

Károli Gáspár Református Egyetem
Bölcsészet- és Társadalomtudományi Kar

Pszichológiai Intézet

Dr. Kövesdi Andrea

Dr. Takács Szabolcs

Szervtranszplantált gyermekek rezilienciáját támogató
pszichoszociális tényezők

Farkas Fanni

AYLK3K

TARTALOMJEGYZÉK

ABSZTRAKT.....	1
KULCSSZAVAK	1
BEVEZETÉS.....	1
ELMÉLETI HÁTTÉR	2
CSALÁDI RENDSZEREK MŰKÖDÉSE	2
<i>Család, mint támogató rendszer</i>	2
MEGÉLT STRESSZ SZEREPE.....	3
<i>Stressz és megküzdés</i>	3
<i>Megküzdést segítő protektív vonások.....</i>	4
REZILIENCIA	6
<i>Reziliencia fogalom kialakulása</i>	6
<i>Pszichológiai reziliencia meghatározása</i>	7
<i>Reziliens működést befolyásoló tényezők.....</i>	8
<i>A család szerepe a reziliens működés kialakításában.....</i>	10
<i>Reziliens működés krónikus betegségek és traumák esetén</i>	12
<i>Reziliens működés transzplantáció esetén</i>	15
SZERVTRANSZPLANTÁCIÓ MAGYARORSZÁGON.....	17
<i>Vesetranszplantáció</i>	17
<i>Májtranszplantáció</i>	18
<i>Tüdőtranszplantáció</i>	20
<i>Utánkövetés, immunszuppresszió.....</i>	21
A SZERVTRANSZPLANTÁCIÓ PSZICHOLÓGIAI HÁTTERE	22
<i>Megváltozott fejlődésmenet.....</i>	22
<i>Családra nehezedő teher.....</i>	22
HIPOTÉZISEK:	23
ELSŐ HIPOTÉZIS.....	23
MÁSODIK HIPOTÉZIS.....	23
HARMADIK HIPOTÉZIS	24
MÓDSZER.....	24
MINTA	24
<i>Vizsgálati személyek.....</i>	24
FELHASZNÁLT MÉRŐESZKÖZÖK	25
<i>Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC, Connor and Davidson, 2003)</i>	25
<i>Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21, Lovibond & Lovibond, 2005)</i>	25
<i>Public Health Surveillance Well-Being Scale (PHS-WB, Bann, et al., 2012)</i>	25
<i>The Relationship Structures (ECR-RS, Fraley et al., 2011)</i>	26
<i>Pozitív kortárs kapcsolatok kérdőív.....</i>	26
ELJÁRÁS.....	26
EREDMÉNYEK	28
PROGRAMOK	28
LEÍRÓ STATISZTIKÁK	28
ADATELEMZÉS	29
<i>Mérési eljárás megnevezése és indoklása.....</i>	29
<i>Mérési modell létrehozása</i>	29
<i>A modell illeszkedése</i>	31
<i>Modell értelmezése.....</i>	32
DISZKUSSZIÓ	34
EREDMÉNYEK ÉRTELMEZÉSE	34
KITEKINTÉS ÉS KORLÁTOK	37
ÖSSZEGZÉS.....	38

ABSZTRAKT

Kutatásom elsődleges célja a szervtranszplantáción átesett gyermekek pszichológiai rezilienciáját befolyásoló tényezők feltérképezése. A vizsgálat során a gyermek szüleivel való kötődését, pozitív kortárs kapcsolatait és szülei jóllétét különböző aspektusait vizsgáltam a transzplantált gyermek pszichológiai ellenállóképességének tekintetében. A kutatás során 58 máj-, vese-, vagy tüdőtranszplantáción átesett gyermek, illetve hozzájuk tartozó elsődleges gondozó adatait dolgoztam fel. A vizsgálni kívánt komponenseket az eljárás során strukturális modellként dolgoztam fel. Eredményeim értelmezése során a transzplantált gyermekek rezilienciájára ható, vizsgált tényezők közül a szüleikhez való kötődés tekintetében, az édesanyához és édesapához való biztonságos kötődést értelmezve nem találtam szignifikáns kapcsolatot. A gyermekek lelki ellenállóképességének alakulására ellenben a pozitív kortárs kapcsolatok, illetve a barátok száma pozitív befolyásoló tényezőként értelmezhető, úgyszintén a gyermek elsődleges gondozójának általános jólléte, depresszív érzelmeinek erőssége, illetve rezilienciája, jelen kutatási minta alapján.

KULCSSZAVAK

transzplantáció, reziliencia, családi rendszer, trauma, jóllét

BEVEZETÉS

Kutatásomban a szervtranszplantáción átesett gyermekek jóllétét és reziliens fejlődését befolyásoló külső támogatói tényezőket vizsgálom. Gyermekkori szervtranszplantáció esetén jelentős problémák merülhetnek fel, hiszen a kezelések jellegéből adódóan a gyermek egész fejlődésmenet atipikussá válik. Ilyen esetekben pedig a családi és más kapcsolati hatások a szocializáció alapjaiból adódóan még relevánsabbnak bizonyulnak (Fukunishi 1995). A szervátültetést követően nem csak a gyermek, de a család élete is átalakul. Új esélyt kapnak az élettől, ugyanakkor nem az általánosan “normális” élethez térnek vissza, hanem egy “új normálishoz”, mely jelentős, további alkalmazkodást igényel (Brosig, 2014). A témaválasztást személyes tapasztalatok egyaránt indokolják, hiszen a kutatáshoz szükséges vizsgálatok felvételekor alkalmam nyílt több szakorvossal is beszélgetést folytatni, miszerint az édesanya reakciója jelentős fontossággal bír a folyamat során. A gyakorlati tapasztalatok alapján kiemelendő, hogy az anya miként reagál a folyamat közben, megfelelő támaszt tud-e nyújtani beteg gyermekének, ugyanis egy reziliens, jó képességekkel rendelkező anya mellett a gyermek szempontjából is sokkal kedvezőbbek lehetnek az eljárás kimenetelei és a gyermek későbbi egészségügyi állapota is.

