizonytalan a segítségük, ha majd nekik lesz rá szükségük. Előfordult, hogy valakinek kiszállították a vályogot, lerakásra várt, de nem sikerült összeverbuválni a rakodó csapatot, s a szállító kiborította. Több százezer forint értékű építőanyag ment tönkre. Másik jellemző eset, hogy az egyik házba szerelő érkezett, s rövid időre áramot kért a szomszédból, ahová már bekötötték a villanyt, de nem kapott még többszörös díj ellenében sem.

Magyarázatot keresve felvetődött bennem, hogy talán kevés volt a saját erőfeszítés, nem érezték a közös kockázatvállalás felelősségét, mindenben garanciának tekintették az alapítványi szervezést. Úgy gondolták, ha bármi gond felmerül, majd megoldja a projekt vezetője, ő mindent elintézt, mindenre talál megoldást. Túl sokat vállaltak helyettük? Tőkét sem kellett befektetni, csak munkát. Ez nem lenne baj, hiszen egyébként sokan kimaradtak volna ebből is. Talán szerencsésebb lett volna a részvétel feltételeként azt is meghatározni, hogy a saját tőkerészt meghatározott idejű – nem a saját lakásban végzett - munkával kell ellentételezni. Úgy vélem tartást ad, további felelősségvállalásra készítet a „nem ingyen kapom, teszek érte” tudata. Ennek hiányában, minthogy viszonylag kis erőfeszítéssel nagy értékhez jutottak, előbukkant a „nekem ez jár” szemlélet. A családokkal családsegítőként is foglalkozó projektvezetőtől kitartó munkát és állandó odafigyelést igényelt e szemléletmód visszaszorítása. Nem minden esetben sikerült, a jéghegy csúcsát a befejezetlen ikerház jelentette.

Talán mégis kellett volna keresni valamilyen megoldást ez utóbbi esetre, hiszen túl nagy érték ment veszendőbe. Kivitelezhetőnek tűnik, hogy az adós dolgozzon az építőközösségnek, s ennek fejében befizetik helyette a tartozását. Elképzelhető lenne egy befizetési határidőt kijelölő ultimátum is, amelynek lejártával ügyvéd előtt lemond az ingatlanáról, s a helyébe lépő család kifizeti a tartozását. Ha ezek a módszerek nem eredményesek, ez esetben többféle megfontolásból az utolsó pillanatban szerencsésebb lett volna befizetni a kérdéses összeget kölcsönként elkönyvelve, hogy igénybe vehesse mindkét család a lakásépítési kedvezményt. Később esetleg behajtható e tartozás, vagy elmaradt volna olyan befejező munkálat az ő lakásában, ami a lakhatási engedély kiadását nem veszélyezteti.

Úgy gondolom ez nem az a helyzet, amikor a szociális munkásnak meg kell tanítania a kliensét arra, hogy nem helyette cselekszik, hanem vele együtt, érte, s hogy a saját sorsának alakításáért felelősséget kell vállalnia. Amennyiben eddig azt tapasztalta, hogy kihúzzák őt a bajból különösebb erőfeszítés nélkül, nem fog azonnal egy egészen más alapon nyugvó együttműködésben részt venni. Erre nem akkor kell megtanítani,

amikor ilyen nagy a tét, máskor viszont igen. Más oldalról megközelítve a kérdést, az ikerház másik felének vétlen építőjével szemben nagyon igazságtalanok a következmények.

Egy ilyen volumenű építkezés közben tartása és közben a Családsegítő Központ vezetése már önmagában is hatalmas erőfeszítést igényelt, melynek eredményeként két kivétellel a lakások elkészültek, a támogató közösség viszont a projekt végére sem alakult ki. Megerősödött a véleményem, hogy szükség lett volna egy olyan közösségi szociális munkásra, akinek ez utóbbi segítése a feladata. Egyetlen ember – bármilyen lelkes, energikus, jó szervező és hatékony az emberekkel való együttműködésben – nem vállalhat mindent magára, mert az idő, az energia és a türelem is véges, gazdálkodni kell vele. Nem csodálkozom, hogy a türelem a fenti esetről elfogyott, de úgy vélem másik segítő szakember projektbe történő bevonásával ezt elkerülhették volna.

E programot a tanulságok figyelembevételével együtt követendő modellnek, példamutató kezdeményezésnek tartom. Nem ez az egyedül üdvözítő megoldás, s a korlátozott kapacitás miatt önmagában természetesen nem oldotta meg Kiskunhalas lakásgondjait, a lehetőségek palettáját azonban színesíti. Az önkormányzat nem túl sok pénzzel, a rendelkezésre álló telkekkel, s a projekt lebonyolításának segítségével elegendő támogatást nyújtott ahhoz, hogy a település polgárai jól használható lakásokhoz jussanak, s ezáltal gazdagabb lett a város is.

5. A családok életkörülményeinek változása az építkezés óta

Évek óta foglalkoztat a kérdés, vajon a projektben résztvevő családok életkörülményei hogyan változtak, mennyire tudtak élni azzal a lehetőséggel, amelyben részük lehetett, s a felnövekvő gyermekek életesélyeit ez hogyan befolyásolta.

Négy roma család négy gyermekkel, kettő pedig három gyermekkel költözött be a lakásába 1997-ben. Jellemzően teljes családok voltak, az építkezés kezdetén egy válás történt, s az anya egyedül élt három gyermekével. A négy gyermekes családok közül az egyikben még kettő, a másikban egy gyermek született azóta. Akkor az anyák gyermekgondozási segínyt vagy gyermeknevelési támogatást vettek igénybe, az apákat a növekvő

munkanélküliség megfosztotta a korábban biztosnak tűnő munkaviszonyuktól. Az önkormányzat annyi ideig biztosított számukra közhasznú munkát, hogy jogosultak legyenek a jövedelem pótló támogatásra. Jövedelmüket többnyire mezőgazdasági idénymunkákkal egészítették ki.

Az építkezés ideje alatt jártam több családnál, akik nagyon rossz körülmények között éltek. Egyikük szolgálati tanyán lakott, ahol nem volt se víz, se villany, és a ház körül igen sok patkány tanyázott, egy másik család az apa szüleiivel lakott együtt, tizenöten éltek egy szoba-konyhás lakásban. A harmadik szívességi lakáshasználó volt egy rokon rossz állagú melléképületében, de laktak önkormányzati szükséglakásban, kiürült iskolában és aládúcolt műemlékházban is. Közülük egyetlen család sem engedhette meg magának, hogy albérletet fizessen. Az építkezés elkezdéséhez egyáltalán nem rendelkeztek megtakarítással, közben viszont már igyekeztek takarékoskodni a burkolásra és a berendezésre. Mindannyian úgy nyilatkoztak, hogy e projekt nélkül sok év múlva sem tudtak volna javítani a lakáshelyzetükön.

S mi történt velük azóta? Két család nem sokkal a beköltözés után, 1988-ban zsebszerződéssel eladta a házat 500 illetve 600 ezer forintért, elmondásuk szerint erős fenyegetés hatására. Nem sikerült kideríteni, mi állt a háttérben, tényleges fenyegetettség vagy egy felelőtlen döntés racionalizálása. Az önkormányzat a földhivatalnál elővásárlási jogot jegyeztetett be, erről azonban több esetben lemondott és hozzájárult a lakás értékesítéséhez, amikor piacihoz közeli áron adták el, s ezzel megteremtődött egy másik lakás megvásárlásának lehetősége. E két esetben azonban a földhivatali bejegyzés nem változott, viszont a lakásokat nem a bejegyzett tulajdonosok használják. Egyikük máig zsúfolt és egészségtelen lakásban él immáron öt gyermekével, az anya gyermekgondozási segélyen van, az apa pedig közhasznú munkával és alkalmi munkákkal szerzi a jövedelmét. A házáért kapott minimális összeg gyorsan elfogyott. A másik család a szülőkhöz költözött, az évek során a pénzüket megforgatták, amelynek rejtelmeibe nem avattak be. Ebben az évben vettek egy három szobás házat a városban, lakáshelyzetük tehát rendeződött. A gyerekeket tanulásra buzdítják annak ellenére, hogy a szülők analfabéták, a

legnagyobb Kecskeméten kezdte el középiskolai tanulmányait.

Négy család még az eredeti lakásában lakik. Nagy élmény volt számomra őket meglátogatni, főként azért, mert halomra dőltek különböző romákkal kapcsolatos előítéletek. Történelmi dokumentumok bizonyítják, hogyan alakultak ki, s erősödtek az előítéletek a cigányság magyarországi története során (9), s nap mint nap tapasztaljuk, hogy ezek ma is élnek. Jelen esetben olyan vélekedésekről van szó, hogy nem fogják megbecsülni a lakásukat, pár év alatt lelakják, beengednek lakni sógort-komát, s a gyerekeknek ismét nem lesz esélyük a nyugodt tanulásra és pihenésre, nem fogják tudni fenntartani stb. Ezzel ellentétben a házakat szép rendben tartják, általában két-három év alatt sikerült berendezkedniük, a fűtést hagyományos vegyes tüzelésű kályhával vagy kandallóval oldják meg. A lakókonyhából mindenütt szobát csináltak, a főzés helyét pedig kiköltöztették az előszobába. A tisztaság és a rend figyelemreméltó, pedig van olyan lakás, amelyben tízen élnek. Vannak elképzeléseik, s tesznek is érte, hogy még jobban érezhessék magukat az otthonukban. Jól látható a lakókörnyezetükkel kapcsolatos igényesség, amely a korábbi helyzetükben megvalósíthatatlan volt, s ezzel a gyerekeknek is rendezett, tanulásra és pihenésre alkalmas lakást biztosítanak.

Mindezeket nem könnyen teremtik meg, hiszen állandó munkaviszonya senkinek sincs közülük. Jövedelmeik alkalmi munkából, közhasznú foglalkoztatásból, aktív korúak rendszeres szociális járadékából, rokkantsági nyugdíjból, gyermekgondozási segélyből, gyermeknevelési támogatásból, családi pótlékból és rendszeres gyermekvédelmi támogatásból származnak. Mint tudjuk, ezekkel a jövedelmekkel elég nehéz megközelíteni a létminimumot, de erőfeszítéseket tesznek egy élhető, számukra elfogadható életvitel fenntartására. Egyszer – kétszer már előfordult közüzemi számlatartozás, de 2-3 hónapon belül spórolással és rendkívüli segély igénylésével kiegyenlítették. Eddig nagyon vigyáztak, hogy adósságaik ne veszélyeztessék a házukat.

A szülők gyermekeik iskolába járását fontosnak tartják. Nem mindegyiküket tudják motiválni a tanulásra és a továbbtanulásra, de akadnak kiváló teljesítmények. Az önkormányzat is nagyobb szorgalomra

ösztönzi a gyerekeket, 3,5 feletti tanulmányi eredmény esetén havi rendszerességgel 600-1000 forint közötti ösztöndíjat kapnak. Amikor találkoztam azzal a kislánnyal, aki 2004 szeptemberében kezdte meg gimnáziumi tanulmányait Kiskunhalason, azonnal arra gondoltam, hogy tizenöt fős szoba-konyhában való tanulással ez nem sikerült volna neki. Kézzelfogható a boldogulás, az előrelépés vágya és az igyekezet, a lehetőségek persze kemény határokat szabnak.

A magyarok egy öt gyermekes család kivételével három gyermekkel költöztek be a lakásukba 1997-ben. Az apák közül akkor hárman munkanélküliek voltak, négyen betanított munkásként dolgoztak, egyikük pedig orvos volt a kórházban. Az ő családja az egyetlen, amelyik városi érdekből kapta meg ezt a lehetőséget. Az anyák akkor gyermekgondozási segélyt vagy gyermeknevelési támogatást kaptak.

Az építkezést megelőző lakhatási lehetőségükre jellemző, hogy többségük 8-15 ezer forint albérleti díjat fizetett, egy család családtagként szoba-konyhás lakásban, egy pedig önkormányzati bérlakásban élt. A jövedelmük igen nagy hányadát a lakhatás költségei emésztették föl, így lakáscélú takarékoskodásra esélyük sem volt. Az építkezés kezdetén nem rendelkeztek saját tőkével, de közben takarékoskodtak a befejező munkálatokra és a berendezkedésre. Az orvos családja tudott volna néhány éven belül önerőből javítani a lakáshelyzetén, a többiek esélytelennek érezték magukat.

Az eltelt évek során a magyar családok életében is igen sok változás következett be. Már csak négy család lakik az akkor felépített lakásokban, s az életutak nagyon változatosak és tanulságosak a lakás megtartását illetően. Két esetben a szülők kapcsolata annyira megromlott, hogy a válás időszakában az anyát és gyermekeit a városi krízisellátásnak kellett befogadnia egy időre, s csak később, az indulatok csillapodásakor költözhettek az elkészült lakásukba. Mindkét család kiegészült azóta egy élettárral, és segítségükkel nyugodt, kiegyensúlyozott körülményeket és anyagi biztonságot tudtak teremteni. Az egyik esetben a fél lakás az apa nevében maradt, aki kifizetetlen tartozásokkal terheli, a másik apa pedig azzal a feltétellel mondott le a tulajdonrészéről, hogy nem fizet gyermektartást. A másik kettő, máig az akkor felépített lakásban lakó család együtt maradt, konszolidált körülmények között

élnek, egyikük már a tetőteret is beépítette, így mindhárom középiskolás gyermekének külön szobát tud biztosítani. Mind a négy család rendelkezik állandó munkaviszonyból származó jövedelemmel. A lakásukat megbecsülik, igyekeznek komfortosítani, bővíteni, szépíteni.

A lakásától megváló négy család közül az orvos családja került jobb helyzetbe, ők Szegeden építkeztek, a többiek lakáskörülményei egyértelműen romlottak. Két házaspár elvált, a lakás árából csak külterületi tanyára elegendő pénz maradt, s végül az egyik esetben az anya költözött a gyermekeivel és a rá hagyott unokával a szülei szoba-konyhás otthonába, a másik esetben az apa ment az egyik, hozzá ragaszkodó gyermekkel albérletbe, egy család pedig kétszeri lakáscserével jelenleg egy régi építésű fél házban él. Az egyik értékesítés azért történt, mert az előző bérlakásukban összegyűlt 60.000 Ft közüzemi tartozást a kamataival együtt árverezés útján akarták behajtani, ezért inkább mentették, ami menthető, s a piaci árnál olcsóbban, de az árverezéskor érvényesíthetónél minden bizonnyal drágábban adták el a lakást. Ez utóbbi három család többnyire szociális jövedelmekből és alkalmi munkákból él.

Egy kivételtől eltekintve a projektben résztvevő magyar családok lakáskörülményei jobbakként, mint az építkezés előtt voltak. Kifejezetten jó helyzetben vannak azok, akik megtartották az eredeti lakásukat. Ez utóbbi magyar családok a gázt is bevezették, így a fűtést is korszerűsíteni tudták. Jellemző, hogy a gyermekeik szakmát tanulnak vagy gimnáziumba, szakközépiskolába mennek, de kivétel természetesen itt is akad.

6. Tanulságok a szociális munka és szociálpolitika számára

A szociális munkás számára több család története tanulságos. Az építkezés ideje alatt összegyűjtött tapasztalatokat már összegeztem, itt az azóta eltelt évek alapján kívánok következtetéseket levonni.

Felmerül a kérdés, hogy miért nem működtek azok a garanciák, amelyek már a jelentkezés feltételei között is szerepeltek. Ezek közül földhivatali bejegyzésre kizárólag az önkormányzat elővásárlási joga került, de erről minden kérelem esetén lemondott. Egyetlen esetben sem lehetett érvényesíteni, hogy a családot elhagyó fél ellentételezés

nélkül mondjon le gyermekei javára a tulajdonrészéről, pedig ez az önrész nélküli lakásépítési program a gyerekek rendezett körülmények között történő felnevelését hivatott szolgálni. Jól látszik az is, hogy az önkormányzat hatékony adósságkezelése nélkül milyen nagy erőfeszítések foszlanak semmivé, mint ahogyan az árverezés elől értékesített lakás példázza. Az élethelyzetek sokfélesége mutatja, hogy nem mindenki tudott megfelelően élni e projekt nyújtotta lehetőséggel. Több esetben segíthetett volna egy jó közösség megtartó ereje, támogatása. A segítő intézmények néhány családnak hatékony segítséget tudtak nyújtani, mások túl későn fedték fel gondjaikat, s többen segítségkérés nélkül felelőtlen döntéseket hoztak. Összességében az igénybe vett támogatások következtében az eredetileg felépült, vagy azóta adás-vétellel, cserével megszerzett ingatlanban tizenegy család vagy csonka család él viszonylag rendezett lakáskörülmények között. A garanciák érvényesülése, a jelentkezések során felvállalt feltételek teljesülése érdekében egy hasonló kezdeményezés során érdemes gondolkodni arról, hogy ezek milyen jogi eszközökkel kivitelezhetők.

A tapasztalatokat azért is célszerű felhasználni és a programot továbbfejleszteni, mert ez sikeres volt, ellentétben néhány más lakásépítési kedvezményre alapozó és vállalkozó által szervezett építkezéssel, amelyek az országban folytak. Mint tudjuk, sok helyen nem készültek el a házak, nem kapták meg a lakhatási engedélyt, s a bankok perben állnak a lakásépítési kedvezményt igénybe vevő családokkal. Se pénzük, se használható lakásuk, mégis tetemes az adósságuk. Modellt nyújt abban is, hogy ezek a házak nem „csökkent értékűek”, mint amilyenek az emlékeinkben élnek az elmúlt néhány évtized szociális lakásépítési programjairól, hanem a kor színvonalának megfelelő kényelmes otthonok.

Modellértékű továbbá azért, mert megmutatja, milyen teendői vannak egy hasonló projektben feladatokat vállaló szociális munkásnak.

- Összegyűjti a hasonló problémákkal küszködő emberek gondjait, felméri szükségleteiket.
- Feltérképezi az igénybe vehető állami és önkormányzati erőforrásokat.

- Más szakemberek segítségével lakásprogramot dolgoz ki, s megnyeri az önkormányzatot a megvalósításához. A szervezés és finanszírozás megkönnyítése érdekében célszerű alapítványi keretek között tervezni.
- Igyekszik más szövetségeket is felkutatni, hiszen jól jöhet egy ingyenes terv vagy adományként kapott építőanyag.
- Figyeli és felhasználja a pályázati lehetőségeket, s csak akkor kezd építkezni, ha a rendelkezésre álló források elegendőek lesznek. Bizonytalan pénzforrásokra, a telek majdani közművesítésének ígéretére nem lehet alapozni.
- Kidolgozza az önkormányzattal együtt a projektben való részvétel igazságos feltételrendszerét. Részt vesz a jelentkezők kiválasztásában.
- Felméri és aktivizálja az építőközösség tagjainak erőforrásait, s ezeket igyekszik a munkák haladása és egyben közösséggé fejlesztésük céljából hasznosítani. E feladathoz célszerű másik szociális munkás megnyerése is.
- Dokumentálja és közzéteszi tapasztalatait, s felajánlja széleskörű hasznosításra.