ELMÉLETI HÁTTÉR

CSALÁDI RENDSZEREK MŰKÖDÉSE

A család egy meghatározó szempontnak számít mindannyiunk életében. Viszont arról, hogy egy család miként épül fel és milyen funkciókat lát el, különböző kultúrák és korszakok más és más értelmezéseket követhetnek. Alapvetően viszont a család egy nyílt, dinamikus rendszernek tekinthető (Goldenberg, 2008). Ez magába foglalja a környezete felé értendő nyitottságot és azt is, hogy folyamatos változásokon mehet keresztül. Ez azt jelenti, hogy a család reagál a külső és belső ingerekre, történésekre, mely reakcióra választ kap és ez a folyamatos többirányú hatásrendszer ad folyamatosságot egy családi életnek (Busi, 2004). Így tehát egy családi rendszerben nem csupán egyirányú hatásokról beszélhetünk. Amellett tehát, hogy a családtagok egyénileg is változnak, fejlődnek ezek a változások egymásra is hatnak, az egyéni fejlődésmenet hat a család többi tagjára, azok fejlődésére is (Busi, 2004).

Egy család a felépítésétől függetlenül folyamatosan és kétségtelenül törekszik arra, hogy ugyan eltérő sikerrel, de a lehető legjobban működjön. Ez a törekvés pedig független attól, hogy az adott család hány fős, gyermekes vagy gyermektelen, hatékonyan vagy kaotikusan szerveződő esetleg jól, vagy éppen rosszul alkalmazkodó. A cél az, hogy sikeresen beteljesítsék kollektív igényeiket, mégpedig anélkül, hogy rendszeresen akadályoznák tagjaik saját egyéni szükségletei, céljai elérését (Goldenberg, 2008).

Egy családon belül is kiemelkedően fontos a szülő-gyermek kapcsolat a kötődés és a világban való biztonságérzet megalapozása szempontjából. Ez az átvett működési minták mellett társas támogatást is jelent, a családtagok számára ez egy védőfaktorként is funkcionál különböző veszélytényezőkkel szemben (Kovács, 2009). Egy család mindezek mellett számos funkciót tölthet be. Ezek a viszont folyamatos változásban vannak, bizonyos funkciók elértéktelenedhetnek, mások pedig fontosabbá válhatnak az idő múlásával. Ez befolyásolja a családok tevékenységrendszerét, kultúráját, norma- és értékrendszerét. Bodonyi Edit és munkatársai (2006) tanulmányában kiemelt, a család által ellátott funkciók a következők: biológiai (reprodukciós), gazdasági (jövedelmi közösség), érzelmi szükségleteket kielégítő, társadalmi státuszt meghatározó, betegeket ellátó és az öregekről gondoskodó, kulturális igényt felkeltő, szabadidőt irányító, családtagok életét irányító és ellenőrző, szocializációs, nevelési funkció, személyiségformáló, támogató rendszeri funkció. (Dodonyi és mtsai, 2006)

CSALÁD, MINT TÁMOGATÓ RENDSZER

Az 1960-as évektől kezdve a családkutatások közkedvelt témája lett a családi és pszichológiai egészség viszonya. Ekkor különösen hangsúlyos lett a család – mint rendszer

támogató szerepe és funkciója. A család, mint támogató rendszer Caplan (1976) szemléletében úgy írható le, mint a külvilág információinak összegyűjtője és továbbítója. Egy sikeres alkalmazkodásban kulcsfontosságú szerepet tölt be az, hogy milyen rendezőelv szerint minősítjük és dolgozzuk fel az érkező információkat. A családnak ezért meghatározó szerepe van abban, hogy egy gyermek miként értelmezi a világot, milyen értékeket és normákat birtokol. Ezek ugyanis a későbbiekben befolyásolják az adott egyén viselkedését, a világról alkotott képét, hogy mikre figyel fel a külvilág történéseiből, mit tart fontosnak és mit ítél el (Caplan, 1976).

Jelen témában kiemelkedően fontos tényező, hogy a család ideális esetben fokozza az érzelmi teherbírást (Bodonyi és mtsai, 2006). Ez pedig befolyásolja azt, hogy egy adott egyén hogyan vészel át bizonyos krízishelyzeteket, konstruktívan oldja-e meg a felmerült problémákat, vagy éppen nehezen küzd meg velük. Egy család ilyenkor érzelmi egyensúlyt biztosít és lehetőséget arra, hogy a feszültségeket a tagok ideális mértékben (de nem szélsőségesen) lereagálhassák (Bodonyi és mtsai, 2006). A család szupportív funkciói közé tartozik, hogy támogatja a rászoruló családtagokat egy-egy felmerült probléma esetén. Egy család továbbá vonatkozási pontként is értelmezendő, hiszen önmagunkat egymás tükrében, egymáshoz viszonyítva értelmezzük. és értékeljük (Bodonyi és mtsai, 2006). Az említett támogató funkciók Bodonyi és munkatársai (2006) kiadványa szerint akkor tudnak megfelelően és hatékonyan működni, ha a családtagok felelősek egymásért, elfogadják a családi kontrollt, nyílt kommunikáció folyik köztük, továbbá a felek között kölcsönös kapcsolat alakul ki. Fontos továbbá, hogy a felek között megfelelő viszony, kapcsolat és kötődés működjön. Értelemszerűen ebből az következik, hogy a Caplan (1976) által leírt funkciók sajnos nem minden esetben működnek kielégítően. Egy család folyamatos változásokon megy keresztül és igyekszik mihamarabb az adott helyzetekhez, a fellépő külső vagy belső változásokhoz alkalmazkodni. Egy adott egyensúlyi állapot pedig felborítható, ha a rendszer új tényezővel szembesül, például betegséggel, munkanélküliséggel, egy fontos személy elvesztésével vagy akár egy új családtag érkezésével.