Megfontolásra ajánlom e projektet más önkormányzatokon kívül a gyermekvédelem területén dolgozó utógondozóknak is. Nekik tudniuk kell, hogy kik azok az állami gondoskodásból kikerülő fiatalok, akik néhány év múltán két-három gyerekkel rokonoknál, ismerősöknél, vagy albérletben laknak. Annyi pénzük nincs, hogy önállóan építkezni kezdjenek, s hozzájussanak a gyermekek után járó lakásépítési kedvezményhez. Többnyire az ehhez szükséges tapasztalataik és készségeik is hiányoznak. Ha felvállalja valaki egy lakásépítési projekt vezetését ebben a körben, reményeim szerint támogatókat is talál. S bár ez a gyermekvédelmi törvény módosítását igényelné, talán szerencsésebb lenne az otthonteremtési támogatás igénylési határidejének néhány évvel történő meghosszabbítása is. Ez esetben másik forrással, a lakásépítési kedvezménnyel egyesítve jó megoldások születhetnének a több gyermeket fiatalok lakásgondjainak megoldására.

A családok átmeneti otthonaiban dolgozók gyakori tapasztalata, hogy hiányoznak a megnyugtató kihelyezés feltételei

(10). Egy év, sőt a hosszabbítás elteltével sokszor csak szükségmegoldást találnak, s a család helyzete hamarosan újra instabillá válik. Előfordul, hogy megjelennek a környék másik hasonló intézményében, s egy idő elteltével ugyanabban az otthonban is. Hasonló projektekkal egyszerre kevesebb résztvevővel három-négy gyermekes családoknál el lehetne érni, hogy csak egyszer vegyék igénybe az átmeneti ellátást, azután véglegesen rendeződjenek a lakáshelyzetük. Ha kiszámoljuk ennek anyagi vetületét a 2004-es 718 ezer forintos normatívával, láthatjuk, hogy az első átmeneti otthonban töltött időszakban célszerű lenne prevencióként hosszú futamidejű kamatmentes kölcsön formájában a család rendelkezésére bocsátani azt a gyerekszámától függő összeget, vagy annak egy részét, amibe az ellátás újbóli igénybevétele kerülne. Így a lakásépítési kedvezménnyel együtt megfelelő végleges otthonhoz juthatnának, s intenzív családgondozással stabilizálni lehetne helyzetüket.

A tervezésnél érdemes figyelembe venni azt is, hogy a nemrég megemelt összegű lakásépítési kedvezmény felhasználásával is ma már elsősorban az olcsóbb, könnyűszerkezetes építési technológiával valósítható meg egy hasonló projekt. A saját munka ez esetben sem nélkülözhető.

A többi szociálpolitikai következtetés megfogalmazásához egy lakásépítést támogató sikeres mozgalom ténykedése is hozzájárult. Ez a Habitat, amellyel Tóth Istvánné koordinálásával előrehaladott tárgyalásokat folytat az önkormányzat. Az ingyenes telkek rendelkezésre állnak, s valószínűleg a Habitat magyarországi építkezéseinek térképén Kiskunhalas lesz a következő település. E nemzetközi szervezet sok önkéntessel és adományozóval szerte a világban úgy segíti a családok lakáshoz jutását, hogy egyszerre nem túl nagy, 6-10 ház felépítésére vállalkozó építőközösségeket szervez. Olyan rászoruló családoknak segítenek, amelyek nem tudják az építkezéshez szükséges önrészt biztosítani. Ez utóbbit a Habitat kamatmentes kölcsön formájában adja húsz év időtartamra. Az építőközösségbe bekerülő családok is csatlakoznak a mozgalomhoz, s legalább ezer munkaórát fektetnek be saját és mások házaik építése során. A mozgalomhoz tartozás érzését különböző akciókkal és ünnepségekkel is erősítik. 1996 óta Vácott 10, Csepelen 10, Gödön 32, Dunavarsányban 28,

Csurgón 18, összesen 98 család jutott így új otthonhoz. Az építkezések 2004-ben is folytatódtak Dunavarsányban és Csurgón.

A kiskunhalasi projekt és a Habitat kezdeményezése is azon a felismerésen alapul, hogy az önrész finanszírozásával, illetve kamatmentes áthidaló kölcsönként való megelőlegezésével és közösségi szervezéssel tudják leghatékonyabban segíteni az önerőből lakást szerezni képtelen családokat. A megfelelő érdekérvényesítéssel rendelkező családok ez utóbbit nem is feltétlenül igényelnék. Ezen a ponton már csak egyetlen logikai lépés az a felismerés, hogy az első lakás megszerzéséhez meghatározott kritériumok mentén normatív módon biztosíthatná ezt a lehetőséget az állam is hitelgaranciával és kamattámogatással. Tágabb, de szintén feltételekkel meghatározott körben pedig csupán hitelgaranciával. Ehhez az elképzeléshez némi közelítést jelentenek a Kormány lakástámogatási rendszer módosítását célzó 2005-re szóló tervei, amelyek alapján akár 10 százalékos önerővel és a hiányzó önerő állami hitelgaranciával történő finanszírozásával támogatnák az első lakás megszerzését. Nem tudhatjuk, mi marad e tervekben a költségvetési viták után, az viszont biztos, hogy a szegényebbeknek ez is csak ott teremne esélyt, ahol a helyi lakáspolitikai felelősséget vállal, például a rászorultak esetében közművesített telek biztosításával és bizonyos esetekben közösségi szervezéssel, valamint vissza nem térítendő támogatással. Főként vidéken növelné a lehetőségeket, s nem a magas ingatlanárakkal jellemezhető nagyvárosokban. Ez utóbbiakban csak a jobb jövedelműek esetében, akik képesek a magas törlesztő részletek megfizetésére. A helyi kezdeményezések játéktere azonban növekedne.

Sok családon segítené, ha a lakásépítési kedvezményt használt lakások vásárlásához is igénybe lehetne venni. Az ország bizonyos területein jó állapotú házakhoz juthatnának a több gyermekes, tőkével nem rendelkező családok. A Kormány következő évi elképzeléseiben szerepel, hogy a lakásépítési kedvezmény fele, valamint a 35 évnél nem idősebb párok esetében ennek megelőlegezése felhasználható legyen használt lakás vásárlására is. Ez is azokon a területeken jelentene hathatósabb segítséget a többgyermekes családoknak, ahol viszonylag alacsony az ingatlanárak. Ha e két fontos

változtatás megvalósul a lakástámogatások körében, bizonyára javítana valamennyit a Nemzeti Lakásprogramban vázolt alábbi helyzeten. „A lakástámogatások egyenlőtlenül és igazságtalanul oszlanak meg a különböző jövedelmi csoportok között. El kell érni, hogy a két alsó jövedelmi ötöd legalább a lakástámogatások 70 százalékát megkapja. 2001-ben az alsó két jövedelmi ötöd népességen belüli súlyánál kevesebbet, 34 százalékot kapott a lakástámogatásokból”⁽¹¹⁾. Mindkét elképzelés forrásigénye nagy, de beszámítandó az is, hogy sokan kényszerből építkeztek, s így a teljes lakásépítési kedvezményt igénybe vették. Nem lehet tudni, hogy ebből mennyi terelődne át használt lakás vásárlásához. Erénye, hogy az alsó jövedelmi kategóriákban is, ahol előnyben részesítik a használt lakás vásárlását, hozzá lehetne jutni a gyermekek után járó lakástámogatás legalább feléhez. E mellett fontosak maradnának az új lakások és a vállalkozói bérlakások építését, a gazdaság élénkítését szolgáló, nem a szociálpolitika kategóriájába tartozó lakáspolitikai eszközök is.

Az igazságosságot szolgálná a lakbértámogatás bevezetése is, amely megfelelő differenciálással, s elegendő forrással hatékony is lehetne. Az általam

bemutatott projektbe bekerülni vágyó, de kimaradó két gyermekes, alacsony jövedelmű, s más szegény és hitelképtelen családok számára csak a nagymértékű lakbértámogatás és a bérelhető lakások megfelelő kínálata jelentene megoldást.

1997-ben szakirodalmi ismereteim és gyakorlati tapasztalataim alapján úgy értékeltem, hogy nincs Magyarországon olyan lakáskonceptió, amely a társadalom minden rétegével törődik, s a lakástámogatások igénybevételének eredménye negatív redistribúció. A Nemzeti Lakásprogram idézett adataiból kiderül, hogy még mindig sok a tennivaló ahhoz, hogy ez a tendencia megforduljon. Úgy vélem, hogy a következtetésem és javaslataim megvalósulásának irányában tett lépések, s a fenti, kissé visszafogottabb kormányzati elképzelések elősegítenék, hogy a lakástámogatások az alacsonyabb jövedelműekhez is eljussanak.

E kézirat 2004 novemberében készült. Érdemes lenne egy további kutatásban megvizsgálni, hogy 2005-ben a ténylegesen bekövetkező jogszabályi változások milyen hatást gyakorolnak a lakosság lakáshoz jutási lehetőségeire és a fent említett negatív redistribúció pozitívvá fordítására.

Irodalom

1. Ernszt Gabriella: Mint cseppben a tenger. Társadalmi Szemle, 1992. 5, 3-12.
2. Hegedűs József – Tosics Iván: Lakáspolitikai a 90-es években (kritikai elemzés). Társadalmi Szemle, 1994. 8-9, 140-153.
3. Lakner Zoltán: Versengő célok, versengő elvek. Lakáspolitikai és politikai motivációk 1990-2003. Esély, 2003. 6, 74-101.
4. Ernszt Gabriella: Lakáspolitikai illúziók. Társadalmi Szemle, 1994. 6, 44-48.
5. Oraveczné Bodor Piroska: Többgyermekes családok lakásépítési programja Kiskunhalason. Esély, 1998. 4, 92-105.
6. Berey Katalin: A lakáspolitikai stratégiák típusai. Szociálpolitikai Értesítő, 1987. 1, 351-392.
7. megegyezik a (2) hivatkozás irodalmával
8. Zastrow, Charles: A szociális munka közösségi gyakorlata (Fordította: Szabó Olimpia). In Gosztonyi Géza (szerk.): A szociális munka elmélete és gyakorlata. Semmelweis Kiadó, Budapest, 1994, 219-257.
9. Mezey Barna (szerk.): A magyarországi cigánykérdés dokumentumokban 1422-1985. Kossuth Könyvkiadó, 1986.
10. Dögei Ilona: Segítő ágensek szerepe a városi gyermekes családok életében. Esély, 2003. 3, 68-85.
11. Otthon Európában – Nemzeti Lakásprogram. http://misc.magyarorszag.hu/binary/5306_otthon_europaban_2003mar14.pdf

Kapcsolódó jogszabályok

106/1988. (XII.26.) MT rendelet a lakáscélú támogatásokról
80/1993. (XII.29.) Korm. rendelet a lakáscélú támogatásokról szóló 106/1988. (XII. 26.) MT rendelet módosításáról
45/1995. (IV. 24.) Korm. rendelet a lakáscélú támogatásokról szóló 106/1988. (XII. 26.) MT rendelet módosításáról
12/2001. (I. 31.) Korm. rendelet a lakáscélú állami támogatásokról
138/2001. (VII.31.) Korm. rendelet a lakáscélú állami támogatásokról szóló 12/2001. (I. 31.) Korm. rendelet módosításáról
207/2001. (X. 30.) Korm. rendelet a lakáscélú állami támogatásokról szóló 12/2001. (I. 31.) Korm. rendelet módosításáról
229/2002. (XI. 7.) Korm. rendelet a lakáscélú állami támogatásokról szóló 12/2001. (I. 31.) Korm. rendelet módosításáról
251/2004. (VIII. 30.) Korm. rendelet a lakáscélú állami támogatásokról szóló 12/2001. (I. 31.) Korm. rendelet módosításáról

Some consequences of a home-building programme

Oraveczné Bodor, P.

University of Szeged Faculty of Health Sciences Department of Social
Work and Social Policy

e-mail: oraveczne@efk.u-szeged.hu

Keywords: housing policy, ownership, rented flat, privatisation of apartments, building project, housing allowance, structured interview, community social work, social policy, state guarantee on credit, interest support, rent support.

Summary

During the decade after the changing of the regime in Hungary, the economic environment was rather adverse for obtaining a privately owned flat except for those belonging to the higher income category and also it was almost impossible to receive a flat owned by the local municipality because of the low mobility of the remaining set of apartments after their privatisation.

In the middle of the 90's there was no comprehensive programme for the housing problem of the poorest but for some local initiatives. Here I would like to describe an apartment building program in Kiskunhalas and the lesson it can offer for social work and social policy.

My main method was structured interviews that I made with the members of the building society and the head of the project at the beginning of the construction and in the autumn of 2004 as a follow-up. I also gathered information from the local municipality and I studied the documentation of the construction.

The apartment building project was initiated and led by the head of the Family Assistance Service of Kiskunhalas and it was supported by the local municipality by providing free improved sites, by establishing a foundation and organising the community with the help of this, and with a very low financial aid. Eight Roma and eight Hungarian families of three or more children were selected with a competition to join the building society, who had lived in either very bad conditions or paid a rent so high that it endangered their livelihood. The basis of financing was the home-building allowance. The expenses for the building until the stage of thirty-five percent preparedness – which was necessary for receiving the home-building allowance - was raised with a competition, with the support of the

local municipality and a lot of work. In my paper I show the guarantees, difficulties and obstructions in community organisation and the realised and not realised possibilities of community social work. Notwithstanding the problems that I elaborate on in detail in the paper, I regard it as an example initiative that can be followed at other places too and should be considered in professional fields as well. Finally, on the municipality sites, fourteen – the original plan minus two – good quality, modern, 71 square meter flats were built which provide much better conditions for the growing generations for their studies and free time activities thus raising their chances in life significantly. During the follow up, I realised that the majority of the families were able to use the chance that having a flat offered them relatively well which appeared in supporting their children's studies and in the children's successful secondary school results.

On the basis of this home-building programme and another one I mention and is being organised in Kiskunhalas right now, I formulate some social policy consequences which would help so that home allowances could reach people with low income. These should be part of the housing policy. I propose that own resources should be redeemed with state guarantee when buying the first home – with interest support for those who are in need -, that full home-building allowance should be granted for buying second-hand flats and that rent support should be introduced. Some of these ideas are contained in the National Home Programme, and in the government conceptions for 2005 but their realisation is not sure at the end of 2004. The social policy consequences drawn from the project reinforce that the above tools would make the scope of local initiatives greater.

A szociológia biológiai problémái

Szirbik Gabriella

főiskolai tanársegéd

Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Szociális Munka és Szociálpolitika

Tanszék

e-mail: szirbik@efk.u-szeged.hu

Tárgyszavak: evolúció, biológia, szociológia, szociobiológia

Összefoglalás

Várakozással telve kezdtem olvasni a Magyar Lettre 50. számában megjelenő, már címében nagyon izgalmas írást, melyet *Mund Katalin* szerzőnek köszönhetünk. A cikk bevallása szerint nem a biológia és a szociológia határmegvonódási problémáit feszegeti, hanem: „...sokkal inkább a bioháború másik fő okával, jelesül a politikai felhasználhatóság kérdésével: az ideológiává válás veszélyeivel foglalkozik.” [Mund 2003]. A dolognak ez a része –sajnos úgy tűnik-, még mindig megér egy misét, ahogyan az a szerző korrektül alátámasztott és logikusan végigvitt írásából is kitűnik. Naivan azt hittük, hogy a nurture-nature kérdés már nem kérdés, s csak a „régis” pszichológia, és szociológia könyvek foglalkoznak vele, százalékosan kiporciózva az emberi természetet meghatározó arányokat. Ennek ellenére, ebbe a folyamba nem belesodródva, úgy látjuk, hogy ezt a vitát egy más dimenzióban kell, avagy érdemes folytatni, mert az attitűd-váltás, (a szociológusok részéről) csak szakmai érvekkel alátámasztva érhető el. Írásunk talán hozzájárul ezen érvek alapjainak a lerakásához, persze a teljesség igénye nélkül.

1. A korai szociológia és a szociológia alap-paradigmája

A 18. század végére tehető tudáshasadás, a társadalomtudományok és a természettudományok szétválása, alapvető a társadalomtudományok további fejlődése szempontjából, s ezért meghatározó a két világ közötti szakadék elmélyülésében. E tudáshasadást tekintve fontos állomás a szociológia kialakulása, majd korai vonulatainak meghatározottsága, mely erős természettudományos, főleg biológiai hatás alatt állt, mind nemzetközi, mind hazai vonatkozásban. Elég csak, a magyar szociológiában alapítóként definiált, *Auguste Comte*-ot említenünk, ki a társadalmi fizikát, azaz a szociológiát a *Cours de philosophie positive* 4. kötetében alapvetően egy olyan tudományként határozza meg, melyhez legközelebb a biológia áll, hiszen rajta keresztül kapcsolódik a társadalom tudománya az élővilág tudományához. „*A társas lét legalsó foka csakis úgy rekonstruálható, ha az emberi természetet tekintjük alapnak,...*” [Comte, 1869. pp.342-343.]

Továbbá: „*A biológiai embertípus kiindulópontul szolgálhat a szociológia számára, feltéve, ha nem marad figyelmen kívül a két tudomány közötti alapvető különbség.*” [Ibid. pp.333-334.] „*A szociológia – deduktív módon – a biológia végső eredményeiből indul ki, hogy saját kutatási területén a kezdő lépéseket megtehesse.*” [Ibid. pp.345-346.] , illetve: „*Az emberiség fejlődésének nemcsak társadalmi feltételei vannak, a biológiával, a fizikával, a kémiával és a csillagászzal kapcsolatos jelenségek szintén a fejlődési feltételek közé sorolandók.*” [Ibid. p.353.]

Comte-nál a társadalom létrejöttének az alapja az ún. társadalmiasulás iránti hajlam, mely az ember veleszületett társas hajlamát jelenti, azt a társas ösztönt, mely már az állatvilágban is felismerhető. Ahhoz, hogy a társadalmi lét magasabb formában megnyilvánuló szolidaritást megértsük, a biológiából kell kiindulni, „...mert annak segítségével mutathatók ki az emberi szociabilitás elemei és tényezői.” [Ibid. p.342.] No persze lehet, hogy Comte is halott. Ki olvas

ma már Comte-ot, kiálthatnánk fel, ha csak Lakatosot olvasnánk, hiszen: „*A biológia nem rokon sem szegről, sem végről és itt nem igen lehet szó kölcsönösségről sem...*” [Lakatos 2001].