MEGÉLT STRESSZ SZEREPE

STRESSZ ÉS MEGKÜZDÉS

A stressz kutatásával először Selye János kezdett el foglalkozni. Az ő nevéhez köthetjük a stressz konkrét definícióját is, mely a következő képpen hangzik: *“stressz a szervezet nem specifikus válasza bármilyen igénybevételre”* (Selye, 1976). A témában megjelent könyve, *The*

Stress of Life (1956) később *Életünk és a stressz* címmel magyarul is elérhetővé vált (1976), melyekben széleskörűen tájékozódhatunk az adott témában.

Selye (1976) elsősorban differenciálta egymástól az eustressz és a distressz fogalmát. Az eustressz leírása szerint egy jó, pozitív hatású, serkentő és kihívást jelentő stressz állapot. Ezzel szemben a distressz negatív viszonylatú, melynek hosszútávú fennállása, krónikus stresszé váló alakulása olyan testi, lelki és élettani változásokat eredményezhet, amelyek különböző betegségek kialakulásához vezethetnek. Selye megállapítása szerint az ilyen krónikusan fennálló distressz helyzetekben az alkalmazkodás az egyik leghatékonyabb megoldás a túlélés szempontjából (Selye, 1956; idézi Kövesdi, 2017). Később számos irodalom jelent meg a témában, ezek közül többen kiegészítették az adott elméletet azzal, hogy a stresszel való megküzdés folyamatára helyezték a hangsúlyt. Így például az ok-okozati tényezőkkel kapcsolatban indult tanulmányok (Holmes és Rahe, 1967; Lazarus és Folkman, 1984) a különböző stresszorokara (pl. trauma, megterhelő életesemény) adott megküzdési válaszreakciókat vizsgálták. Lazarus (1974, idézi Oláh, 2004) nevéhez köthető a legáltalánosabban elfogadott megküzdési elmélet, a kognitív tranzakcionista coping modell kidolgozása. A szerzők megfogalmazásában „*megküzdésnek tekinthető minden olyan kognitív vagy viselkedéses erőfeszítés, amellyel az egyén azokat a külső vagy belső hatásokat próbálja kezelni, amelyeket úgy értékel, hogy azok felülmúlják vagy felemésztik aktuális személyes forrásait*” (Lazarus és Folkman, 1984, idézi Oláh, 2004). További típusú kutatások során a témában Hampel és Petermann (2006), illetve Pikó és Hamvai (2012) azt találták, hogy a nagyobb intenzitásúnak ítélt stressz akkor veszélyes, ha a maladaptív megküzdési stratégiák alkalmazása bizonyul gyakoribbnak. Ezek ugyanis szignifikánsan nagyobb eséllyel vezethetnek alkalmazkodási problémák és mentális zavarok megjelenéséhez a későbbiekben. Itt fontos megemlíteni, hogy ezek az esetlegesen előforduló mentális problémák két csoportra különíthetők el a DSM-5. (2013) szerint. Lehetnek internalizáló (befelé irányuló), illetve externalizáló (kifelé irányuló) zavarok. Az internalizáló zavarok lehetnek például a megjelenő szorongásos zavar, depresszió és fóbia. Ezzel szemben az externalizáló zavar lehet például oppozíciós zavar, figyelemzavar vagy hiperaktivitás is.

MEGKÜZDÉST SEGÍTŐ PROTEKTÍV VONÁSOK

A krónikus stressz élménye hatással van testi és lelki működésünkre. Ez szomatikus szinten különböző krónikus megbetegedéseket hoz létre, lelki szinten pedig félelmeket, szorongásos megbetegedéseket vagy akár depressziót. (Kiss, 2015) Emellett az akut, súlyos hirtelen nagy mennyiségű stresszt előidéző életesemények is kiválthatják a szervezet stressz

reakcióit a krónikus stressz mellett, hiszen az élet traumatikus, váratlan fordulatai könnyen kibillentenek minket egy megszokott egyensúlyi helyzetünkől. (Kiss, 2015)

A megküzdés Oláh Attila (2005) definíciója szerint nem más, mint az egyén szempontjából stressz-telítettként felfogott körülmények esetén történő tudatos, akaratlagos, adaptációt szolgáló erőfeszítés. Ez a fizikai, szociális, fiziológiai környezet, továbbá a kognitív, érzelmi és instrumentális viselkedés szabályozásait foglalja magába. Eszerint maga a megküzdés egy biológiai (fiziológiai, neuroendokrin, immunológiai), pszichológiai (kognitív, érzelmi és viselkedéses), valamint szociológiai és spirituális feladat. Ez a folyamat a szervezet különböző működési szintjeinek összhangját igényli (autonóm, tudattalan, tudatos), mindezt olyan körülmények között, amikor a már korábban bevált alkalmazkodási sémák és meglévő erőforrások nem bizonyulnak elegendőnek. (Oláh, 2005)

A stresszel való megküzdés szakirodalmában a környezettel való interakciós modell mellett, azon irodalmakkal is érdemes foglalkozni, melyek a személyiség komponenseire, jellegzetességeire összpontosítanak. Ezek a különböző egyéni stílusok és jellegzetességek a személyiségvonás vagy trait megközelítések szerint ugyanis elősegítik az egyén megküzdési hatékonyságát (Oláh, 2004).

Kiss (2015) irodalmában összefoglalta és részletesen ismertette a személyiség megküzdését segítő protektív vonásokat, melyek az irodalom szerint az alábbiak: kontroll képessége (Rotter, 1966, Kulcsár, 1972/89), tanult leleményesség (Rosenbaum, 1988, 1990), keményen helytálló személyiség (Kobasa, 1985, Nowack, 1989, Harrisson és mtsai, 2002), én-tudatosság (Fenigstein, 1975/79), én-hatékonyság (Bandura, 1982), koherencia érzés (Antonovsky, 1979/87), diszpozicionális optimizmus (Scheier és Carver, 1987), reziliencia (Block, 1980; Masten, 1990; Werner, Smith, 1992, 2001), konstruktív gondolkodás (Epstein, Meier, 1989), érzelmi intelligencia (Mayer, Salovey, 1997; Nagy 2007, 2010), spirituális intelligencia (Zohar, Marshal, 2000). A mellékelt *1. táblázatban* látható Kövesdi (2017) által készített összefoglaló, a személyiség protektív faktorainak felsorolásával, azok megnevezett szerzőivel, illetve rövid leírásukkal.

Személyiség Protektív faktora	Szerzők	
Kontroll képessége	Rotter, 1966, Kulcsár, 1972/89,	Belső Kontroll kíváncsabb, Hat az önszabályozásra.
Tanult leleményesség	Rosenbaum, 1988, 1990	Kognitív önszabályozó folyamat.
Keményen helytálló személyiség	Kobasa, 1970, Nowack, 1989, Harisson és mtsai, 2002	Hardiness hajlamosít a növekedési potenciál megvalósítására.
Én-tudatosság	Festinger, 1975/79	Elmélyedés képességét teszi lehetővé.
Én-hatékonyaság	Bandura, 1982,	Kitartást és cselekvőképességet befolyásolja.
Reziliencia	Block, 1980, Masten, 1990, Werner, Smith, 1992, 2001	veszélyeztető életkörülményekhez való sikeres alkalmazkodás.
Koherencia érzés	Antonovsky, 1979/87	Irányítja a megfelelő coping stratégiát, és mobilizálja azokat.
Diszpozicionális optimizmus	Scheier, Carver, 1987	Pozitív beállítódás.
Konstruktív gondolkodás	Epstein, Meier, 1989	Hatékony alkalmazkodási sémák új helyzetekben való felhasználása. A változás iránti érzékenységet teszi lehetővé és a kognitív és érzelmi rendszer integrációját hangsúlyozzák.
Érzelmi intelligencia (EQ)	Mayer, Salovey, 1997, Bar-On, 1997, Nagy (2007, 2010)	Az érzelmi információ megértése, feldolgozása és felhasználása. Az EQ és egészség összefüggésének kutatása.
Spirituális Intelligencia (SQ)	Zohar, Marshal, 2000	humánspecifikus, az én határait meghaladó spektrum.

*1. Táblázat
A személyiség protektív faktorainak összefoglalása
(Kövesdi, 2017)*

REZILIENCIA

REZILIENCIA FOGALOM KIALAKULÁSA

Jelen dolgozat a korábban említett protektív faktorok közül a reziliencia jelenségét helyezi a vizsgálat központjába. A következőkben bemutatnám a jelenséggel kapcsolatos különböző fogalmi meghatározásait, illetve a pszichológiában használatos értelmezéseit.

Maga a reziliencia mint fogalom, eredendően nem a pszichológia tudományához kötődik, elsőként fizikai tudományok területén írták le és alkalmazták a minél optimálisabb működési feltételek megteremtéséhez. Ezeken a területeken a fogalom azt a jelenséget fejezi ki, hogyha egy test/tárgy összeütközik egy másikkal, akkor ez a test képes-e arra, hogy rugalmasan visszatérjen korábbi, stabil, eredeti formájába, állapotába (pl. teniszlabda és ütő összeütközése), tehát mekkora ellenálló képességgel rendelkezik (Kiss, 2015; Kövesdi, 2016, 2017).

A pszichológia történetében a reziliencia jelenségének fogalmi leírásáról még maga a definíció megfogalmazása előtti időszakból találhatunk kutatásokat. Csecsemőkről olvashatók olyan tanulmányok, akiket traumatikus események értek születésükkor vagy pár hónappal azután. Ezek a csecsemők a leírás szerint nem negatív következményekkel nőttek fel, sokkal inkább

átlagon felüli vitalitás és kreatív készségek kibontakoztatása jellemezte növekedésüket (Bowlby, 1956). A pszichológiai reziliencia fogalmi leírása elsőként a fejlődépszichológia területén tűnt fel, amikor szélsőséges életeseményeknek kitett gyermekek viselkedését tanulmányozták. Később a reziliencia-kutatások kiterjedtek a felnőtt populációkra is. Több szempont alapján olyan egyéneket vizsgáltak, akik traumatikus események áldoztaivá váltak, illetve, akik hivatásukból eredően extrém, különleges helyzetek résztvevői, traumatikus események elszenvedői, illetve szemtanúi voltak. (Urbán és Kovács, 2016)

A reziliencia jelenségének kutatása nézőpontváltáshoz vezetett. A patogenetikus megközelítés helyett a szakmai figyelem inkább a személyiség protektív faktoraira helyeződött. Ezzel fordult az érdeklődés a lehetséges alkalmazkodás irányába, a homeosztázis helyreállításra, továbbá a fejlődésre a személyes belső erőforrásokra. (Kiss, 2015) A reziliencia jelenségének felismerése és alkalmazása a gyógyításban az egészségmagatartás változását implikálhatja hosszú távon (Kövesdi, 2016).