A korai szociológiára gyakorolt biológiai hatás olyan tényként kezelendő, mely sokáig meghatározó fejlődési irányt adott e diszciplínán belül és nagyhatású művek születését eredményezte. (Pl. a talán kevésbé ismertek közül megemlítendő *Le Bon, Félix Le Dantec, Morgan*, illetve a korai magyar szociológusok szinte mindegyike, mint: *Somló Bódog, Jászi Oszkár, Méray-Horváth Károly* etc.)

A szociológia evolúciós paradigmán nyugvó ága, a 20. század 30-as éveire elhalt, s teljesen mellőzötté vált. Ez a fajta gondolkodásmód manapság újjászületőben van, elsősorban a biológia progresszív fejlődése miatt, de érzésünk szerint a gyökereket elfelejtő „újrakezdés” ez, s talán ezért tűnik egyesek számára félelmetesnek, mint pl. a *Mund Katalin* által idézett *Lakatos Lászlónak*: „*A biológia ... - mint egyre tekintélyesebbé váló, komoly tudomány - valódi fenyegetést jelent.*” [Mund 2003.]. A félelem egyik oka talán az, hogy a biológia, s ezen belül a populációbiológia, erősen matematizált modelljei miatt „visszataszítóan” egzakt „természettudomány”-nak tűnik az ún. „puha” tudományok képviselői számára. A másik ok, amit a *Mund* cikkében idézett *Lakatos* fő okként deklará, az a paradigmák inkompenzabilitásának problémája. Az evolúciós biológia alap-paradigmája egyszerűen megkérdőjelezi azt a Sztenderd Társadalomtudományi Felfogást - Standard Social Science Model- [Tooby-Cosmides 1992]¹, mely a pozitivisták társadalomtudományos elképzelésre adott reakcióként bontakozott ki a 20. század elején. Megkérdőjelezi, de semmi több! Ez nem a társadalomtudományok, jelesül a szociológia lerombolását jelenti, sokkal inkább a szociológián belüli új, paradigmikus alapok megtalálásának egy lehetséges útját mutatja meg. Mindemellett egyetértünk *Lakatos*sal abban, hogy a szociológia, belülről nézve, egy sokparadigmájú tudománynak tűnik, ezért nem nagyon érthető egy szociológus számára a *kuhni* összemérhetetlenségi tétel, mely a rivális paradigmák képviselői között félreértéseket kell, hogy eredményezzen, hiszen nem egy nyelvet beszélnek. *Kuhn* „A

tudományos forradalmak szerkezete” című könyve II. fejezetében azt írja, hogy kérdéses, mely társadalomtudományok rendelkeznek egyáltalán paradigmákkal. [Kuhn, 1984, p.35.]. Írja ezt a könyv fordításául szolgáló második, 1970-ben kiadott változatában, amikor a szociológia már a mikro-makro problémával küzd és túl vagyunk *Durkheimen, Weberen, Marxon, Simmelén és Parsons* is publikálta már metaelméletét. Igaz, a szociológiának nem született még meg a maga *Galileije* és úgy tűnik, hogy még mindig csak „A paradigma” kiterjesztésénél tartunk (vagy éppen ez a paradigma előtti állapot), mégpedig úgy, hogy kumulatív módon fejlesztjük ezt a tudományt, aminek az a következménye, hogy sok kis-, vagy inkább rész-paradigma él egymás mellett. Kívülről tekintve e sok rész-paradigmára (strukturális, funkcionális, módszertani, individualizmus, rétegződélméletek, csereelméletek, racionális döntések elmélete, rendszerelmélet, mezőelmélet, etnometodológia, fenomenológia etc.)- vagy inkább irányzatra (!)-, azt kell látnunk, hogy igazából mind egy dologra keresik a választ, a társadalmi cselekvést, illetve a társadalmi élet törvényszerűségeit próbálják megmagyarázni, annak az előfeltevésnek a tükrében, hogy az emberi cselekvést, magatartást, az ember társadalmi-társas létéből fakadóan, a társadalmi szerkezetben elfoglalt hely határozza meg. Ezért *kuhni* értelemben e rész-paradigmák nem paradigmák, mert nem valósul meg az a feltételrendszer, amiben egy paradigma paradigmaként funkcionálhat, mármint hogy más világból nézem ugyanazt. Az összemérhetetlenség problémája nem a különféle szociológiai iskolák elméletei között csúcsosodik ki igazán, hanem a most már belülről is tisztán látható alap-paradigma és az evolúciós biológia alap-paradigmája között. Ez *kuhni* értelemben háború. A helyzetet súlyosbítandó, hogy nem egy diszciplínán belüli paradigmaváltás esetével állunk szemben, hanem a két fő tudományterület, a két világ közötti szakadék mélyítése, avagy betemetése a tét. Ebben az esetben mind nyelvi, mind perceptuális, mind metodológiai szinten rendkívül élesen jelentkezik az inkompenzabilitás problémája.

”*Azok a formális műveletek, amelyek az egyik értelmezési sémán alapulnak, nem bizonyítanak egy kijelentést olyan személy számára, aki egy másik sémára támaszkodik. A*

séma hívei esetleg még azt sem tudják elérni, hogy a másik meghallja ezeket az érveket, mert először egy új nyelvet kellene neki megtanítani [...]. Egy ellenséges hallgatóság voltaképpen szándékosan elutasíthatja az új fogalmak befogadását..., mert tagjai attól félnek, hogy amint elfogadják ezt a sémát, olyan következtetésre kell jutniuk, amelyektől – helyesen, vagy helytelenül – irtóznak. Az új rendszer előterjesztői csak akkor tudnak meggyőzni egy hallgatóságot, ha először intellektuális rokonszenvet ébresztenek benn egy olyan tan iránt, amelyet még nem ért. Akik rokonszenvvel hallgatnak valamit, felfedezik maguknak azt, amit egyébként soha nem értenének meg. Az ilyen elfogadás heurisztikus folyamat, önátalakítási aktus, s ennyiben megtérés. (Talán ez a híres szociológiai önreflexió – Sz.G.). Iskolába tömörülő követőket produkál, akiket logikai szakadék választ el azoktól, akik nem tartoznak az iskolához. Másként gondolkodnak, más nyelven beszélnek, más világban élnek, s ennyiben a két iskola közül legalább az egyik egyelőre (helyesen, vagy helytelenül) ki van rekesztve a tudományos közösségből.” [Polányi M. 1994, 1.köt. p.260.]

Ahhoz, hogy a társadalomtudományok, s elsősorban a szociológia kompetens lehessen az evolúciós metafora alkalmazásában, a társadalomról való gondolkodás filozófiai, szociológiai irodalmának ilyen irányú mélyebb feltárása szükséges, s bizonyos kérdéseknek, -mint pl. a szelekció egysége, a fenotípus öröklődésének problémája, a szolidaritás, az altruizmus témaköre -, autonóm, a biológiai gondolkodástól független, ismeretelméleti kérdésfeltevésékként kell megjelenniük. E munka elméleti alapjai adottak, különösen, ha figyelembe vesszük, hogy az evolúciós gondolkodásmód eredetileg társadalomtudományi paradigma, s eredményesen kiegészíthető a viszonylag új diszciplínák, a szociobiológia és az evolúciós pszichológia eddig elért eredményeivel, s talán elősegítik a természettudományok és a társadalomtudományok közötti szakadék megszüntetését, illetve e két fő tudományterület egymáshoz való hierarchikus viszonyának fellazulását.

2. A szociobiológia

Ismereteink elsősorban a szociobiológia területére korlátozódnak, így annak

bemutatását a szociológiával való érintkezési pontok mentén kívánjuk vázolni.

A szociobiológiai paradigma több szociológiaelméleti paradigmával érintkezve, új alapokra helyezi az ember társas viselkedésének magyarázatát.

A szociobiológia, mint diszciplína létezése E. O. Wilson „Sociobiology: A New Synthesis” (1975) című könyvének megjelenésétől datálható. Ezzel a könyvvel a társadalomtudományok horizontjára került, s egyben heves vitákat váltott ki. A szociobiológia feladatát e tudomány képviselői a Darwin óta kifejlődött modern evolúcióelmélet eredményeire épülő szociális intézmények megjelenésének magyarázatában látják. Gondolkodásmódja a darwinizmusra, az etológiára és a természetes kiválasztódás elméletére épül. Tulajdonképpen kutatási területét az állatvilág képezi, maga Wilson is az államépítő rovarok specialistája, s úgy véli : az állati viselkedésminták, magatartásmódok áttemelhetőek az emberi viselkedés világába. Az alapító definíciója szerint: „ a szociobiológia az a tudomány, mely a szociális magatartás mindenféle szerveződésének biológiai alapjait vizsgálja, az élő szervezetek összes formájában, beleértve az embert is.” [Wilson 1978].² ”Nincs semmi a társadalomban, amit ne lehetne először az organizmusokban bemutatni.” [Sahlins (1976) 1980].³ „Mivel az ember biológiai eredete nyilvánvaló, társas viselkedése megértéséhez, figyelembe kell vennünk a faj evolúciós hagyományait” [Wilson *ibid.*].⁴ Az alapvető cél a szociális evolúció sztöchiometriájának leírása, mely nagyrészt populációbiológiai (genetika és ökológia) modellekkel történik. Tökéletes állapotában ez a sztöchiometria egy olyan egységes modellsorozat lesz, mely a szociális evolúció mozgató erőinek ismeretében kvantitatív jóslást ad a szociális szerveződés ökológiai és etológiai jellemzőire [Sasvári 1979]. Mindez nem azt jelenti, hogy etológiából humán-etológiát képez, bár az etológia alapítójának Konrad Lorenznek az írásaiban jelentek meg először emberre vonatkozó etológiai adatok hangsúlyozva , hogy az ember viselkedésének alapvető struktúrája homológ az emberszabású majmokéval [Csányi 1999, p.12.], tehát nem pusztán analógiák felállítására törekszik , hanem a redukció, vagyis a visszavezetés elvével dolgozik . A redukcionista kutatási programokat általában vitatják, így van ez a

szociobiológiával is. Kérdés ugyanis, hogy a szociológiát vissza lehet-e vezetni az evolúciós biológiára? Ez nem a szociális evolúció gondolatmenetének az újraélesztését jelenti. A szociobiológiai elméletalkotás kapcsán is felmerülhetnek szélsőséges gondolattársítások, elsősorban a koevolúciós elképzeléseket illetően, melyektől azonban szigorúan távol kell tartanunk magunkat. Ebben az esetben olyan kulturális módozatok kialakulását és elterjedését kell szem előtt tartani, melyek „közvetlenül” a génekre hatva előnyösen befolyásolják a biológiai sikerességet, ezzel tovább növelvén a sikeres kulturális adaptáció lehetőségét. A szociobiológiával szembeni kritikák egyikét *N. Sahlins* úgy fogalmazta meg, hogy: „a szociobiológia egyszerűen a versenykapitalizmusra berendezett társadalmakban normális körülmények között palástolt utilitarizmus új torzszüleménye.”⁵

2.1. Az önző gén és a szociobiológia

A természetes szelekció, illetve az örökítő apparátusban bekövetkező rekombinációk és mutációk révén a szociobiológia, a darwinizmus és az etológia szerint, az élő - bármennyire is változtassa magatartását a környezete változása - mindig azt tanulja meg, ami számára helyes, más szavakkal, ami magatartásának jobb alkalmazkodását (adaptációját) eredményezi. A kérdés csak az, hogy mire hat a szelekció?

Richard Dawkins 1976-ban írt "Az önző gén" című könyvében a szelekció egységként a gént jelöli meg. A szelekció egységéhez viszonyítva, mi emberek túlélőgépek vagyunk, a gének, génkomplexek túlélőgépei. A géneknek egyetlen "céljük" van, hogy fennmaradjanak. Életbemaradásuk legbiztosabb módja pedig, az egyre tökéletesebb túlélőgépek konstruálása. Számunkra mindebből a legfontosabb a túlélőgépek viselkedése. A gének által programozott túlélőgépek tulajdonképpen egyetlen "parancsot" kapnak: mindent megtenni a gének fennmaradása érdekében! [*Dawkins*, 1976, pp. 45-50.].

A génszelekciót, mint axiómát elfogadva, a szociobiológia számos kulturális jelenség magyarázatát kínálja. Az egyik legfontosabb elméleti alapvetés a rokonszelekció köre, melyet *William Hamilton* fogalmazott meg először. "Lényege a következő: mint láttuk, az egyed biológiai-evolúciós értelemben vett alkalmassága vagy sikeressége (*fitness*) azon

múlik, hogy génjei milyen arányban vesznek részt a következő generáció génállományában. Mindegyik utód a szülő génjeinek 50-50%-át viszi át a következő nemzedékbe. Négy utód esetén pl. mind az apa, mind az anya megkétszerezi génjeinek számát."⁶ Csakhogy a gének másolatait nemcsak a közvetlen leszármazottak hordozzák, hanem a rokonsági foknak megfelelő arányban, egyéb rokonok is. Következésképp a rokonoknak nyújtott támogatás genetikai értelemben nyerő stratégia. A kedvezményezett egyed ugyanis átviszi a következő generációba az önzetlen egyed génjeinek ráeső hányadát, miáltal növekszik az altruista egyed teljes genetikai képviselője, ún. összesített rátermettsége.

Mint látjuk egy „jó értelemben vett egoizmus” fogalmának segítségével magyarázza az altruista magatartást a szociobiológia. Altruista viselkedésmódok lépnek fel, ha egy egyén szaporodási érdekében áll, hogy a hozzá genetikailag közel álló individuumok szaporodási érdeklődésének értelmében viselkedjen. Amennyiben így viselkedik, a Mendel törvény által meghatározott fokon hozzájárul saját génjeinek továbbadásához. A „jó értelemben vett egoizmus” elvének segítségével magyarázzák a szociobiológusok például, hogy miért nemz néhány faj terméketlen egyedeket (termeszek, hártványsszárnyúak) [*R. Boudon /F. Bourricaud* 1982, p.507.].⁷

Azokban az életközösségekben azonban, amelyek nem kizárólag rokoni kapcsolatok hálózatából állnak - márpedig a ma létező társadalmak többsége ilyen, tehát nem archaikus - nem magyarázható meg a rokonszelekció elvével az altruizmus, vagy akár a szolidaritás. Ez esetben a reciprok altruizmus fogalmát kell beemlíteni a fejtegetésbe, melynek következtében túl kell lépni a szociobiológia génszelekciós axiómáján, s a csoportszelekció lehetőségét kell megvizsgálni. Ez a vizsgálat jó példája annak, hogy a biológiai szempontok alkalmazása bizonyos társadalmi jelenségekre, rugalmas keretek között is elképzelhető, mely által lehetővé válik az adott társadalmi jelenség magyarázatának új alapokra helyezése. A reciprok altruizmus elmélete *Triverstől* származik, akinek értelmezésében ezen altruizmusnak komoly intellektuális feltételei vannak, így valószínűleg csak az emberre alkalmazható.⁸ A modell szociológiai alkalmazhatóságához elsőként a reciprocitás

fogalmát kell definiálnunk, *Polányi Károly* nyomán: a szimmetrikus csoportosulások kölcsönösen megfelelő pontjai közötti mozgásokat jelöli, s mint integrációs séma rendkívül hatékony, amennyiben adva vannak a szimmetrikusan szervezett társadalmi struktúrák, melyek e viselkedést generálják. A reciprocitás lényegéhez tartozik, hogy hiányzik belőle a nyereség motívuma és gazdasági lényegének tagadása érdekében, szinte elengedhetetlen az adás és a kapás közé beiktatott idő. [*Polányi* 1976, p. 241.], [*Ferge* 1982, p. 197.]. Ez a reciprocitás-fogalom tulajdonképpen a fundamentuma a szolidaritás fogalmának, melyet „*Wollstonecraft-paradigmanak*” is neveznek – *Mary Wollstonecraft* nyomán -, miszerint „nem az egyén, hanem a faj megőrzése tűnik a természet egészében az isteni szándéknak.” [*Ferge* 2000, p. 75.].

"A csoport (közösség vagy társadalom) fennmaradása szempontjából ugyanis rendkívül előnyös, ha működik a szolidaritás." [*Dobzhansky* 1985, p. 120.]. A bővített társadalmi rend keretei között működő szolidaritás, definíció szerint, a *Wollstonecraft-paradigma* kiterjesztését jelenti, mely a *Polányi*-féle reciprocitás-fogalom összekapcsolása a szociobiológia által meghatározott altruizmus fogalommal. A kiterjesztett szolidaritás fogalma ugyanis az, hogy: létezik valami közös cél, vagy közös érdek, amiért érdemes közösen tenni, úgy, hogy az egyéni érdeket is szolgálja. Ez a példa arra szeretné felhívni a figyelmet, hogy a szelekció egysége tekintetében, mely kérdésben a biológián belül is megoszlanak a vélemények, a szociológiának, eddig felhalmozott tudása birtokában, a kulturális evolúció felmerülő problémái kapcsán, állást kell foglalnia, ha nem akarja, hogy saját tudományterületén belül inkompetensnek bélyegezzék. Talán ezen állásfoglalás hiányára vezethető vissza az is, hogy *Csányi Vilmost* „*némely társadalmi-kulturális problémákat feszegető írása miatt*” [*Mund* 2003.], támadások érték, s „*egyfajta bűnbakká*” vált, ahogy *Mund Katalin* írta. „*Nem elég, hogy biológus létére belekontárkodik a társadalomtudományokba, de ráadásul még emberi természetéről, evolúciós meghatározottságról is beszél, ami egy csapásra aláásni látszik az emberi szabadságról (vagy szabad akaratról) szőtt*

klasszikus (progresszista) bölcsész-ideákat.” [*Mund* *ibid.*]

Az evolúciós biológia axiómája az, hogy a társas viselkedés egy evolúciós termék. Amennyiben ezt elfogadjuk és semmi okunk nincs rá, hogy ne tegyük, úgy kénytelenek vagyunk a szociológiai gondolkodás határaxiómáit kitolni olyan tudományterületek felé, mint a szociobiológia, az evolúciós pszichológia, a viselkedésgenetika és a viselkedés- endokrinológia. A biologizmusmal szemben megfogalmazott vádak szerint az örökletes tényezőkről szóló minden állításnak sorsdöntő súlya van, amit politikai, vagy szociológiai okok miatt nem lehet elfogadni. A szociobiológia körül kialakult vitának ez az egyik oka, mármint, hogy félnek a genetikai információ megkülönböztető felhasználásától, ezért inkább tagadják, vagy alábecsülik az örökletes tényezők szerepét az emberi magatartásban. Voltaképpen csak azt kell belátni, hogy a poligenikus (poligénes) öröklődés, tehát többféle gén hozzájárulása bizonyos tulajdonságok kifejlődéséhez, természetesen a környezet moduláló hatása mellett, egyfajta genetikai meghatározottságot jelent, melyet a környezet, mint előhívó vagy megvalósít, vagy nem. Számos olyan betegség ismert, mely genetikailag kódolt, de a felszínen való megjelenése a környezeti tényezők függvénye.