PSZICHOLÓGIAI REZILIENCIA MEGHATÁROZÁSA

A reziliencia fogalmának definiálása összetett jelenség. Megértése több hullámban zajlott, számos kutatás irányult vizsgálatára az évek során. A reziliencia konstruktuma számos faktort ölel fel. Maga a fogalom többet foglal magába, mint egyszerűen a személyiség megküzdési kapacitása (coping), a lelki ellenálló képességet jellemzi, mely egy kimondottan



1. ábra

Reziliencia definíciója (Urbán és Kovács, 2016)

komplex jelenség. A reziliencia egy rugalmas ellenállási képesség, azaz valamely rendszernek, legyen az egy egyén, egy szervezet, egy ökoszisztéma, azon képességét jelenti, hogy erőteljes, meg-megújuló, vagy akár sokszerű külső hatásokhoz is sikeresen alkalmazkodjon (Békés, 2002). Komplex jelenség, melynek a mai napig nincsen egy konszenzuson alapuló, általánosan elfogadott fogalmi meghatározása.

A korábbi években számos kutatás foglalkozott a reziliencia jelenségével, ezek között a legfontosabbak Werner és Smith (1982), Urbán és Kovács (2016), (lásd 1. ábra), Masten (1990), Garmezy (1993), Grotberg-Nemzetközi Reziliencia Projekt (1995, 1997), Rutter (2000), Masten (2001), Cicchetti és Cohen (2006), melyeknek közös pontja, hogy a rezilienciát olyan személyes változók együttjárásaként értelmezi, mely lehetővé teszi a nehéz/stresszel teli élethelyzetben a rugalmas alkalmazkodást és felépülést (Kövesdi, 2017). Az alábbi, 2.

táblázatban Kövesdi (2017) tanulmányában megjelent összefoglalóként megtalálhatók a különböző reziliencia definíciók, azok leírása, szerzőivel megnevezve.

Szerzők	A reziliencia változatos definíciói
Werner és Smith (1982)	A reziliencia olyan képesség, amely a külső stresszorok hatását és a belső sérülékenységet mérsékli.
Masten (1990)	A reziliencia a sikeres alkalmazkodás folyamata, képessége, vagy kimenete a kihívást jelentő vagy fenyegető körülmények ellenére.
Garmezy (1993)	A reziliencia olyan képesség, amely a sérülés, bántalmazás vagy trauma utáni felépülést és az adaptív viselkedés fenntartását lehetővé teszi.
Grotberg-Nemzetközi Reziliencia Projekt (1995, 1997)	A reziliencia alatt olyan emberi képességet értünk, ami lehetővé teszi egy személynek, csoportnak vagy közösségnek, hogy megelőzze, minimálisra csökkentsse vagy legyőzze a különféle megpróbáltatások károsító hatásait.
Rutter (2000)	A reziliencia a rizikótápasztalok hátrányos hatásaival szembeni bizonyos fokú ellenállást jelent.
Masten, 2001)	A reziliencia olyan személyiségjegye, amely szorosan összefügg az adaptációs képességekkel, jellemző rá többek között a belső kontroll, az empátia, az optimizmus, a pozitív énkép, a változások pozitív kezelése és az én-hatékony viselkedés.
Chicetti és Cohen (2006)	Az egyén képessége arra, hogy sikeresen alkalmazkodjon (adaptáció), és kompetensen működjön (kompetencia) a kedvezőtlen – külső vagy belső – hatások ellenére, illetve a tartós vagy súlyos traumatizációt követően

2. táblázat
Reziliencia definíciók
(Kövesdi, 2017)

Ezek alapján az említett tanulmányokban a fogalmi meghatározásokban több közös pont is található: 1) viszontagságos külső környezet, 2) az egyén bizonyos belső tulajdonságai, védelmi faktorainak megléte 3) a külső veszélyeztető körülményekkel való hatékony megküzdés. A közös pontok ellenére a fogalmi keretek tisztázásaképp jelen dolgozatomban Masten (2001), Cicchetti és Cohen (2006) fogalmi meghatározásainak keretein belül használok és értelmezem a reziliencia meghatározását.

REZILIENS MŰKÖDÉST BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK

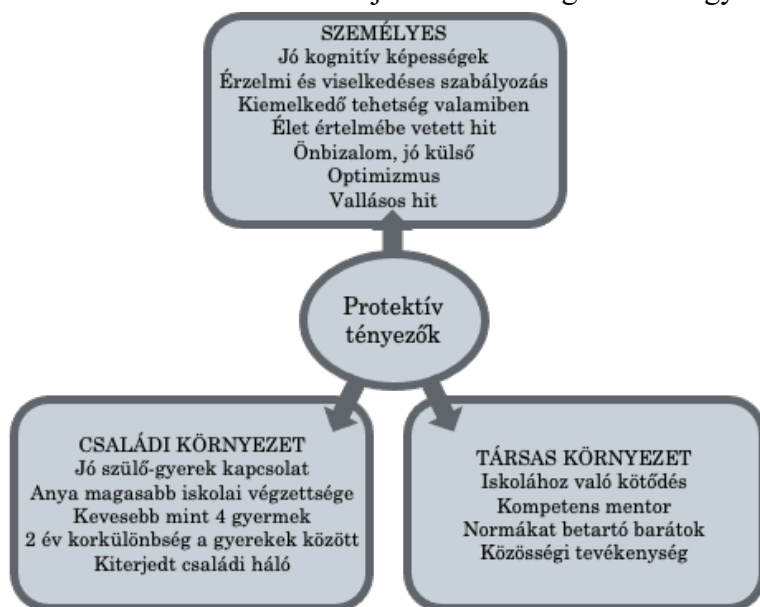
A reziliencia vizsgálatok igen sokrétűek lehetnek. Számos keresztmetszeti, illetve longitudinális vizsgálat készült a jelenség komplexebb kutatása érdekében. Ezek közül több nem csupán a jelenségre és az azt következő viselkedésesre fókuszál, hanem rezilienciát befolyásoló faktorokra is. Ezen a területen igyekeztek feltérképezni, hogy milyen tényezők és jellemzők játszanak szerepet a felmerülő nehézségekkel való sikeres megküzdésében, illetve mik védhetik az egyént a magasfokú veszélyeztetettséggel szemben (Kiss, 2015).