A szociológusoknak nem kell biológussá válniuk, de ha elfogadják a társas viselkedés biológiai alapokon nyugvó magyarázatait is – és nem eleve elutasítják azokat -, akkor akár a maguk javára is fordíthatják, s új episztemológiai szempontok alapján tágíthatják tudományuk határait. „*Két kibékíthetetlen konfliktusban álló stabil rendszer idiómái* (úgy tűnik - SZ.G.) *lefordíthatatlanok egymásra, de szembesülve fontos információkat oszthatnak meg egymással.*” [*Gábor* 2001]. Mindez igazából még az újdonság erejével sem hatna, hiszen a szociológiai elméletalkotás hagyományaiban jelentős vonulatot képviselnek a biológiai, illetve evolúciós tézisek, melyek, mint fentebb említettük, sok esetben torzított formában vannak jelen társadalomszemléletünkben. Mindezt tetőzi, hogy a szociobiológiát nagy érdeklődés övezte a versengő politikai ideológusok részéről, hogy polémiaikban felhasználhassák azt. Azok akik jobbra húztak, felhasználták *Wilson* ideológiáit, hogy alátámasszák Darwin érveit, miszerint a

kedvezőtlen helyzetben lévőek alárendeltsége belőlük ered, öröklött és az osztálykülönbségek ezért elkerülhetetlenek. A szociobiológia ezen ágát, *Marshall Sahlins* 1976-ban írt művében vulgáris szociobiológiaként komoly kritika tárgyává teszi.⁹

3. Evolúciós gondolkodásmód a szociológiában

Ne felejtjük el, hogy az evolúció gondolata egy univerzális metafora, s eredetileg nem is biológiai terminus. Jóval *Darwin* előtt megsejti *Hume*, a filozófus, majd *Malthus*, kinek 1798-ban kiadott könyve a népesedési törvényről, közvetlenül katalizálta *Darwin* gondolatait. Ezenkívül a magányos *Lamarck* transzformizmus elmélete is döntő az evolúció gondolatának elhintésében, hiszen ő mondta ki először: „A természet halad.” *Lamarck* az egyes fajok leszármazási sorai átalakulásának, transzformációjának jelzésére használta az evolúció kifejezést, melyet logikailag koherens formába *Darwin* épített át [*Csányi* 1999, p.29.]. Szociológiailag nem elhanyagolható az sem, hogy az evolucionista koncepció alapelvei, s annak univerzális mechanizmusként való értelmezése tiszta formában először a szociológus *Herbert Spencernél* jelenik meg, *Darwin* korszakalkotó munkája előtt.¹⁰ *Spencert* közvetlenül *Lamarck* ihlette meg, s téziseit tekintve is sokkal inkább lamarckista, mint szociáldarwinista. *Lamarck* a környezet új „szokásai” által előidézett magatartásváltozásokban látta minden fejlődéssel kapcsolatos variáció forrását, mely a szerzett jellemvonások - tehát a fenotípus - öröklése útján rögzül. *Lamarck* a viselkedést úgy tekinti, mint a fejlődés központi tényezőjét. *Spencernél* is dominánsan kirajzolódik a szerzett tulajdonságok öröklődésének szükségszerűsége: „*A tények alapos vizsgálata megerősített abbéli meggyőződésemben, hogy pusztán két lehetőség van: vagy öröklődnek a szerzett tulajdonságok, vagy pedig nincsen evolúció*”.¹¹ Ma már persze tudjuk, hogy ez biológiailag nem igaz, így szociobiológiailag is elfogadhatatlan, a társadalmi változásokkal kapcsolatban mégis kamatoztatható. Amennyiben az evolúciós metaforát a biológián kívül is alkalmazni szeretnénk, adott esetben a kultúra, illetve a társadalom változásainak értelmezésére, úgy a viselkedés és a fejlődés kapcsolatában először a viselkedésnek a szelekcióban játszott szerepét

kell tisztázni, másodsor azt a kérdést kell megvitatni, hogy a viselkedés mennyiben játszott szerepet az evolutív variációk kialakulásában. Ez a második kérdés az, melyre *Lamarck* egyértelmű igenlő választ adna, a neodarwinisták pedig nemlegest [*Piaget* 1988, p. 51.]. Dolgozatunk szempontjából ez azért fontos, mert a szociobiológia erősen támaszkodik a neodarwinista evolúcióelméletre. E kérdés megvitatásához a többek között *Jean Piaget* által felvetett azon problémát érdemes elemezni, aminő az evolúció előretörésének, vagyis dinamizmusának a kérdését feszegeti. Mi az evolúció hajtóereje? E kérdésre alapvetően két szélsőséges válasz létezik. Az egyik álláspont természetesen *Lamarcké*, aki a környezet új „szokásai” által előidézett magatartásváltozásokban látta minden fejlődéssel kapcsolatos variáció forrását, mely a szerzett jellemvonások - tehát a fenotípus - öröklése útján rögzül. A másik vélemény a neodarwinista doktrína, mely nem érinti a viselkedés szerepének problémáját, de implicit módon utal rá, amikor úgy tekint a genotípusra, mint ami a véletlen változásoknak köszönhetően alakul, s adaptációs jellege csak a természetes szelekciót követően jelentkezik (preadaptáció).¹² Ez a szerzett tulajdonságok jelentőségét kizárja, a viselkedés nem aktív szereplő az evolúciós változások kialakulásában. A véletlenszerű szelekció az, mely ez esetben a fejlődés alapköve [*Piaget* 1988, p.52.].

A viselkedés és a morfológiai variációk közötti kapcsolat kérdése a neodarwinizmus megjelenésétől (1900) kezdve jelentősen módosult. A mutáció fogalmának felfedezése és általánossá válása volt az egyik olyan tényező, mely a viselkedést kiküszöbölte az evolutív átalakulási folyamatokból. E szerint a fejlődés során egymást követő újdonosságok kizárólag a mutációs, tehát a véletlen endogén variációk, és a rekombinációs folyamatoknak köszönhetőek. Emellett az etológia fejlődése volt az a másik tényező, mely a viselkedésnek a fejlődés mechanizmusában betöltött szerepét kezdte átértékelni, hangsúlyozva, hogy az nem alárendelt tényező, hanem a fejlődés egyik meghatározója. Ebből a kettősségből származik a fentebb már említett probléma, mely a társadalmi evolúció kérdésével foglalkozókat is érintheti.

A darwini, általános evolúciós elmélet, olyan téziseket tartalmaz, melyek – paradox

módon – a *durkheimi* szociologizmus tanaiba is beférkőztek, a társadalmi munkamegosztás okának értelmezésénél: „*A munka nem azért oszlik meg jobban a társadalmak tömegének a növekedésével és a sűrűsödésével, mert a külső körülmények változatosabbak lesznek, hanem mert élesedik a létért folyó küzdelem.*” [Durkheim 2001, p.269.]. A munkamegosztás szükségyszerűségének és haladásának bizonyításaként Durkheim, Darwin elméletének azon passzusát emelte ki, mely az erőforrások szűköségére és az egyedek egymás közötti harcára vonatkozik: „*Az egyedek között vetélkedés folyik az erőforrásokért.*”¹³ Darwin hangsúlyozta e megfigyelése kapcsán, hogy a vetélkedés a hasonlók között a legnagyobb, tehát a fajon belüli, nem a fajok közötti kompetíció a kiélezett.¹⁴ Mindez Durkheimnél így jelenik meg: „*Az emberekre is ugyanez a törvény érvényes. A különböző foglalkozások együtt élhetnek egy városban anélkül, hogy kölcsönösen ártaniuk kellene egymásnak, mivel eltérő célokat követnek.*”... „*Am minél közelebb vannak egymáshoz a funkciók, annál több érintkezési pontjuk van, következésképpen annál inkább kénytelenek harcolni egymással.*” [Durkheim ibid.p.270]

Az evolúciós gondolkodás egyik kulcskifejezése, nevezetesen az adaptáció fogalma, is megjelenik a modern szociológiai gondolkodásban a Parsons által kidolgozott AGIL-séma kapcsán. Az adaptációt Parsons, mint funkcionális rendszerproblémát elemezte, s meghatározása szerint a rendszer és a környezet kölcsönös közelítésének szükségességét kell értenünk alatta. „*Ez jelenti egyrészt a környezet átalakítását a rendszer "képére" (szükségeitnek, céljainak megfelelően), másrészt a rendszer belső állagának, struktúrájának átalakítását a környezet követelményei szerint.*” [Csepeli-Papp-Pokol 1987, p. 180.]. Ezzel a definícióval Parsons a *spenceri* organikus szociológiához tér vissza, mely elsőként használja a struktúra és a funkció fogalmakat, valamint az adaptáció fogalmának ezen ún. aktív változatát: „*Az egyedek, vagy társadalmak változtatják tulajdonságaikat a környezet változásainak megfelelően.*”¹⁵ Eszerint az a struktúra kihullik az evolúcióból, ami nem tud alkalmazkodni a környezethez. Az evolúciónak szükségzerű velejárója a devolúció, mely nem csak hanyatlást jelent, hanem azt is, hogy néhány elem adaptációs képessége csökken, míg a többi elemé

erősödik. Mindezt a megfelelést annak tükrében kell értelmeznünk, hogy Parsons végleg el akarta temetni Spencert. Az evolúciós gondolkodásmódnak a szociológiába való újra-beemelése szempontjából tanúságosnak tűnik a *bourdieu-i* reflexív szociológia konfliktuselvű megközelítésének a tanulmányozása, különös tekintettel a mező fogalmára, mely nem analóg a modern szociológiai elméletben elterjedt rendszerfogalommal. „*A mező-fogalom – jöllehet a társadalmi valóságban hasonló jelenséget fedhet le, mint a rendszer-fogalom – a hangsúlyt arra helyezi, ami a rendszer-fogalomból akár ki is maradhatna: azokra a feszültségekre, amelyek az erőterén belül keletkeznek és a „rendszert” (vagy mezőt) ténylegesen mozgásban tartják*” [Ferge 1978, p.416.]. Bourdieunek a tudományos tőkére vonatkozó analízise is – melyet a Homo Academicus című könyvében fejt ki –, érdekesnek tűnik a szociobiológia és a szociológia határmegvonódásainak szempontjából. A szociobiológiai diszciplína olyan területekre téved az emberi magatartás evolúciós architektúrákban rögzített programjainak feltárásával, melyek más alapról, nevezetesen biológiai alapról magyaráznak meg a szociológia tudományának kompetenciájába tartozó kérdéseket. Olyan fontos – társas viselkedést érintő – problémák ezek, mint: szexuális és párvalasztási stratégiák, altruizmus, reciprok altruizmus (kölcsönös önzetlenség), nepotizmus-rokonszelekció, szolidaritás, házasság és család intézménye, szülői ráfordítás kérdésköre, agresszió, probléma-megoldási és kooperációs képesség, nemi egyenlőtlenségek, s nem utolsósorban a társadalmi egyenlőtlenségek.

A szociobiológia nem különböző géneket keres, melyek mondjuk felelősek az altruizmusért, vagy az agresszióért, egyszerűen az evolúciós megközelítést alkalmazza az emberi viselkedésre, a szociabilitás adaptív jelentőségének tanulmányozására. Maga Darwin is tudta, hogy a fokozatos leszármazási módosulásokkal haladó evolúciónak messze ható filozófiai jelentősége van, mert nem áll összhangban a változatlan világ eszméjével, s nem azért mert szükségyszerűen ateista, hanem mert episztemológiailag kényszerít minket újragondolásra.

„*A mai humán szociobiológia természetesen nem azonosítható a spenceri biológizmussal, vagy a szociáldarwinizmussal,*

a szociobiológusok célja nem az, hogy az embereket csupán biológiai szemszögből vizsgálják, legkevésbé akarnak egy etikát megalapozni, mely az erősebb túlélését (the survival of the fittest) igazságossági elvvé emeli.” [R. Boudon/F. Bourricaud 1982, p.511.]¹⁶

Záró megjegyzésként szeretném jelezni, hogy a neoliberalizmus - mely persze komoly filozófiai és közgazdaságtani gyökerekre támaszkodik (Mill, Hayek, Friedman, etc.) -, egy olyan ideológiai rendszer, mely a társadalompolitikát és persze a szociálpolitikát, mint diszciplínát erősen befolyásolja, de ez nem azt jelenti, hogy általában a társadalomtudósok elképzeléseit is tükrözi, mint ahogyan azt Mund cikke végén megjegyzi. Már csak azért sem, mert a társadalom- és szociálpolitika nem értékmentes tudományok weberi értelemben, azaz erősen értékterheltek, így csak az ezen diszciplínát meghatározó társadalomfilozófiai, szociológiai, etc. elméleti kereteket célszerű a tudományos alrendszer, avagy tudományos mező termékeinek tekinteni. Mindemellett a neoliberális paradigma és a szociobiológia bizonyos nézetei közötti érintkezés valóban kitapintható, mint fentebb már utaltunk rá.

A Mund által idézett Luc Ferry markáns véleményét - miszerint a szociológia és a biológia egyaránt korlátozza az emberi lehetőségeket, mivel: „E két tudomány nem győzi hangoztatni, hogy az egyén egy társadalmi, vagy biológiai közeghez való tartozás által jön létre, van meghatározva és modellálva. (...) biológiai természetű meghatározottságunk mellett szociális feltételeinktől is függünk, mindenekelőtt osztálykörülményeinktől. (...)” [Mund 2003] – valóban, megtámogathatjuk azzal a már minden első éves szociológus hallgató által ismert ténnyel, hogy: a szociológia az a tudomány, amely hiszi, hogy az ember társadalmi stuktúrában elfoglalt helye meghatározza (szignifikáns) mind a fizikai, mind a társadalmi életesélyeit, így azt, hogy nagy valószínűséggel, meddig fog élni, hány

gyereke lesz, milyen lesz az iskolai végzettsége, mi lesz a foglalkozása, mekkora lesz a jövedelme, hol és mekkora lakásban fog lakni, milyen lesz az ízlése, milyen életstílust fog követni, milyen lesz az egészségi állapota, korlátozott, avagy kidolgozott nyelvi kódban fog-e beszélni, s hogy mekkora valószínűséggel lesz alkoholistá, vagy öngyilkos. Ennek a sztochasztikus jellegnek a legszebb, empirikus kutatásra épülő munkája, Bourdieu: La distinction című műve, mely a 60-as és 70-es évek francia társadalmának bemutatása az osztályok ízlésének eltérő társadalmi megformáltsága alapján.¹⁷

Érzésem szerint, ahhoz, hogy a vita tovább folytatható legyen, a következő alapvető kérdésekre kell választ keresni: a szociobiológiának, mint viszonylag új tudományterületnek, mi a viszonya a szociológiához, van-e helye azon belül. A társadalmiasulás szociológiai értelmezésébe lehet-e integrálni a szociobiológia azon alapvetéseit, melyek a közösségek szerveződéseit, a szaporodási és erőforrás-szerzési stratégiákat hivatottak magyarázni. Továbbá: a szociobiológia kérdésfeltevései egységes paradigmába foglalhatók-e (a kifejezés Kuhn által használt értelmében), vagy esetleg többparadigmájú tudományról van szó. (Érdekes metaelméleti kérdésfeltevés lehet az is, hogy létezhet-e egyparadigmájú tudomány egyáltalán?) Nagy súlyt kell fektetni arra is, hogy a szociobiológia kérdésfeltevéseit ütköztessük a szociológiaelmélet legfontosabb „paradigmáival”. Kimutatandó a két tudomány kérdésfeltevéseinek nyílt, vagy rejtett különbsége és esetleges hasonlósága is. Különösen gyümölcsöző lehet az összehasonlítás a társadalomszerveződési logikákra és a cselekvéseméleti megfontolásokra vonatkozó eltérő elméleti alapállások között. Fontos kérdésnek tartom azt is, hogy az utóbbi években – főleg az angolszász szociológiai szakirodalomban megjelentek a szociobiológiai megközelítések egyes állításainak empirikus tesztelési kísérletei is, már-már a két tudomány közötti interdiszciplináris viszonyt sejtetve.

Irodalom

1. Mund Katalin: Biofóbia a szociológiában (Magyar Lettre, 50.szám 2003.)
2. Comte, Auguste: Cours de philosophie positive 4^e vol. Paris, 1869
3. Lakatos László: Mi a baj a szociológiával és hogyan nem kéne rajta segíteni? Szociológiai Szemle, 2001/3

4. Pléh Csaba: A gondolatok terjedési mechanizmusai: mémek vagy fertőzések. Replika, 40.szám, 2000.
5. Kuhn, Th. S. : A tudományos forradalmak szerkezete. Gondolat, Budapest, 1984.
6. Polányi Mihály: Személyes tudás 1. kötet Atlantisz Könyvkiadó, Budapest, 1994.
7. Wilson, E. O.: On human nature Harvard Univ. Press, Cambridge Mass., 1978.
8. In.: Sasvári Mária: A társas magatartás evolúciója
<http://bio.univet.hu/SALVE/00library/eto-szeminar/SASVARI.htm>
9. Wilson, E. O.: Sociobiology: The new synthesis Harvard Univ. Press, Cambridge, Mass., 1975.
10. In.: Sasvári Mária: A társas magatartás evolúciója
<http://bio.univet.hu/SALVE/00library/eto-szeminar/SASVARI.htm>
11. Sahlins, M.: Critique de la sociobiologie ; aspects anthropologiques (1976) Paris, Gallimard, 1980.
12. Csányi Vilmos: Az emberi természet. Vince Kiadó, 1999.
13. Csányi Vilmos: Magatartásgenetika Akadémiai Kiadó, Budapest, 1977.
14. Dawkins, Richard: Az önző gén Gondolat, Budapest, 1986.
15. Bereczkei Tamás: A génektől a kultúráig. Cserépfalvi, 1992.
16. Boudon, Raymond/Bourricaud, Francois: Dictionnaire critique de la sociologie. Presses Universitaires de France 1982.
17. Polányi Károly: Az archaikus társadalom és a gazdasági szemlélet. Gondolat, Budapest, 1976.
18. Ferge Zsuzsa: Elszabaduló egyenlőtlenségek. Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület, Budapest, 2000.
19. Ferge Zsuzsa: Társadalmi újratermelés és társadalompolitika. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1982.
20. Dobzhansky, Theodosius: Örökletes változatosság és emberi természet. Kriterion, Bukarest, 1985.
21. Gábor Éva: Polányi Mihály két háborúja. Polányiana, 2001.
<http://www.kfki.hu/~cheminfo/polanyi/0112/pol2001-031-040.pdf>
22. Spencer, Herbert: Alapvető elvek. Grill Károly Könyvkiadó Vállalata, Budapest 1909.
23. A szociológia kialakulása szerk.: Felkai G., Haskó K., Molnár A. K., Némedi D., Pál E. Új Mandátum Könyvkiadó Budapest, 1999.
24. Piaget, Jean: A viselkedés mint a fejlődés hajtóereje. Akadémiai Kiadó, Budapest 1988.
25. Durkheim, Émile. :A társadalmi munkamegosztásról. Osiris, 2001.
26. Csepeli-Papp-Pokol: Modern polgári társadalomelméletek. Gondolat, Budapest, 1987.