Negyven évet átfogó kutatási eredményeik alapján Werner és Smith (1992, 2001) megállapították, hogy a rezilienciára való képesség egy életen keresztül alakul. 1955 és 1995 között a szerzők a Hawaii szigeteken végzett kutatásukban három időpontban végeztek vizsgálatokat a résztvevőkön, amikor azok 1, 18, illetve negyvenedik életévüket töltötték. A

kutatásba 698 gyermeket vontak be, melyeknek 80%-át sikeresen megőrizték a negyven évig tartó vizsgálat végéig. A tesztfelvételek kezdetekor, azaz a gyermekek 1 éves korában a szakemberek a minta egyharmadában találtak magas veszélyeztetést jelentő faktorokat. Ilyenek voltak többek között a szülő mentális terheltsége, szenvedélybetegség, egyéb mentális rendellenesség, terhesség és/vagy szülési komplikációk, illetve a születés körülményei. A személyek következő vizsgálati alkalmával (18. életévben) a veszélyeztetettnek talált csoport egyharmada reziliensé vált bármiféle ismert külső beavatkozás nélkül. A következő vizsgálati időpontban, a résztvevők 40 éves korában az említett csoport további egyharmada vált szintén reziliensé. (Werner és Smith, 1992, 2001). Ezáltal Werner és Smith (1992, 2001) kutatásukban bizonyították, hogy a rezilienciára való képesség nem korhoz kötött.

A vizsgálatban több rizikótényezőt is megállapítottak az egészséges működésre nézve. Ilyennek bizonyult például a férfiak esetében a szülői alkoholizmust és/vagy mentális betegség, ilyenkor ugyanis nagyobb eséllyel maradtak a férfiak a negatív élethelyzetben. Az alacsony születési súly is rizikótényezőnek mondható, hiszen ezek a gyermeknél nagyobb arányban fordultak elő később egészségügyi problémák és a depresszió kialakulásának esélye is nagyobb volt. Továbbá kockázatot jelentett a vizsgálatban a gyermekkorban átélt veszteség-élmény, vagy a

család felbomlása, mivel ez is növelte a későbbi egészségügyi problémák kialakulását. (Werner és Smith, 1992, 2001) Werner és Smith eredményeik alapján megfogalmazták a reziliencia protektív faktorait. A kutatás alapján a rezilienciát támogató protektív faktorokat három csoportba különíthetjük el: 1) személyes, 2) családi, 3) szociális/környezeti szinten zajló támogató folyamatok. (Werner és Smith, 2001) Ezen csoportosítások tényezői a következő, 2. ábrán láthatók.



2. ábra

*A protektív tényezők csoportosítása
(Werner és Smith, 2001, saját szerkesztés)*

Werner és Smith (1992, 2001) kutatása nagy jelentőségű volt a reziliencia vizsgálatok terén. Publikációjukban a rezilienciát “legyőzhető sérülékenységnak” nevezik. A korábbi, patogénikus gondolkodás szerint a traumatikus esemény következménye csak traumatikus sérülés lehet. A kutatások által ez megváltozott, ugyanis ezek az eredmények a protektív

védőfaktorok feltárásához vezettek, melyek a változtatás lehetőségét biztosítják az élet folyamatában (Werner és Smith, 1992, 2001).

Ann Masten és munkatársai (1990) szintén egy longitudinális vizsgálat során arra voltak kíváncsiak, hogy mely tényezők biztosítják a védettséget a traumákkal szemben. Hét és nyolc év közötti gyermekeket vizsgáltak, egy összesen 205 fős mintán. A vizsgálatokat 7, majd 10 évvel később is megismételték. Vizsgálatukban azt találták, hogy a jó szülői kapcsolatok, a magasabb intelligencia, a társas kapcsolatok megléte és az alacsony negatív emocionalitás (distressz) elősegítik a reziliens működést. Mindemellett pozitív összefüggésben van még a személy rugalmasságával, flexibilitással, a kevésbé rigorózus szabálykövetéssel, a túlzott kontroll hiányával és bizonyos szituációk megoldásához kapcsolódó nyitottsággal, emellett jelentőségteljes befolyásoló tényezőnek bizonyult még az egzisztenciális háttér is. Masten és munkatársai a kutatás alapján a rezilienciát *a veszélyeztető életkörülmények ellenére történő sikeres alkalmazkodásnak* tartják (Masten és mtsai, 1990, idézi Kövesdi, 2017).

Cederblad és munkatársai (1994) 1947-ben kezdték meg longitudinális vizsgálatukat (Lundby Study) egy 148 fős mintán. A kutatók a mentális egészség és az életminőség közötti összefüggésre kerestek választ a 47 évig tartó kutatásukban. A mentális egészség okaira voltak kíváncsiak azokban az esetekben, amikor a résztvevők gyermekkorukban legalább három súlyos, mentálisan veszélyeztető életeseményen mentek keresztül és ennek ellenére később mégis reziliensé váltak. A résztvevő személyeket a kutatás során négy alkalommal vizsgálták. Az első tesztfelvétel 1947-ben történt, majd utána ezt 10, 25 majd 41-42 évvel később is megismételték. Az utolsó tesztfelvétel során a vizsgálati személyek 42 és 56 életév között voltak. Az eredmények során azt találták, hogy kutatásukban az egészség megtartásában leginkább az intellektuális képességek, a sikeres coping alkalmazása, önbecsülés, jó önértékelés, belső kontroll és a családon belül a bizalommal teli jó kapcsolatok játszottak szerepet (Cederblad és mtsai, 1994).

A CSALÁD SZEREPE A REZILIENS MŰKÖDÉS KIALAKÍTÁSÁBAN

Thomas Gordon (1990) definíciója szerint egy adott személy rezilienciája nem csak magából az egyénből fakad. Ennek a kialakulásában ugyanis az örökölt biológiai és pszichológiai adottságok, illetve környezeti tényezők (családi hatások, családszerkezet, szociális, kulturális meghatározottságok, környezeti feltételek) együttese váltja ki az adaptív reakciót. Ezen dolgok együttese határozza meg tehát a reziliencia mértékét, vagyis az élet nehézségeivel való megbirkózás sikerességét. (Thomas Gordon, 1990; idézi Deák, 2015)

A család, mint egység számos funkciót tölt be. Ezek közül közül egy fontos eleme, hogy a társadalmi követelményeket és normákat is közvetít a gyermek számára. (Gáti, 1982; idézi Deák, 2015). Ez az átvívó és szűrő szerep különösen a gyerek erkölcsi magatartásának és értékeinek kialakításában jelentős. Egy szülő akarva-akaratlan a saját szemléleti és cselekvési módját adja át a gyerekeknek, aki pedig átveszi a mintát. Ezáltal a társadalmi igények, normák és a gyermek viselkedése közé két módosító tényező ékelődik. Az egyik maga a család, amely közvetlen és közvetett eszközeivel építi a gyermek személyiségét. A második pedig maga a gyermek személyisége, amely sajátos, egyedileg rá jellemző módon éli át és értékeli a család által közvetített élményeket. Ezekre pedig sajátosan és egyedileg reagál, közben alakítva önmagát. (Gáti 1982, idézi Deák, 2015). A jó funkciókkal rendelkező család felerősíti a tágabb környezet pozitív, fejlesztő tendenciáit, emellett ideális esetben csökkenti vagy kiszűri a károsítókat. A diszfunkcionáló család viszont éppen ellenkezőleg hat. Ilyen esetekben a negatív hatásokat erősíti fel, gyengítve a kedvezőek hatékonyságát. Gáti (1982) publikációja szerint ezek alapján sorsfordító a gyermek személyiségformálódására, adaptációs képességének kialakulására nézve, hogy a család milyen érzelmi élményeket, értékeket, normákat közvetít a felé (Gáti 1982, idézi Deák, 2015). Ehhez kapcsolva fontos megemlíteni azt is, hogy Bagdy (1986) publikációja alapján a családi szocializációs hatásokban keletkező zavar akár a személyiségfejlődés zavarához vezethet, amely megnehezítheti az egyén megfelelő alkalmazkodását a környezetéhez (Bagdy 1986).

Bagdy (1986) szerint a személyiség megfelelő kialakulása, fejlődése szempontjából négy fontos szülői-nevelői tényező számít leginkább meghatározó jelentőségűnek. Az első a gyermek iránti szeretet és bizalom, a második a biztonságnyújtó, követelményeket és oltalmat egyaránt biztosító szülői magatartás, harmadik a szülők összehangolt és egyetértő nevelésmódja, végül pedig a nevelésmód nyitottsága, gyermek személyiségéhez igazított rugalmassága (Bagdy, 1986). Egy csecsemő számára az anya képviseli a külvilágot. Így az olyannak fogja megismerni azt, amilyenek az anyai közvetítéssel érkező benyomások és tapasztalatok. Bagdy (1986) cikkében továbbá kifejti, hogy egy személy soha nem gyűjt be annyi tapasztalatot ennyi idő alatt, mint az első életévben. Az ilyen téren felmerülő információk fontosságát több cikk is megerősíti, köztük Gáti (1982) is, aki szerint a szorosabb anyai kötelékkel rendelkező gyermekek esetében nagyobb eséllyel alakulnak ki hatékony megküzdési és adaptációs képességek, szemben azokkal, akiknek tartósan érzelmi elutasításban volt részük (Gáti, 1982).

Nemcsak az egyéneknek, de a szociális szerveződéseknek is van saját rezilienciájuk. Ez alapján beszélhetünk akár családi, iskolai, intézményi vagy társadalmi rezilienciáról is. (Deák, 2015) Ez tehát azt is jelenti, hogy a család, az iskola vagy a társadalom is egy-egy rendszert alkot, amelynek változás, esetleges traumák esetén meg kell védenie homeosztázisát és alkalmazkodnia kell. A családi és a tágabb környezeti rezilienciák egyszerre két irányba is hatnak. Egyrészt a saját homeosztázisuk, identitásuk fenntartására, másrészt az egyén külső reziliencia faktoraként is fennállnak, ezáltal támogatják vagy csökkentik az egyén belső, személyes rezilienciáját. (Deák, 2015) A család mint rendszer működése ilyen esetekben lehet megfelelő de akár hibás is egyaránt. Hibás működésekor a belső diszharmónia a gyermeknek rosszabb típusú viselkedési mintákat közvetít, így a mintának hála a személyiségfejlődését vagy későbbi alkalmazkodó képességét negatívan befolyásolja (Buda, 1986).