Végjegyzék

¹ Bővebben lásd Pléh 2000.pp. 165-185.

² Idézi Sasvári 1979.

³ Marshall Sahlins: Critique de la sociobiologie; aspects anthropologiques. Gallimard, Paris, 1980, p. 30. (1976) Sz.G. ford.

⁴ Idézi Sasvári 1979.

⁵ Idézi R. Boudon/F. Bourricaud 1982, p.509. Sz. G. ford.

⁶ Idézi Bereczkei 1992, p.18.

⁷ Sz. G. ford.

⁸ Bővebben lásd Sasvári 1979.

⁹ Bővebben lásd Marshall Sahlins: Critique de la sociobiologie; aspects anthropologiques. Gallimard, Paris, 1980, p. 25 à 45. (1976)

¹⁰ Spencer az „Alapvető elvek” című műve 538. oldalán a következőt írja: „ Ha könyvemnek ezt a részét (értsd: 156.§, 157.§, 158.§ 159.§ - SZ.G.), amelyet legelőször a Westminster Review 1857. évi áprilisi számában tettem közzé, később írtam volna meg, mint ahogy Darwinnak a fajok eredetéről szóló munkája megjelent, nem pedig előtte, akkor a dolgot bizonyára másképp [sic!] fejeztem volna ki. Utaltam volna a ’természetes kiválasztás’ processzusára mint olyanra, amely a leírt differenciációkat nagy mértékben előremozdítja.”

¹¹ Idézi Pál 1999, p. 162.

¹² Bővebben lásd Wilson-Bossert: Bevezetés a populáció-biológiába. Gondolat, Budapest, 1981, p. 34.

¹³ Idézi Csányi 1999. p.30.

¹⁴ Lásd Csányi 1999.

¹⁵ Idézi Pál 1999. p.161.

¹⁶ Sz. G. ford.

¹⁷ Lásd Sz. G.: Adalékok a kispolgárság osztályozásához és osztályhabitusához Pierre Bourdieu: La distinction című műve alapján, pp.367-433. Évfolyamdolgozat, 1996, Sz. G. ford.

Biological problems of Sociology

Szirkik, G.

University of Szeged Faculty of Health Sciences Department of Social
Work and Social Policy
e-mail: szirkik@efk.u-szeged.hu

Keywords: evolution, biology, sociology, socio-biology.

Summary

I began reading with great excitement after the title of the article the scientific paper published in the 50th issue of “Magyar Letter” which was written by Katalin Mund. According to the paper the topic deals with not the domain problems of biology and sociology, but :” mostly the other main cause of biological warfare, i.e. with the question of its political usage.” [Mund 2003]. Unfortunately, this part of the problem is worth a mass, as the author gives a clear and correct explanation. We were naïve to believe that the nurture-nature question is no longer a question, it is the problem only of the “old” psychology and books on sociology; it describes the fundamental ratio of human nature in full detail. In spite of this we consider- not to be involved totally- to continue this debate in an other way, because the change in handling the question (on behalf of sociologist) cab be realized only on the basis of special arguments. Our paper may help to clarify these arguments, of course without a perfect answer.

A védőnői tevékenység lehetősége a posztnatális depresszió prevenciójában

Csatordai Sarolta

főiskolai adjunktus

Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Védőnő Szak

e-mail: csatordai@efk.u-szeged.hu

Kulcsszavak: posztnatális depresszió, vulnerabilitás, Leverton-teszt, prevenció, pszichoterápia

Összefoglalás

A női élet egyes ciklusai kifejezett vulnerabilis időszakot jelentenek depresszió tekintetében. A posztnatális depresszió, mint specifikus gyermekágyi pszichiátriai zavar az 1800-as évek közepe óta ismert. Elkülönítendő a „maternity blues” hormonális hatáson nyugvó tünetegyüttestől és a gyermekágyi pszichózistól is. Általános jellemzője a hangulati labilitás, reményvesztettség, tehetetlenség, elégtelenség érzése. Előfordulási gyakorisága a nemzetközi vizsgálatok szerint 10-15%-ra becsülhető. A kérdéskör hazai elemzői szerint ez az arány magasabbnak bizonyul. Súlyos következményei miatt (önértékelési zavar, büntudat, késleltetett anya-gyermek közötti kötődés, házassági feszültség stb.), a peripartum időszak zavarainak terápiájában lényeges szempont lehet a prevenció.

Kutatási célunk a posztpartum depresszióra való vulnerabilitás kimutatását szolgáló Leverton-féle kérdőív alkalmazásával a kórkép tüneteinek felderítése a terhesség alatt, a „sebezhető” terhesek körében végzett pszichoterápiás csoportfoglalkozásokkal a betegség előfordulási gyakoriságának csökkentése, a megelőzés módszerének kidolgozása és a védőnői gyakorlatba történő beépítése.

A vizsgálatot 2001-2003 között Magyarország déli régiójának 4 megyéjében 680 fős mintán, a terhesség kezdetén, majd a gyermekágyas időszakban megismételve végeztük, Leverton-féle (önkitöltéses, anonim) interjúlapot használva, amely a posztnatális depresszió előrejelzését szolgálja. Kiértékeléskor a komoly tünetekre jellemző válasz 2 pontot, az enyhébbeké 1 pontot, a negatív válasz 0 pontot ér. Az elérhető maximális pontszám 48 lehet. Az ajánlott séma szerint a 10 pont feletti értékek vulnerabilitást jeleznek. Körünkben végzett csoportterápia alkalmazásával, a kórkép kifejezett esetei számának csökkenését reméljük.

Előzetes eredményeink szerint a máterek több mint fele terhessége során érintett a depressziós alaphangulat tüneteit illetően.

Súlyos szomatikus tünetek viszonylag kis számban fordultak elő, viszont a vizsgált terhesek magas aránya érzi néha - vagy gyakran - nagymértékben fáradtnak magát. Vizsgálatunkban 570 (83%) várandós anya került a 10 pont feletti értéket mutató vulnerabilis csoportba, terhességének első vagy második trimeszterében történt tesztelését követően. A gyermekágyas időszak végén megismételve a Leverton-féle kérdőív felvételét, 13%-kal csökkent a vulnerabilitás mértéke, anélkül, hogy pszichoterápiás beavatkozás történt volna.

A lehetséges prevenció bázisaként a jövőben, az első trimeszter felvételét követő, kiértékelés alapján vulnerabilisnak bizonyult gravidák számára 4x3 órás időtartamú, pszichoterápiás effektussal bíró csoportfoglalkozások keretében történő oktató jellegű üléseket ajánlunk fel, melyet pszichiáter és mentálhigiénés védőnő vezet.

Várakozásaink szerint - kontrollcsoportot is vizsgálva - a szisztematikus szülésre valamint anyaszerepre felkészítés alkalmával a vulnerabilitás előfordulása jelentősen mérsékelhető a gravidák körében.

A nők 10-20%-a szenved szülés utáni depresszióban, amely 2 héttől 1 évig is eltarthat. A posztnatális depresszió külföldi előfordulási adatai azt jelzik, hogy a

védőnők gyakran találkoznak ezzel az állapottal a fiatal anyákkal végzett munkájuk során, mégis a szakemberek többször félreértelmezik, nem ismerik fel vagy nem veszik időben észre. Tehát megkülönböztetett figyelmet érdemel a szorongás okozta szomatikus és pszichés tünetek perinatális időszakban történő, védőnők általi korai kiszűrése. Ez tudná tevőlegesen előmozdítani a megfelelő és hatékony terapeutikus beavatkozást. Ilyen eszköz a Leverton-teszt, amely a terhesség, szülés és szülést követő időszak követésére alkalmas, különös tekintettel a korai anya-gyermek kapcsolatot befolyásoló történések monitorizálását célozva.

Bevezetés

Az ember életútját tekintve vannak olyan életperiódusok, amelyekben az egyén sérülékenyebb, gyakrabban alakul ki depressziós megbetegedés. A női élet ciklusai, egyes periódusai kifejezetten vulnerábilis időszakot jelentenek depresszió tekintetében.

Kiemelkedő jelentősége van a terhesség, szülés és gyermekágy intervallumának. Mind fizikális, mind pedig érzelmi szempontból lényeges állomás ez. A hormonális és érzelmi változások hatására a *terhesség* alatt általában „elsimulnak” az addigi pszichés problémák, sok esetben javul a kedélyállapot, az esetleges szorongásos (pl. pánik) betegségek tünetei „halványodnak”. Terhesség alatt kb. 25-30%-ban tapasztalhatók depresszív tünetek, amelyek nem minden esetben igényelnek kezelést. Más a helyzet a terhesség után, mert akkorra a tünetek súlyosbodhatnak és beavatkozást tesznek szükségessé.

A *szülést követő időszak* pszichiátriai problémái három fő kategóriába sorolhatók:

- Postpartum blues 50-85%
- Postpartum/postnatal depresszió (PND) 10-20%
- Postpartum pszichózis 0,1-0,2%

Az első esetben a szülést követő néhány napban - leggyakrabban a negyedik nap környékén - enyhe lehangoltság érzése (blues) jelentkezhet, mely pár nap alatt el is múlik, és nem kell kezelni. A két hétnél tovább tartó, vagy a postnatalis időszakban jelentkező és a depresszió kritériumait kimerítő állapotot *postnatalis depresszió*nak nevezzük. Ez az állapot már orvosi beavatkozást és kezelést indokol. Legsúlyosabb esetekben pszichotikus tünetek is jelentkezhetnek, mely a beteg nő és gyermeke életét is veszélyeztetheti. Előfordulási gyakorisága a legtöbb komoly vizsgálat szerint 10% körül mozog. A későbbi szüléseknél nagy a visszaesés kockázata, kb. 30-50% (1, 2).

A posztnatális depresszió, mint specifikus gyermekágyi pszichiátriai zavar, az 1800-as

évek közepe óta ismert, de komoly figyelmet csak kb. fél évszázada kapott. Ma az egyik leggyakrabban kutatott szülés utáni komplikáció a nemzetközi szakirodalom szerint. Elkülönítendő a „maternity blues” hormonális hatáson alapuló tünetegyüttesétől, és a gyermekágyi pszichózistól is.

Általános jellemzője - mint minden neurotikus depresszió esetében - a hangulati , labilitás, reményvesztettség, tehetetlenség, valamint az elégtelenség érzése. Mindez fokozhatja az egyébként is gyakran előforduló félelmet a materben, miszerint nem tud „elég jó anya” lenni (3).

A peri- és postnatalis hangulatzavarok tüneteit az 1. sz. táblázat tartalmazza.

Tünetek:	- Inszomnia
	- Étvágyzavarok
	- Energiátlanság, funkcionálási képtelenség
	- Visszahúzódás, szociális izoláció
	- A gyermekhez való viszonyulás megváltozása
	- Memória-, koncentrációs problémák
- Szétszórtság, zavarodottság, aggodalmasság	

1. sz. táblázat Postnatalis depresszió tünetei

Jelenlegi álláspont szerint nem különálló betegségről van szó, hanem depresszióról, postpartum kezdettel. A betegség leggyakrabban a szülést követő 4 héten belül indul és kezelés nélkül akár 2 évig is eltarthat. Spontán remisszió, gyógyulás a legtöbb esetben 3-6 hónap múlva következik be. A tünettán a major depresszió jellegzetességeit mutatja, de gyakran az anya-gyermek kapcsolatban ill. a gyermek ellátásában súlyos gondok és elégtelenségek alakulnak ki (1, 2).

Az utóbbi évtized nemzetközi longitudinális vizsgálatai 10-15%-ra becsülik a

posztnatális depresszió előfordulási gyakoriságát (4). A kérdéskör hazai elemzői szerint ez az arány Magyarországon magasabb (5). A közleményekben hangsúlyozzák, hogy időben kell észlelni és megfelelően értékelni a terhesség alatti pszichés történéseket, a környezet figyelmét is elkerülő finom eltéréseket, hangulatzavarokat, az anya szorongásait, mert súlyos következményei lehetnek.

Legjelentősebbek közülük:

1. Megakadályozza, hogy a csecsemő jelzéseire érzékeny módon válaszoljon. Kommunikációs zavart okoz az élet kritikus periódusában.
2. Jelentősen és maradandóan befolyásolhatja az anya önértékelését, aki úgy érzi, hogy nem tud eléggé megfelelni anyai szerepének.
3. Állandó büntudat forrása lehet, mivel ezek az anyák azt gondolják, betegségük gátolja a gyermekükkel való emocionális kapcsolat harmóniáját.
4. Késlelteti az anya-gyermek közötti kötődés kialakulását.
5. Hosszú távú hatása lehet a gyermek viselkedésére és/vagy kognitív képességeire.
6. Házassági feszültségekhez is vezethet (6).

A peripartum időszak zavarainak terápiájában lényeges szempont a prevenció és a profilaxis. Minden beteg szeretné elkerülni a gyógyszeres vagy egyéb kezelést, éppen ezért a megelőzésre igen nagy hangsúlyt kell fektetni. Ennek része a rizikó faktorok kiszűrése, a felvilágosítás és tanácsadás. Az ismert rizikóval ill. anamnézissel rendelkező betegekkel az antepartum ill. a postpartum időszakban meg kell kezdeni a profilaktikus terápiát: szupportív jellegű pszichoterápia, interperszonális terápia, családterápia ill. farmakoterápia formájában.

A gyógyszeres terápia sok esetben nem kerülhető el a terhesség alatt ill. az után előforduló depressziók kezelésében, azonban gyakran okoz problémát a terhesség ill. a szoptatás időszak alatti gyógyszerválasztás (1, 2).

Jelen dolgozatban vizsgálni kívánjuk, hogy a védőnői prevenció tevékenység során milyen konkrét lehetőségek kínálóznak a posztnatális depresszió megelőzésére.

Kutatási célunk

- 1) A posztnatális depresszióra való vulnérabilitás kimutatását szolgáló Leverton-féle kérdőív használatával a kórkép tüneteinek felderítése a terhesség alatt.
 - 2) A „sebezhető” terhesek körében végzett, pszichoterápiás csoport-foglalkozásokkal a betegség előfordulási gyakoriságának csökkentése.
 - 3) A megelőzés lehetséges módszerének kidolgozása és a védőnői gyakorlatba történő beépítése.
- A vizsgálat várható haszna és jelentősége
- Időben kiszűrésre kerülnek a posztnatális depresszióra vulnérabilis egyének => szakemberhez irányíthatók;
 - Megbízható epidemiológiai adatokhoz jutunk, melynek segítségével kidolgozható módszer a védőnői munkába beilleszthető a későbbiekben, javítva ezzel annak minőségét;
 - Az egészségügy dehumanizálódásával a várandós anyák gondozása az objektív értékek analizálására szorítkozik. Eközben a kommunikáció, a lelki-pszichés történésekkel való törődés elsikkad. A szülés körüli időszak alatt megjelenő depresszió és szorongásos rendellenességek védőnői felismerésével és a segítő attitűd megnyilvánulásával javulna a védőnői munka minősége, a szakma kedvezőbb megítélése;
 - A társszakmákkal való szorosabb együttműködést „kényszeríthetné” ki. Pl. a magzat szomatomentális fejlődésének nyomon követését szülészekkel együtt végezni. => Mutatkozik-e eltérés azon anyák gyermekeinek fejlettségében, akik részt vesznek a terápiás foglalkozásokon, ill. akik elzárkóznak az igénybevételtől.

Hypotézisek

- 1) A szorongás okozta objektív tünetek nagy gyakorisággal fordulnak elő a terhesek között.
- 2) A gyermekvárás attitűdje befolyással van a kórkép kialakulására.
- 3) A kedvezőtlen szociális háttér, az anyagi gondokkal küszködők veszélyeztetettebbek a posztnatális depresszió kialakulásában.
- 4) Az anya szorongásszintjét fokozhatják az előzményben szereplő sikertelen terhességek.

- 5) Az először szülők szorongásának előfordulási gyakorisága nagyobb.
- 6) A primiparák szorongásának leggyakoribb oka attól való félelmük, hogy nem tudják ellátni gyermeküket.
- 7) A szülést követően alacsonyabb a depressziós tünetekkel küzdők aránya, mint a korai terhességben.
- 8) A posztnatális depresszió a vulnerábilis csoportokban csoportterápiával eredményesen csökkenthető.

A vizsgálat módszere

Leverton-féle (önkitöltéses, anonim), 55 kérdést felölelő interjúlapot használtunk, amely a posztnatális depresszió előrejelzését szolgálja, különös tekintettel a korai anya-gyermek kapcsolatot befolyásoló történések körének monitorizálására kifejlesztve. (Segítségével 1984-ben a londoni Lewisham Hospitalban folytattak felméréseket.)

A Leverton-teszt pszichológiai és szociológiai változói köré csoportosítottproblematikák sora:

- a) pszichológiai előtörténet
- b) házastársi viszony
- c) bizalomteljes kapcsolatok
- d) szorongási skála (Crown Crisp Experimental Index = CCEI)
- e) megelőző posztnatális depresszió

A hangulati élet zavarainak kimutatására szolgáló 24 kérdésből álló fejezet, a szorongási index felvételét célozza (CCEI), mely a *szorongás*, a *depresszív alaphangulat* és a *szomatikus szimptomák* körét érinti.

Kiértékeléskor az egyes komolyabb tünetekre jellemző válasz 2 pontot, az enyhébbeké 1 pontot, míg a negatív válasz 0 pontot ér. A maximális pontszám 48. Az ajánlott séma szerint a 10 pont feletti értékek már vulnerabilitást jeleznek.

A posztnatális depresszió prevenciójának hatékony módszerét keresve, a jövőben az első trimeszter felvételét követő kiértékelés alapján vulnerábilisnak bizonyult gravidák számára 4x3 óra időtartamú pszichoterápiás effektussal bíró, csoportfoglalkozások keretében bonyolódó, oktató jellegű üléseket ajánlunk fel, melyet pszichiáter és mentálhigiénés védőnő vezet. A részvétel itt is önkéntes, tehát véletlenszerűen kerülhetnek be a terápiás csoportba. Kettős vak vizsgálati módszert alkalmazva az anyák előtt nem ismeretes, hogy ők egy terápiás eljárásban részesülnek, ugyanúgy a gondozó körzeti védőnők sem

kapnak tájékoztatást a kísérletről. A csoportban maximum 15 személy foglalkoztatható.

A szervezett keretek között zajló oktató program tematikája a következő, melyeket minden esetben hangfelvétel rögzít:

- a várandósság - a magzat méhen belüli fejlődése, a méhen belüli fejlesztés kommunikációs lehetőségei;
- a szülés, a születés - a megszületés élménye a magzatra, gyöngéd születés, a szülővé válásra, az anyai, apai szerepekre felkészülés mentálhigiénés vonatkozásai;
- az újszülött és a csecsemő táplálása, a szoptatás, az anyatej jelentősége, szerepe az anya-gyermek kapcsolat erősítésében;
- a babamasszázs, az érintés szeretete - a vajúdás és a szülés alatti légzés és ajánlott testhelyzetek;
- a relaxációs technikák elsajátítása;
- aktuális szorongások feloldása;
- valamennyi terheseket foglalkoztató kérdés megvitatása.

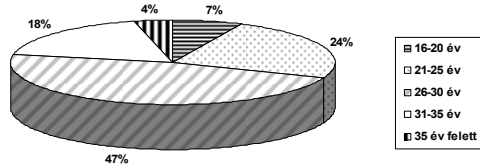
Várakozásaink szerint - kontroll csoportot is vizsgálva - a szisztematikus szülésre, valamint anyaszerepre felkészítés alkalmazásával a vulnerabilitás előfordulása jelentősen mérsékelhető a gravidák körében.

A kontroll csoportot a vulnerábilisnak bizonyult (10 pont feletti értékkel rendelkező gravidák), de a pszichoterápiás kurzust nem látogató terhesek képezik.

E nagyon érzékeny és kritikus periódus specifikus - szorongás túlsúlyos - tüneteinek észlelésére más mérő módszerek használata, mint pl. Beck, vagy az Edinburgh Postnatal Depression Scale, Diagnostic Interview Schedule (DIS), Juhász-féle Pontozó Skála, Disability kérdőív teljességgel indokolatlan, hiszen ezek a depresszió súlyos eseteinek előfordulását tesztelik (7, 8).

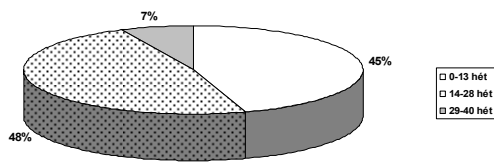
Vizsgált minta

Az előzetes vizsgálatot 2001-2003 között Magyarország déli régiójának 4 megyéjében 680 fős mintán, a terhesség kezdetén, majd azt a gyermekágyas időszakban megismételve végeztük.



1. ábra: A terhesek korcsoport szerinti megoszlása

Felmérésünkben 324 multipara és 356 primipara szerepelt. A korábbi szülészeti események, azok tapasztalatai - feltételezéseink szerint - szerepet játszhatnak az aktuális pszichés státuszban.



2. ábra: A terhesség ideje szerinti megoszlás

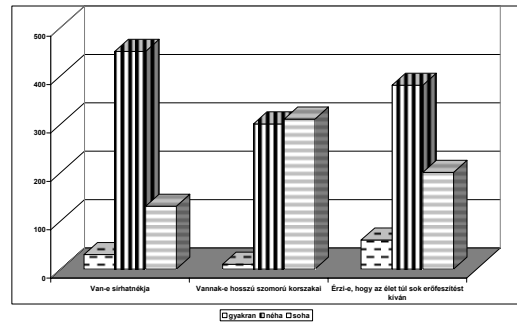
Kívánatos lenne, ha a 0-13. gesztációs hetekre koncentrálna az első jelentkezés, s ezzel együtt a Leverton-féle teszt felvétele is.

A mintavételezés valamennyi terhesgondozásra először jelentkező és a kérdések megválaszolását vállaló - bár a vizsgálatokról előzetesen nem tájékoztatott - várandós anyára kiterjedt. A kérdőív szerkezete olyan, hogy a gravidák a tanácsadás várározási ideje alatt kitölthették. Értelmezési nehézség esetén a jelenlévő körzeti védőnő segítette a megválaszolást, ill. a mérőeszköz kitöltését. A primi- és multipara anyák külön kérdőívet kaptak.

Előzetes eredmények

Depressziós alaphangulat tünetei

A hangulati élet zavarainak tünete a szomorúság, nyomott kedélyállapot, mely erősen akadályozza a napi tevékenységek szokásos rendben történő ellátását.

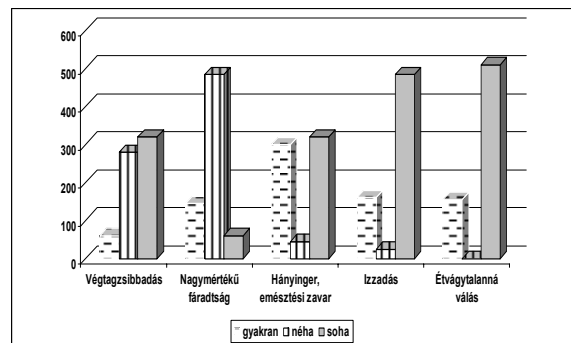


3. ábra: A terhesek megoszlása a depressziós tünetek gyakorisága szerint

Megváltoztatja a környezethez való viszonyt, nehezíti a kommunikációt, elbizonytalanítja a döntési szinteket. A mamek több mint fele terhessége során érintett a felsorolt érzéseket illetően.

Szomatikus tünetek gyakorisága

Súlyos szomatikus tünetek viszonylag kis számban fordultak elő, viszont a vizsgált terhesek magas aránya érzi néha - vagy gyakran - nagymértékben fáradtnak magát.

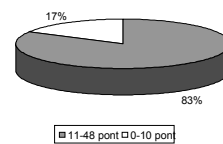


4. ábra: A terhesek megoszlása a szomatikus tünetek szerint

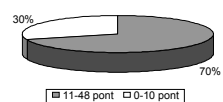
Leggyakoribb tünetek: lehangoltság, szorongás, örömtelenség, érdektelenség, ingerlékenység mellett a fáradékonyság, emésztési zavar, étvágytalanság, izzadás, végtagzsibbadás érzése.

A vulnerabilitás mértéke a CCEI alapján

A kódolási utasítás alapján a 10 pont feletti CCEI értéket mutató terhesek vulnerábilisnak tekintendők.



5. ábra: Vulnerabilitás előfordulása terhesek között



6. ábra: Vulnerabilitás előfordulása szülés után 6 héttel

Vizsgálatunkban 570 (83%) várandós anya került ezen csoportba, terhességének első vagy második trimeszterében történt tesztelését követően.

A gyermekágyas időszak végén megismételve a Leverton-féle kérdőív felvételét 13%-kal csökkent a vulnerabilitás mértéke anélkül, hogy pszichoterápiás vagy bármilyen egyéb beavatkozás történt volna. Ez az arány még így is magasabb az angolszász irodalomban előforduló értékeknél (5).

Megbeszélés

Viszonylag magas esetszámú vizsgálatunk eredményei arra utalnak, hogy a gyermekvállalás az asszonyokban nemcsak testi, hanem lelki változásokat is előidéz. Többnyire az öröm, néha az izgalom - helyenként a „ajj, Istenem, csak egészséges legyen a babám” gondolata - mindenkiben jelen van. E hangulati ingadozások azonban különösebb terhet nem jelentenek a családoknak, mindenki természetesnek tekinti. Egyes esetekben azonban ez olyan súlyú is lehet, hogy szaksegítségre van szükség. Köztudottan a lehangoltság, a szorongás, a hangulati zavar és a depresszió között nemcsak időbeli, hanem fokozati különbség is van.

Eredményeink megközelítően összhangban vannak az irodalomból eddig ismert - nem nagyszámú - hazai vizsgálatok eredményeivel (9. 10., 11.), azonban kedvezőtlenül eltérnek a nemzetközi felmérésekben olvasott adatok mértékében (4).

A szülés utáni 2-3 hétben a nők 60-80 százaléka kimerültnek érzi magát, nem tudnak aludni, depressziósak vagy félnek, szoronganak. Érzékenyebbek, idegesek, aggódnak, hogy megfelelnek-e az anyaság magas szűz követelményeinek. Gyakran kérdezik maguktól: „Miért vagyok olyan levert, amikor végre megszületett a kisbabám, akit annyira vártam?” Mindenki izgatott és boldog, csak az édesanya nem. „Ha ez életem legszebb időszaka, miért nem érzem?”

A szülés utáni depresszió hormonális, biokémiai, pszichológiai és genetikai okok kombinációjának eredménye. A szülést követő hormonális és szervi változások, a hazatérés kórházból mind oka lehet ennek az állapotnak. A felelősség új érzése, amit a csecsemővel kapcsolatban érez a kismama, igen lehangoló is lehet (11).

A szülést követő kedvetlenséghez hasonló, de sokkal súlyosabb tünetekkel jelentkeznek a szülés utáni depresszió.

Kialakulásának hátterében az egyéni sérülékenység és a környezeti hatások játszanak szerepet. Az egyén sérülékenysége egyrészt a már említett örökletes tényezők, másrészt a korai életek tapasztalatai (anya-gyermek kapcsolat, nevelési módszerek) szabályozzák.

Környezeti tényező lehet minden olyan nagy stresszel járó életesemény, mely kimeríti az asszonyok alkalmazkodó képességét. Ilyen életesemény lehet a szülés is.

Sokan gondolják azt (szakemberek és nem szakemberek egyaránt), hogy a szülés fizikai és lelki súlya az, ami a gyengébb pszichológiai tartalékokkal rendelkezőt olyan mértékben terheli meg, hogy „berobban” a depresszió.

Az ilyen anya nem tudja megfelelően ellátni gyermekét. Bizonyos esetekben túlzottan aggódik érte, máskor közömbös iránta vagy agresszív gondolatai vannak vele kapcsolatban (10).

Terhesség alatt észlelt vulnerabilitás esetén a posztnatális depresszió gyakorisága - a külföldi tanulmányokban közzétettek szerint - 30% körüli, szemben az átlag populáció 10-15%-os előfordulásával.

A csoportterápia alkalmazásával a kórkép kifejezett eseteinek száma mintegy egyharmadára csökkenthető a veszélyeztetettek körében (4).

A tárgykörben átfogó jellegű, nagy elemszámú vizsgálatokról szóló magyarországi adatok nem ismeretesek (9).

A szakemberek sokat tudnak a szülés utáni depresszióról, azonban mégis meglepetés volt egy angol vizsgálat eredménye: a korábbi ismeretekkel ellentétben, ez a betegség gyakrabban fordul elő a várandósság alatt, mint a szülés után. Tehát érdemes felfigyelni a várandósok erősen változó, nagyon ingadozó kedélyállapotára (10).

Saját vizsgálatunkban ugyan csak a vulnerabilitás adatai állnak rendelkezésre, de azok a fentiekkel megegyező eredményre engednek következtetni. További következtetéseink annyiban foglalhatók össze - miszerint a hazai elemzők a szülés utáni depresszió fellépésével az első év bármelyik időszakában az anyák mintegy 10%-ánál számolnak (10) -, jelen vizsgálatunk vulnerabilisnak bizonyuló esetei közül - a

nemzetközi becslések figyelembevételével (4) - a posztnatális depresszió magasabb arányú előfordulása prognosztizálható mintánkban. Feltétlenül kutatni szükséges az elkövetkezendőkben az eltérés okát. Vizsgálatunk a csoportterápiás foglalkozások késleltetett volta miatt előtanulmányoknak tekinthető. A lehetséges prevenciót a pszichoterápiás csoportok működtetésétől reméljük.

A pszichoterápiás ellátás várható hatásai és alapfogalmai:

A pszichoterápia általános definíciója szerint: „minden olyan segítő, gyógyító beavatkozás, amely emberi kölcsönhatás révén próbál változást létrehozni az élmények átélésének és feldolgozásának a módjában, valamint a magatartásban. A pszichoterápiát végző és az azt befogadó ember között nem történik más, mint ami az emberi érintkezésekben, kölcsönhatásokban általában. Tapasztalatilag, illetve tudományosan kialakult feltételek között zajlik, a hatóelemeket lehetőség szerint tisztítva és sűrítve tartalmazza. Ilyen módon a pszichoterápia sok tekintetben hasonló egynemű gyógyszerre, alapanyaga természetes. Az emberi tapasztalat már régóta a betegségek gyógykezelésére használja fel, még hogy ha régen nem is így hívták.” (12.)

A pszichoterápia hatásában ún. *specifikus és nem-specifikus tényezőket* különböztetünk meg. A specifikus hatás egy adott pszichoterápiás irányzatban alkalmazott módszerekből fakad, míg a nem-specifikus hatás a módszertől függetlenül, magából a KAPCSOLATBÓL származik. A pszichoterápiát végző szakembert *terapeutának*, betegét *kliensnek*, *páciensnek* vagy ún. *index személynek* nevezzük. A terapeuta speciális módon felkészített személyiséggel dolgozik. A pszichoterápiás attitűd módszerenként változik, de általában a kliens elfogadását, panaszainak megértését és átélését jelenti. *A tanácsadás (counselling)*, bizonyos alap-pszichoterápiás technikák, mint pl. a szuggesztió, *a pszichoterápiás intervenció*, vagy az ún. problémamegoldó terápia nem hagyományos pszichoterápiás kezelést jelentenek, azonban hatásukban - elsősorban a nem-specifikus hatást tekintve -

lehetnek igen hatékonyak és az adott panasz megszüntetésében eredményesek. A pszichoterápia *ülésekben* zajlik. Ahhoz, hogy a pszichoterápiás folyamat létrejöjjön, szükségesek a „tapasztalati és tudományos feltételek”, amelyet *terápiás keretnek* hívunk. Ennek részei: *szereződéskötés a pácienssel*, amely tartalmazza a találkozások *helyét* - ezt *terápiás térnek* nevezzük, amely lehetőség szerint éppúgy speciálisan, de barátságosan kialakítandó, valamint lezárandó (pl. szükséges a négy szemközti helyzetet biztosítani), az *ülések időtartamát, gyakoriságát, a terápia célját*, a terapeuta és a kliens feladatait, szerepét, a módszer leírását, valamint a *terápia befejezését*. Lényeges, hogy a keretfeltételekben az anyagi, illetve a biztosítási kérdések is benne legyenek (kell-e fizetni a terápiáért, és ha igen, akkor ki és mennyit fizet érte).

Számos pszichoterápiához *a szupervízió* elválaszthatatlanul hozzátartozik, amelyben a terápiát közvetlenül nem végző terapeutá(k) kompetens észrevételeivel és visszajelzéseivel a terápiás folyamatot és a terapeuta szakmai kontrollját segíti(k). A terapeuták képzésének fontos eleme a szupervízió. A pszichoterápiás szerződés része, hogy azt bármelyik fél felbonthatja, és az is, hogy *a páciens aktív részvétele, lélektani munkája szükséges*, a kezelést nem passzívan szenvedni el. A pszichoterápiát az *indikáció és kontraindikáció*, a tisztázott *terápiás keretfeltételek* és a képzett terapeuta megléte különbözteti meg a mindennapi kommunikációtól, a „csak beszélgetéstől” (13).

További terveink

- Jelen kutatás eredményeinek beépítése a védőnő hallgatók képzésébe
- a) a kórkép és a vizsgálati eredmények megismertetése
- b) a szűrő módszer teljes körű alkalmazása
- c) a gondozás minőségi javítására irányuló törekvések készségének kifejlesztése
- d) megelőzés módszereinek elsajátíttatása
- e) csoportfoglalkozások vezetéstechnikáinak tanítása
- Főiskolánkon az országban egyedülálló lehetőségként valósulhatott meg a védőnő szakos hallgatók gyakorlati oktatására szolgáló modell tanácsadó, ahol napi élethelyzetekben, várandós anyákkal találkozáskor sajátíthatják el a leendő védőnők választott hivatásuk módszereit.

Így elindulhatnak olyan foglalkozások, mint a szülésre felkészítés, terhestorna, babamasszázs ill. baba-mama klub.

A képzési tematikánkat egy korábbi cikkben ismertettük a „Módszertan szoba, mint a nyitott tanácsadó rendszer működési modellje” címmel (Védőnő XIV., évf. 2.szám).

Konklúzió

A szorongás alapvetően a környezetünkhöz történő alkalmazkodás fontos tényezője. Ennek következtében nem minden szorongás, csak a kóros mértékű vagy tartalmú szorongás kezelendő.

A szülés utáni depresszió az első évben bármikor felléphet, az anyák több mint 10 %-ánál fordul elő, nagyobb a kialakulásának esélye, ha az anya nagyon fiatal, egyedülálló, házassági konfliktusai vannak, a terhesség előtt (vagy alatt) drogot fogyasztott vagy dohányzott (10).

Minden megbetegedés esetében nagy szerepe van az orvos-beteg kapcsolatnak, így a védőnő-terhes kapcsolatban is. Pszichiátriai zavarok esetén ez még hangsúlyozottabb (8, 7).

A posztnatális depresszió külföldi előfordulási adatai azt jelzik, hogy a védőnők gyakran találkoznak ezzel az állapottal a fiatal anyákkal végzett munkájuk során. A szorongás sokszor együtt jár a depresszióval, mégis a szakemberek többször félreértelmezik, nem ismerik fel vagy nem veszik időben észre. Megjegyzendő, hogy *a pszichiátriai betegségek előfordulási gyakoriságát a hivatalos statisztikák általában alábecsülik. Ennek okai a következők:*

1. a pszichiátriai megbetegedéseket nem, vagy kevésbé ismerik fel a közösségben, az alapellátásban és a nem pszichiátriai szakorvosi gyakorlatban,
2. a fizikális betegségekhez társuló pszichés zavarokat mind a beteg, mind az orvos figyelmen kívül hagyja,
3. a beteg eltitkolja pszichés panaszait - stigmától való félelem miatt (14, 15).

Ha a rendellenességek együtt jelennek meg a posztnatális időszakban, akkor a nőnek és a családjának okozott sérülések - kezeletlenül - még súlyosabb és hosszabb távú következményekkel járhatnak. Megkülönböztetett figyelmet érdemel a szorongás okozta pusztító szomatikus tünetek és az azokkal járó egyéb rendellenességeknek a perinatális időszakban történő, védőnők általi korai kiszűrése. Ez tudná tevőlegesen

előmozdítani a megfelelő és hatékony terapeutikus beavatkozást, amely az anyákat nemcsak saját állapotuk megértésében, hanem problémájuk legyőzésében is segítheti.

Az empátiás, megértő, a beteg érzéseivel egybevágó (kongruens), elfogadó viselkedés, a szorongó, depressziós betegek kezelésében még kifejezettebb szerephez jut. Emiatt a jó védőnő-gondozott kapcsolat megfelelő háttérrel jelenthet a pszichés segítséghez (16).

A védőnői gondozásban (optimálisan már praekoncepcionálisan) tudatosítani szükséges az alábbiakat:

A bajt lehet gyógykezeltetni, de sokkal egyszerűbb megelőzni.

A legfontosabb az lenne, hogy terhességet felnőtt, fizikailag és szellemileg érett nők vállaljanak, hogy a teherbeeséskor legelőször a majdani gyermekáldás örömeire gondoljanak és ne a terhesség-szülés-szoptatás megpróbáltatásaira. Minden leánygyermekes családban „kötelezővé” kellene tenni, hogy a kislány rendszeresen segítkezzen a családban vagy barátoknál született gyermek ellátásában, hogy láthassa, saját élménye legyen egy anyukáról, aki szoptatja csecsemőjét.

Ma már nem probléma a teherbeesést megtervezni. Optimálisan a nagycsaládi háttér lenne ideális a gyermekáldáskor: az apa, a férj is akarja a gyermeket. Az anyai pozitív lelki beállítottság egyik fontos összetevője az az érzés, hogy „neked szültem egy gyermeket”. Megromlott házasságot vagy bizonytalan partnerkapcsolatot ritkán lehet egy nem kívánt gyermekkel stabilizálni.

A kismamának nagy biztonságérzetet nyújt, ha szülés után az anyja vagy anyósa, vagy idősebb nőtestvére szükség esetén mellette tud lenni. Ha lehet, a várandós kismama ne éljen 20 km-re a családjától!

Emancipált korunkban sok nő karrierje, felelős beosztása „veszélybe” kerülhet a várandóssággal. A hivatali életben is meg kell tervezni a gyermek vállalását, határidős munkákat le kell zárni, ki kell tudni vonulni a „hivatásból” egy másik, még nemesebb hivatás érdekében.

A csecsemőt el lehet látni akár egy parasztházban vagy egy lakótelepi kislakásban is. A gyermekáldás vállalását nem szabad halogatni, amíg meglesz a kacsalábon forgó palota. Gyermeket szülni dinamikus, fiatal nőnek kell, lehetőleg 30 éves kor alatt, azzal a biztos tudattal, hogy „majdan fiatalos

nagymama leszek, és akkor ismét fontos hivatás vár rám".

Nagy biztonságérzetet ad a szülés utáni nehéz napokban, ha minden időben elő van készítve: a szüléshez a szükséges holmi egy bármikor felkapható készletében, otthon a csecsemő ellátásához szükséges tárgyak: fürdetőkád, pelenkázó, pelenkák, krémek stb., gyermekorvos neve, telefonszáma, stb.

A gyermekvárás pozitív hangoltsága a körülmények: a szülés és gyermekágy gondos megtervezése és előkészítése, a stabil családi háttér együttesen biztosítják, hogy a

gyermekszülés boldogságérzete teljes legyen, a lelki harmónia pedig átsegíti a kismamát a szülés utáni megpróbáltatásokon (17).

MUNKÁNK MOTTÓJA:

Roger Bacon azon felismerése, miszerint a tudás tapasztalatra épül; Arthur Schopenhauer vallomása, amikor is akkor cselekszünk jól, ha először megismerjük, amit akarunk.

Így teljesebben ki az ember augusztinuszi belső világa, a tudat, az értelem és az akarat hármasságának egységében.

Irodalom

1. Belső N., Rihmer Z.: Depresszió és életciklusok. Praxis, 1999, 8. évf. 10, 22-23.
2. Rihmer Z., Belső N.: Depresszió a családorvosi gyakorlatban. Praxis, 1999, 8. évf. 5, 24-25.
3. Anxiety X.: a terrifying fact of postnatal depression. Community Practitioner, 2002, 75, 10-12.
4. Elliot S., Leverton T.: Group treatment for depressed mothers of preschool children. Community Practitioner, 1990, 82, 125-129.
5. Molnár P., Csehpal E.: Az anyai szenzitivitás befolyásolása, mint a devianciák primer prevenciója. Egészségnevelés, 1994, 35, 198-202.
6. Elliot S. A.: Psychological strategies in the prevention and treatment of postnatal depression. Clinical Obstetrics and Gynecology, 1988, 3, 4-7.
7. Kopp M., Skrabski Á.: Az alkalmazkodás zavaraival összefüggő pszichés tünetek, megbetegedések Magyarországon. Végeken, 1994, 5. évf., 2, 8-10.
8. Kopp M.: A szorongás. LAM, 1991, 1, 216-225.
9. Balatoni Á., Hamar O.: Gyermekágyi depresszió. Védőnő, 2003, XIII. évf. 6, 32-35.
10. Bálint S.: Hangulati zavarok a várandósság alatt és a gyermekágyban. Baba Patika, 2000, 3, 27-29.
11. Varga K.: Szülés után. Anyák Lapja, 1999, 2, 36-38.
12. Buda B.: Pszichoterápia. Gondolat Kiadó, 1981.
13. Kurimay T.: Depresszió, szorongás, pánik: a pszichoterápia helye és lehetőségei a kezelésben és a háziorvosi gyakorlatban. Háziorvosi Szemmel, 1997, 11, 1-2.
14. Szárdóczky E., Füredi J.: A depresszió epidemiológiája. Praxis, 1999, 8. évf., 6, 1-3.
15. Tringer L.: Depresszió, szorongás, pánik. Háziorvosi Szemmel, 1997, 11, 5-7.
16. Kiss H., Rihmer Z.: A depresszió és szorongásos zavarok. Családorvosi Fórum, 2000, 10, 16-18.
17. Szilágyi A.: Depresszió. Lelki élet, lelki bajok, 2000, 3, 23-24.

Health visitor's work possibility are in the prevention of postnatal depression

Csatordai, S.

University of Szeged Faculty of Health Sciences, Department of Health

Visiting

e-mail: csatordai@efk.u-szeged.hu

Keywords: postnatal depression, vulnerable, Leverton Questionnaire, prevention, psychotherapy

Summary

Individual terms of the women life imply decided vulnerable period with regard to depression. Postnatal depression (PND) is a depressive illness, that has known specific puerperium psychiatric disorder since the middle of 19th century. It need to separate the „maternity blues" and the postnatal psychosis. The „maternity blues" may be down to changes in hormone levels that happen after the birth. General traits of the postnatal depression are conscious of the emotional lability, hopeless, disability and dissatisfaction. According to international investigation, it have the relative incidence about 10-15 per cent. Accordingly the national analysts, this proportion is higher, than above mentioned. Prevention may be substantial respect in the therapy of peripartum period for serious consequences (self-estimate disorder, guilt, delayed mother-and-child raillery, poor marital relationship).

The aim of our investigation, the signs of aspect are solved during the pregnancy by the Leverton Questionnaire (LQ), that is demonstrated inclination to postpartum depression; and the relative incidence of postpartum depression is reduced by the psychotherapeutin group discussion for „vulnerable" pregnant women; the prevention procedure is treated, and is planted to the health visitor practice.

The investigation has accomplished in the 4 counties of the south region of Hungary between 2001-2003. We have taken samples of 680 participants in the beginning of the pregnancy, then have repeated during puerperal period. The Leverton Questionnaire (selfworthy test, amonim) has been used to predict the postnatal depression. The feature responses of the serious symptoms has been worth 2 points, lighther symptoms 1 point, and negative response 0 point. The attainable maximal score may be 48 points. According to advised pattern, values show vulnerability above 10 points. We hope the mature cases of the aspect will reduce by group therapy.

Accordingly our previous results, maters concerned more than half for depression mood.

The serious somatic symptoms occur relatively rare, but the investigated pregnant often felt to great extent tired.

In our investigation 570 (83 %) pregnant women get to vulnerable group, that showed above 10 points during first and second trimester of the pregnancy. We repeated Leverton Questionnaire in the end of the puerperal period, without so much as psychotherapy intervention would happen.

In future, we will suggest that instructional meetings for vulnerable gravids in the scope of 4-5 hours group discussion according to first trimester results. Psychiatrists and methal health visitors will conduct these meetings.

According to our expectations vulnerability occur to reduce with prepare gravids for child-birth and mother role, that also investigated the control group.

10-20 per cent of the women suffer postnatal depression, that continued from 2 weeks to 1 year. In foreign postnatal depression data show that health visitors often experience this stage during the work, but they often misunderstand, not recognize

or not perceive in time the postnatal depression. For this reason health visitor need to distinguished attention the somatic and psychic symptoms of the anxiety, and it is screened early. This can promote appropriate and efficient therapeutic intervention. Such device is the Leverton Questionnaire, that may be observed the terms of pregnancy, childbirth and then period. The early mother-child relationship may be observed with Leverton Questionnaire.

„Egészségügyi vállalkozások az egészségesebb lakosságért”

Vállalkozási ismeretek a felsőoktatásban és felnőttoktatásban
a Phare támogatásával

Gábor Katalin, Zoltán Péter, Pogány Magdolna, Kárpáti Csaba
Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Védőnő Szak
e-mail: gaborka@efk.u-szeged.hu

Kulcsszavak: vállalkozás, oktatás, egészségügy, hatékonyság

Összefoglalás

Vállalkozói ismeretek oktatását vezettünk be az egészségügyi szakemberek főiskolai alap- és továbbképzésébe, a hátrányos helyzetű régiók szemlélet és szerkezetváltását segítő Phare program támogatásával.

Konkrét célunk, hogy az egészségügyi diplomásokat a vállalkozás elindításához és működtetéséhez szükséges ismeretekkel és készségekkel ruházzuk fel. Evvel elérhetjük, hogy az ápolók, gyógytornászok, orvosok és védőnők számára megvalósíthatóvá, sőt vonzóvá váljon a vállalkozási formában történő működés. Ennek haszna egyrészt az egészségügy hatékonyabb működésében nyilvánulhat meg, másrészt a dolgozók munkaelégedettsége, motivációja is nő, ami szintén fokozza a hatékonyságot. Értelmiségi voltukból adódóan ezek a szakemberek a környezetükben élő többi munkavállaló látásmódját is befolyásolják, így segíthetik a vállalkozói szemlélet elterjedését.

A képzés jelentős érdeklődést váltott ki, a résztvevők újnak és hasznosnak érezték az elsajátítottakat. A program szoros együttműködést hozott létre az Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kara, egy menedzsmentoktató, tanácsadó cég, egy civil szervezet és vállalkozó egészségügyi szakemberek között, és ez a hasznos kommunikáció szemléletváltást indított a felsőoktatás résztvevő szakembereinél is. Európai Unió (spanyol) egyetem szakemberei az anyagot EU-s oktatásra megfelelőnek tartják, az Egészségügyi Szakképzési és Továbbképzési Tanács akkreditálta a felnőttképzést. Meggyőződésünk, hogy eredményeink más szakemberek felsőoktatásában is felhasználhatók, jelentőségük hasonlóan nagy.

Bevezetés

A egészségügy folyamatban lévő reformja, a jogi és finanszírozási környezet változása napjainkra lehetővé tette az egészségügy intézményeinek és szakembereinek vállalkozási formában történő működését. Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről – a szektorsemlegesség deklarálásával - céljában, alapelveiben és fogalomrendszerében tükrözi a vállalkozási forma támogatását, de az állandó változások, módosítások bizonytalanná teszik a vállalkozások tervezhetőségét.

A Dél-alföldi Régió Területfejlesztési koncepciójának egyik fejlesztési prioritása a lakosság életminőségének javítása. A Dél-alföld jelenleg az ország egyik legkedvezőtlenebb demográfiai helyzettel jellemezhető régiója. A problémákat tovább

fokozza a hátrányos helyzetű határmenti (ország-, megyehatár) területeken és a belső perifériák kisebb falvaiban a kedvezőtlen aktivitási arány, a szociálisan veszélyeztetett társadalmi csoportok és a társadalom perifériájára szorulóknak számának növekedése és a régió egyes területein kimondottan magas munkanélküliségi ráta.

A fentiek szükségessé teszik az alapellátások színvonalának emelését, a prevenciót szolgáló eszközök és eljárások terjesztését, a középfokú ellátások területi rendszerének kiegyenlítését. (MTA- RKK ATI 1999, VÁTI Kht. 1997) – melynek számos vonatkozását nagymértékben befolyásolja az egészségügy és határterületeinek hatékonysága.

A vállalkozási forma lehetősége fontos lépés a hatékonyság és színvonal valamint az

egészségügyben dolgozó szakemberek munkaelégedettségének egyidejű emelése szempontjából. A vállalkozási forma lehetővé teszi, hogy szabadon, felelős döntéseket hozva, feladataikat legjobban szolgáló módon használják fel a rendelkezésükre álló erőforrásokat. A tulajdonosi pozíció ösztönzi a munkafeltételek javítását (helység, eszközök), ami közvetve a betegellátást is előnyösen befolyásolja. A mindehhez szükséges szemlélet és felkészültségbeli változások azonban még nem mentek végbe.

Az egészségügyi intézményeket vállalkozási formában működtetők OEP (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) finanszírozásának vizsgálata során az alábbiak állapíthatók meg.

Míg 1995-ben csupán 13,68 milliárd forintot tettek ki a vállalkozói kifizetések, addig ez az összeg 2000-re elérte az 52,38 milliárd forintot. A gyógyító-megelőző előirányzaton belül ez arányaiban 7,44%-ról 14,22%-ra történő emelkedést jelentett. A különböző szakterületek közötti megoszlás azonban igen egyenlőtlen.

A vállalkozó házi orvosok számára kifizetett OEP finanszírozás az összes házi orvosi finanszírozáson belül 1995-ben 50% körül volt, amely arány 2000-ben megközelíti a 80%-ot. (A legmagasabb az arány Budapesten, valamint Nyugat-Dunántúlon.)

A védőnői ellátásnál egyfajta kényszervállalkozásról beszélhetünk. Míg a szerződéses állományon belül a vállalkozások aránya 30% feletti (főleg helyettesítések), addig a finanszírozáson belül ez az arány 3% alatt van.

Az otthoni szakápolás OEP finanszírozása 1996-ban kezdődött. Itt az első években magasabb volt a vállalkozók aránya, majd később ez mind a szerződésállományon, mind a finanszírozott összegen belül csökkent. (Vállalkozási szerződés 91%-ról 82%-ra, a vállalkozói finanszírozás 90%-ról 83%-ra.)

A járóbeteg szakellátás esetében a vállalkozói szerződések aránya az összes szerződésállományon belül 1995-2000 között jelentős emelkedést mutat 2%-ról 18,99%-ra. A hozzá tartozó vállalkozói finanszírozási összeg aránya azonban csekély maradt 0,31%-ról 2,45%-ra nőtt.

A fekvőbeteg szakellátás esetén a vállalkozói szerződések aránya az összes szerződésállományon belül 3-6% között

változott, részesedésük az összes finanszírozásból 0,5 % körül, ill. alatta maradt (Boncz I. és mtsi. 2001).

Látható tehát, hogy a legtöbb területen bőven van még lehetőség a vállalkozási forma arányának, és a finanszírozásból való részesedésének fokozására is.

Már a Phare program meghirdetése előtt megfogalmazódott bennünk a vállalkozásra felkészítő oktatás szükségességének gondolata, így egy 40 órás továbbképzés keretében oktattunk vállalkozói ismereteket védőnőknek. Ez a képzés rövid elméleti alapozás után főként egy vállalkozó védőnő tapasztalatainak átadásából állt. Az 5 csoportban összesen kb. 120 résztvevő oktatása során feltettük a kérdést, miért nem lettek még vállalkozók. A kérdésre adott magyarázatok között mindig szerepelt a „Nem érzem eléggé felkészültnek magam.”- válasz. Ez természetesen nem a szakmai felkészültségre vonatkozott, hiszen gyakorló védőnőkről volt szó. Meg kell tehát tanítanunk ezeket az egészségügyi szakembereket a döntés meghozásához szükséges szempontokra, a szükséges információk megszerzésére, a vállalkozás beindításához és működtetéséhez szükséges ismeretekre. Egy ilyen alapkoncepciójú program részletes kidolgozására nyújtott lehetőséget a Phare HU 0105-03 számú Európai Szociális Alap típusú programja, mely a hátrányos helyzetű régiókat a „Vállalkozói készségek fejlesztése a középfokú és felsőoktatásban” címen támogatta. A projekt célkitűzései teljesen megegyeztek a mi terveinkkel.

A program céljai

Átfogó célunk volt, hogy a vállalkozói ismeretek oktatásával, illetve a vállalkozáshoz szükséges készségek elmélyítésével hozzájáruljunk az egészségügyi diplomások vállalkozói szemléletének kialakulásához, biztosítsuk a vállalkozási forma választását megalapozó döntéshez, a vállalkozás indításához és működtetéséhez szükséges tudás- és információanyagot.

Konkrét céljaink voltak egy 60 órás vállalkozás menedzsment moduláris képzés tananyagának kidolgozása és beillesztése az egészségügyi alapképzésbe a választható modulok, valamint az egészségügyi szakemberek pontszerző továbbképzései közé. Megírni és szakértővel elbíráltatni az ehhez szükséges 260 oldalas jegyzetet és

munkafüzetet. Szerettük volna lefuttatni a képzés akkreditálási eljárásait, az alapképzés anyagát egy EU-s tagállam egyetemével, majd később az intézményi akkreditáció keretében, a pontszerző továbbképzést az ESZTT (Egészségügyi Szakképzési és Továbbképzési Tanács) révén, majd oktatni az anyagot a főiskolai alapképzésben illetve a pontszerző továbbképzéseken. Terveztük a képzések minőségmenedzsmentjét is a tapasztalatok alapján, valamint a képzés tapasztalatainak publikálását.

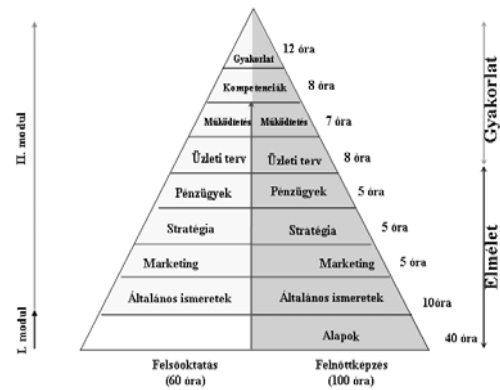
Céljaink megvalósítására - a pályázat követelményei szerint – konzorciumot hoztunk létre. Tagjai a Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kara, egy menedzsmentoktató cég, egy - a védőnőképzést segítő - alapítvány, vállalkozó Bt keretében működő vállalkozó védőnők és gyógytornász valamint egyéni vállalkozó ápoló és orvos voltak. (McMillan & Baneth Vezetési Tanácsadó Kft, Szegedi védőnőképzésért, továbbképzésért és prevencióért alapítvány, Mágocsi Védőnő Bt., Korbay otthoni szakápolási szolgálat, Dr. Kozma Anna vállalkozó háziorvos, HOME 9 Bt.)

A tananyag kidolgozása

A munkát a konzorcium tagjai közösen végezték. Először elkészült a menedzsment tananyag váza, majd a menedzsment modelleket a műhelymunkák során az egészségügyi vállalkozó szakemberek töltötték fel szakmaspecifikus tartalommal. Ők készítették – saját vállalkozásuk alapján - az anyagba bekerült esettanulmányokat is.

A Szegedi Tudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán az ápoló, gyógytornász és védőnőhallgatók a jelenlegi gyakorlat szerint már részesülnek menedzsmentképzésben, így programunk ezekre az ismeretekre épül (Menedzsment alapjai modul). A felnőttképzésben résztvevő hallgatók ellenben nagyrészt még nem kaptak ilyen képzést, így részvételük ebben az alapozó modulban is egyértelműen ajánlott. Az általunk kidolgozott Vállalkozásmenedzsment képzési program 8 részből áll.

A képzési program



1. ábra A tananyag szerkezete

A tananyaghoz elkészült egy 260 oldalas hallgatói kézikönyv, melyben az elméleti anyagrészek mellett a modellek gyakorlati alkalmazására munkafüzet jelleggel is lehetőség van. A kapcsos könyv formátum lehetővé teszi a közös munka anyaga, valamint az időközben megjelent új rendelkezések, törvények becsatolását is.

Az oktatás

A Vállalkozásmenedzsment modul első négy része előadások és csoportos megbeszélések segítségével mutatja be azokat az elméleti ismereteket, amelyek nélkülözhetetlenek vállalkozások indításához, sikeres működtetéséhez. A hallgatók itt az esettanulmányok alapján dolgoznak kis csoportokban az üzleti terv egyes részeinek kidolgozásán, a tanult modellek segítségével. (A vállalkozás belső elemzése: McKinsey, külső elemzése: PEST+, Jelen-jövő modell, érintettek analízise, specifikus célok meghatározása, projekt terv készítése...) (McMillan és Baneth, 1998).

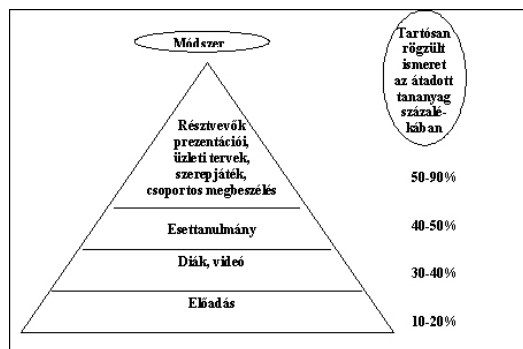
A stratégiai üzleti tervet a hallgatók már egy saját maguk által elképzelt vállalkozásra dolgozzák ki, 4-6 fős csoportokban. Ezt feladatokra is lebontják project menedzsment eszközökkel. Ebben a szakaszban az oktatási program igen erősen interaktív. A résztvevők hozzájárulása akár 80 százalékos is lehet, mivel az előadó elméleti bevezetője, és a korábbi modulokban oktatott tananyag átismétlése után a hallgatók önálló és kreatív munkájára épül.

Tevékenységeink megtervezése során arra figyeltünk, hogy a hallgatók átlássák, megértsék a vállalkozások gazdasági, jogi, pénzügyi és etikai hátterét. Logikánk szerint a

modulok segítségével az általános ismeretekből haladunk a specifikus ismertek felé, ezt tükrözi az elméleti ismeretek átadásából kibontakozó gyakorlati ismeretátadás.

Célunk volt a résztvevők tudásanyagának bővítése, de ugyanakkor képességek kifejlesztése (amelyekkel tervezetten, szakszerűen és sikeresen irányíthatják vállalkozásaikat) és hozzáállásuk változtatása (ösztönözni, motiválni őket abban, hogy bátran vállalkozzanak) is.

A tananyag kidolgozása közben törekedtünk arra, hogy a hallgatók aktivitása minél nagyobb legyen. A pedagógusok számára közismert az ún. tanulási piramis, amelyben a tanuló részvételi arányának megfelelően növekszik az információ elfogadási, megmaradási százaléka (Brunner J. S. 1984).



2. ábra A tanulási piramis

Ezért igyekeztünk növelni a résztvevők aktivitását, aktív részvétellel, gyakorlati munkával segíteni őket az átadott tananyag megértésében és hasznosításában.

Az alapképzésben 65 hallgató vette fel a modult, ápoló, gyógytornász és védőnőhallgatók vegyesen. A felnőttképzésben 87 főt oktattunk.

Eredmények

A Szegedi Tudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai karán a 2003-2004-es tanév második félévében a Vállalkozásmenedzsment modul bekerült a szabadon választható kurzusok közé, 30-30 óra elmélet és gyakorlat formájában. Előfeltétel a Menedzsment alapjai modul teljesítése, értéke 2 kredit.

A barcelonai EUESM Egyetem (Escola Universitaria d'Infermeria Santa Madrona) oktatói az angolra fordított részletes tematika

és a magyar nyelvű kézikönyv tanulmányozása után az Európai Unió oktatási színvonalának megfelelőnek tartották az anyagot.

A felnőttképzés anyagát akkreditációra benyújtottuk az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet (ETI) közvetítésével, az Egészségügyi Szak- és Továbbképzési Bizottsághoz. A bizottság a programot akkreditálta és 40 továbbképzési pontra tartotta érdemesnek.

Az elkészült kézikönyv szakmai és menedzsment lektorálása és a javasolt korrekció megtörtént. (Dr. Boda Márta PhD, főiskolai tanár, Dr. habil. Dinya László PhD, tanszékvezető)

Az oktatások végén a hallgatók véleményezték a tananyag érthetőségét, a tanultak hasznosságát, az oktatási módszereket. Az írásos hallgatói vélemények a tananyagot érthetőnek, hasznosnak tartják. Elkészült üzleti terveik alapján a hallgatók képesek alkalmazni is a tanultakat. Az egészségügy privatizációja miatt szükségessé váló szervezetváltásra felkészültek, képesek kiválasztani a számukra legmegfelelőbb vállalkozási formát. A képzés további eredménye, hogy legtöbbjüknek fokozta motivációját is erre a döntésre.

Elsősorban a felnőttoktatásban résztvevők számára volt új az internet, mint az információszerzés leggyorsabb, leghatékonyabb módja. A hasznos linkek rendelkezésre bocsátásával segítséget is kaptak ehhez, ami komoly előnyt jelent számukra a jogszabályok, pályázati lehetőségek, szakmai irányelvek követése szempontjából.

Tapasztalataink, tanulságok

A vállalkozáshoz elengedhetetlenül fontos kompetenciák fejlesztése is szerepelt céljaink között. Ennek kapcsán – főleg a felnőttoktatásban - azt tapasztaltuk, hogy a vállalkozás szempontjából fontos kompetenciák, mint pl. a jó kommunikációs készség, motiválás, konfliktus- illetve változáskezelés, az egészségügyi munkában szintén elengedhetetlenül fontosak, ezekkel a kompetenciákkal hallgatóink már általában magas szinten rendelkeztek. Ami legtöbbjüknél teljesen hiányzott, az az önbecsülés, érdekérvényesítés, haszonorientáltság volt. Ezek egyértelműen magyarázhatók az egészségügyben jelenleg uralkodó szemlélettel, de hiányuk szinte lehetetlenné teszi a sikeres vállalkozást. Erre a képzés során a hallgatók is rádőbentek.

A csoportfeladatok teljesítéséhez szükséges egyéni munka és információgyűjtés (pl. a csoport által elképzelt vállalkozással kapcsolatos felhasználói igények, marketing, finanszírozási és árképzési lehetőségek) szempontjából előnyösebb a felnőttoktatást is több részre osztani (pl. 3x2 nap), közte 2-3 hetes intervallummal. Ez azt is lehetővé teszi, hogy a hallgatók elmélyíthessék elméleti ismereteiket, és a továbbiakban hatékonyabban vegyenek részt a közös munkában.

Az oktatás minden egészségügyi szakma számára nyitott, és ha csak lehet, vegyes csoportokat oktattunk és tervezünk. Így a képzés jó irányba befolyásolja a különböző egészségügyi szakemberek közti egyre elengedhetlenebb kommunikációt és együttműködést is. Amíg napjaink egészségügyi vállalkozásaira ez sajnos egyáltalán nem jellemző, hallgatóink a képzés végére általában olyan vállalkozásokat képzeltek el, ahol a különböző egészségügyi diplomások (ápoló, orvos, gyógytornász, dietetikus, védőnő...) közös vállalkozásban, képzettségük szerinti hatékony munkamegosztásban dolgoznának.

Meggyőződésünk, hogy minden terület felsőoktatásában, felnőttoktatásában célszerű és fontos megteremteni a vállalkozási ismeretek elsajátításának lehetőségét, hiszen a hallgatók legnagyobb része vezetőként vagy szakemberként egyre inkább vállalkozói formában fog dolgozni.

Bár tananyagunk példarendszere az egészségügy területéről származik, a modellek bármilyen szakmára jellemző információval feltölthető menedzsment alapot nyújtanak. Az

interneten mindenki számára hozzáférhető a programban résztvevő többi konzorciumnak - a témára vonatkozó – anyaga és más hasznos információk (<http://europa>, <http://vallalkozas>).

A felsőoktatásban dolgozók számára is új és kissé idegen a vállalkozói szemlélet, bár sokan közülünk kiegészítő tevékenységként már vállalkoznak. A konzorcium többi tagjai azonban mindannyian gyakorlott vállalkozók az egészségügy és menedzsmentoktatás területéről, így a közös munka jelentős szemléletváltást hozott a felsőoktatás résztvevő oktatóinál is. Ez okvetlenül szükséges, hiszen a hallgatók szemléletét nagymértékben befolyásolja az ő szemléletük is, nemcsak a tudásanyag, amit átadnak nekik.

A résztvevő vállalkozó egészségügyiek számára ez a program arra adott lehetőséget, hogy megosszák a hallgatókkal megszerzett tapasztalataikat. Így példájuk révén növekedhet környezetükben a vállalkozások száma, és így egyre kevésbé kell csodabogárként vívni harcaikat.

Mindannyiunk számára nagy kihívást jelentett egy Európai Unió pályázatban részt venni, mert számunkra szokatlan és megterhelő volt annak részletessége, precizitása. Meg kell azonban tanulnunk ezt a módszert, hiszen a jövőben egyre többször lesz rá szükségünk.

Köszönetnyilvánítás

Jelen munka a „Vállalkozói készségek fejlesztése a középfokú és felsőoktatásban” című HU0105-03 sz. PHARE program HU0105-03-01-0007 sz. pályázati támogatással készült.

Irodalom

1. Boncz Imre, Donkáné Verebes Éva, Oberfrank Ferenc: Közpénzek és magánfinanszírozás az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által finanszírozott gyógyító-megelőző ellátások területén; Egészségügyi Gazdasági Szemle 2001,39,6,559-566.
2. Brunner J. S. "The Process of Learning" nyomán: D. A. Kolb, Experiential learning: experience as a source of learning and development, London: Prentice Hall, 1984.
3. http://europa.eu.int/comm/enterprise/entrepreneurship/support_measures/index.htm
4. <http://vallalkozas.esf.hu/material.php>, http://vallalkozas.esf.hu/data/publication_24.pdf
5. McMillan and Baneth Ltd, CHAMP kézikönyv; PricewaterhouseCoopers BKHF, 1998.
6. MTA- RKK ATI Békéscsaba - Kecskemét – Szeged: Dél-Alföldi Régió Területfejlesztési Konceptiója 1999
7. VÁTI Kht. Országos Területfejlesztési Konceptió- Az Országgyűlés 35/1998 (III. 20.) OGY határozatának háttéranyaga 1997.

Health-entrepreneurship for a healthier public

Gábor, K.

University of Szeged Faculty of Health Sciences, Department of Health

Visiting

e-mail: gaborka@efk.u-szeged.hu

Keywords: entrepreneur studies, education, health care, effectiveness

Summary

We introduced teaching of entrepreneur studies in the curriculum of the basic and postgraduate studies of health care professionals. Our project was supported by the PHARE Program, which was aimed to facilitate the change the approach and structure of the disadvantageous regions. Our particular aim was to provide healthcare professional's the knowledge and skills necessary for starting and operating health care enterprise. In this way we can achieve that entrepreneur form of work became feasible or even attractive for health visitors, nurses, physicians and physiotherapists. This will enhance one hand the effectiveness of the health care system and on the other hand the work satisfaction and motivation of the health care professionals, which will also improve the effectiveness. These specialists being white collar workers influence the intellectual views of other employees and in this way will enhance the spreading the entrepreneur approach. There was a quite a good turn-out by the introduced courses and the participants felt new and beneficial to them. During the program a close cooperation was formed between the University of Szeged, one management consulting company, a civil organization and the health care entrepreneurs. This was resulted a positive change in the approaches of the academic teaching staff of this project. Experts of a Europe Union University (in Spain) evaluated the teaching materials appropriate for using in EU. Our program was accredited for postgraduate use by Council of Health Care Education of Hungary. We are convinced that our results can be used in other fields of higher education and its importance will be similarly high.

Útmutató az Acta Sana szerzői számára

A folyóirat célja:

Az Acta Sana összefoglaló közleményeket, eredeti tudományos munkákat és esetismertetések közöl a klinikai társadalom-és neveléstudomány bármely területéről. Előnyben részesülnek azok a közlemények, melyek a mindennapos ápolói, védőnői, fizioterápiás és szociális munka gyakorlattal szoros kapcsolatban vannak.

Közöljük még hallgatónk Országos Tudományos Diákköri Konferencián díjazott előadásait közlemények formájában, beszámolókat országos és nemzetközi konferenciákról.

A kéziratok elbírálásának és elfogadásának joga a szerkesztőséget illeti. Az útmutató gondos tanulmányozása és a kéziratnak az abban foglaltak szerinti elkészítése meggyorsítja a kéziratok szerkesztőségi feldolgozását.

Kéziratok:

A kéziratokat gépirással, 2-es sorközzel a lap egy oldalára gépelve kérjük beküldeni. A tudományos közleményeket elektronikus formában is el lehet juttatni a szerkesztőségbe. Az illusztrációkat (számítógéppel rajzolt ábrák, táblázatok, grafikonok) külön fileként kérjük elküldeni. A fotók reprodukálásához eredeti papírképet, esetleges elektronikus hordozón a már digitálisan feldolgozott képet. A floppy-lemezre kérjük felírni a szerző nevét, a dolgozat címét, valamint a file (*.doc, *.rtf, *.xls) nevét. A használt szoftver megjelölése kívánatos. A Microsoft Office programcsomag használatát kérjük.

A kézirat tartalmazza: 1. címlap; 2. magyar összefoglalás, kulcsszavak; 3. angol összefoglalás (angol címmel), key words; 4. rövidítések jegyzék (ha van); 5. szöveg; 6. irodalomjegyzék; 7. táblázatok; 8. ábrajegyzék; 9. ábrák, külön mellékletként.

Az oldalszámozást a címlaptól kezdve folyamatosan kell megadni. Az egyes felsorolt tételeket külön lapon kell kezdeni.

1. A címlapon sorrendben a következők szerepeljenek: a kézirat címe, mely rövidítést nem tartalmazhat, a szerzők neve- az utolsó szerző neve előtt „és”- a szerzők munkahelye (feltüntetve a város is), pontos utalással arra, hogy mely szerző mely munkahelyen dolgozik.

2-3. Az összefoglalást magyar és angol nyelven kell beküldeni, külön-külön lapon. Nem tartalmazhat rövidítéseket. Megszerkesztésénél az alábbiakat kell figyelembe venni:

„Bevezetés”, „Célkitűzés”, „Módszer”, „Eredmények” és „Következtetések” lényegre törő megfogalmazása történjék oly módon, hogy csupán az összefoglalás elolvasása is elegendő legyen a dolgozat lényegének megértéséhez. Az összefoglalókat kérjük a fentiek szerint egyértelműen tagolni. A magyar és angol összefoglalás hossza igazodjon egymáshoz, az egy szabvány gépelt oldalt – külön-külön- ne haladják meg.

Az egészségtudománnyal kapcsolatos közleményekben az Index Medicusban használt kulcsszavakat kell alkalmazni.

4. A kéziratban előforduló, nem általánosan elfogadott rövidítésekről külön jegyzéket kell készíteni.

5. A kézirat világos szerkesztése különösen fontos az olvasó számára. Az eredeti közleménynél a bevezetőben néhány mondatban meg kell jelölni a kérdésselvetést. A részletes történelmi bevezetést kerülni kell. Az irodalmi hivatkozásokat a legújabb eredeti közleményekre és összefoglalókra kell korlátozni.

A módszertani részben világosan és pontosan kell leírni azokat a módszereket, amelyek alapján a szerzők az eredményeket megkapták. Amennyiben a módszereket már közölték, csak a metodika alapelveit kell közölni, hivatkozva a megfelelő irodalomra.

A statisztikai módszereket és azok irodalmát is meg kell adni.

Az eredmények és megbeszélés részeket külön és világosan kell megszerkeszteni.

A megbeszélés rész legyen kapcsolatban az idevonatkozó legújabb ismeretanyaggal, valamint azokkal a megállapításokkal, amelyekből a szerzők a következtetéseket levonták. Az eredmények újszerűsége világosan tűnjön ki.

A módszerek, eredmények, megbeszélés részek megfelelő alcímeket kapjanak.

A közlemények hossza a 10 szabvány (1800 karakter) gépelt oldalt nem haladhat meg.

6. Irodalmi hivatkozások. Csak azok az irodalmi hivatkozások sorolhatók fel, melyekre a szövegben utalás történt és direkt kapcsolatban vannak a kutatott problémával. A hivatkozásokat idézettségük sorrendjében kell megadni. Az egyes tételeket új sorokban, sorközzel elválasztva. Háromnál több szerző esetén a három szerző neve után „és mtsai” (négy szerző esetén a harmadik szerző neve után „és mtsa” írandó. A folyóiratok nevének nemzetközi rövidítését kell használni.

Példa:

Kovács I.: A védőnő szerepe a perinatalis halálozás prevenciójában. Orv. Hetil., 2002, 123, 1234-1238.

Az idézett hivatkozások száma maximálisan 30 lehet. A kézirat szövegében az utalás az adott tétel számának zárójelben való megadásával történjen.

Az irodalomjegyzék végén meg kell adni a levelező szerző nevét és pontos címét.

7. A táblázatokat címmel kell ellátni, minden táblázatot külön lapon kell megadni. A címbe és a táblázatban szereplő esetleges rövidítések magyarázata a táblázattal egy lapon szerepeljen.
8. Valamennyi ábra címét és a hozzátartozó esteleges rövidítések magyarázatát egy közös lapon kell megadni.

Az ábrákon és a táblázatokon ugyanazon adatok ne szerepeljenek.

Ortográfia:

A köznyelvben meghonosodott idegen szavak írhatók magyar helyesírás szerint, egyébként az etimológikus írásmód követendő.

A kézirat beküldési helye: Acta Sana Szerkesztősége, SZTE Egészségügyi Főiskolai Kar, 6726 Szeged, Temesvári krt. 31.

A közlemények végső elfogadása csak abba az esetben történik meg, ha azok formailag teljes egészében megfelelnek ezen útmutatásnak.

Szeged, 2006 január

Szerkesztőség