Az egyén reziliens alkalmazkodását illetően Masten és munkatársai (2008) a belső és külső tényezők közti dinamikus kapcsolatra helyezik a hangsúlyt. Szerintük egy egyén sikeres megküzdése a külső és belső adaptáció együttes eredményeként jöhet létre. Ez azokban az esetekben is érvényes, amikor a sikeres megküzdés kizárólag belső folyamatok eredményének tűnik, szerintük ilyenkor sem elhanyagolható ugyanis a környezet szerepét, komplex külső hatásokat, melyek az egyén felépülésben szerepet játszottak. Itt gondolhatunk például különböző megterhelő életesemények, traumák utáni sikeres felépülésre. Itt viszont fontos megemlíteni, hogy önmagukban a környezetben elérhető erőforrások haszontalanok. Ezeket a lehetőségeket az egyénnek fel kell tudnia ismernie és saját érdekei szerint megfelelően hasznosítani. (Masten és mtsai, 2008)

2012-ben egy longitudinális vizsgálat során Kiss és Polyák a személyes, a családi és a társas támogatás protektív tényezőit és azok szerepét vizsgálták átmeneti otthonban elhelyezett anyáknál. A kutatás összegzéseként a szerzők leírták, hogy a megfelelő külső támogatás mellett a kutatásban erősödött az egyének lelki immunitása. Mindez pedig egy érettebb, reziliensebb személyiség kialakulását segítette elő a későbbiekre nézve. (Kiss-Poják 2013, idézi Deák, 2015)

REZILIENS MŰKÖDÉS KRÓNIKUS BETEGSÉGEK ÉS TRAUMÁK ESETÉN

A gyermekkori krónikus megbetegedések esetében kiemelkedően fontos szerepe van reziliens folyamatok kialakításának a gyógyító munkában (Kiss, 2015). Kövesdi 2016-os publikációja szerint pedig a gyermekek gyógyulása során a reziliens folyamatok erősítésében érdemes lehet a szülők protektív szerepét is figyelembe venni és jobban megvizsgálni. Az egészségmegőrzés és a krónikus betegek életminőségének javítása érdekében a pszichológiai tudományokon belül mind az egészségpszichológia, mind a klinikai pszichológia érdekelt a

reziliencia jelenségének kutatásában, hogy általa új és hatékonyabb eljárásokat lehessen kidolgozni és alkalmazni.

Reziliencia, fizikai- és mentális jóllét összefüggései

Az alábbiakban Kövesdi 2017-es gondolati összefüggései alapján szeretném felvázolni a reziliencia, fizikai- és mentális jóllét kapcsolatát.

A krónikus betegségek gyakran járnak együtt az életszínvonal csökkenésével és jóllétet veszélyeztető szorongással vagy akár depresszióval. (Edward, 2013; Zautra, Johnson, Davis, 2005). Több korábbi kutatásban is arra a következtetésre jutottak, hogy a reziliencia jelensége hatással van több krónikus betegségekre is. Az említett tanulmányok alapján ilyenek lehetnek a lupus, diabetes mellitus, rheumatoid arthritis, rák, hepatitis C, fiatalkori ízületi gyulladás, bőrbetegség, depresszió, Parkinson-kór, vagy krónikus vesebetegség (Cal, Santiago, 2013, DeNisco, 2011, Girtler és mtsai, 2010, Mota és mtsai, 2006, Zautra és mtsai, 2005). Emellett DeNisco és munkatársai (2011) kutatásukban, melyben krónikus cukorbeteg személyeket vizsgáltak fordított összefüggést találtak még a reziliencia és a glikohemoglobin (HbA1c) között. (DeNisco és mtsai, 2011). Emellett inverz kapcsolatot írtak le ezek mellett a reziliencia és Bechterew-kór aktív állapotai között.

Ezeket az eredményeket és következtetéseket több egyéb kutatás végeredménye is szintén alátámasztja (Ponarovsky és mtsai, 2011, Aspinwall, Tedeschi, 2010). A szerzők összességében arra következtetésre jutottak, hogy a reziliencia hatással van a betegségek lefolyására. A nem reziliens betegek kevésbé képesek ugyanis a betegségükből fakadó stresszel és az adódó kihívásokkal megküzdeni (DeNisco és mtsai, 2011, Erim és mtsai, 2010, Wingo és mtsai, 2010). A betegségek tüneteinek megjelenése és esetleges erősödése együtt járhat pszichés problémákkal, stresszel, mely az immunrendszer működését befolyásolhatja. Több megjelent kutatásban is fordított kapcsolatot találtak a reziliencia, a szorongás és depresszió között (Aspinwall, Tedeschi, 2010; Schiavone és mtsai, 2013; Vuitton, de Wazières, Dupond, 1999). Jaser és White (2011), illetve Yi-Frazier és munkatársai (2012) kutatásukban arra az eredményre jutottak, hogy reziliencia összefüggést mutat a distresszel és az életminőséggel egyaránt. Az eredmények alapján azok a személyek, akinek magasabb a rezilienciája, magasabb életminőség értéket és alacsonyabb distressz értéket érnek el. Fernanda Cal és munkatársai (2015) összesen 12 cikket elemeztek metaanalízis keretein belül, melyek 1993 és 2003 között jelentek meg (PubMed és PsycINFO). A tanulmány a krónikus betegségek és a reziliens viselkedés közti összefüggéseket helyezte fő fókuszba. Az elemzett cikkekben több egyéni különbséget is találtak, melyek hatással voltak a fizikai betegségek kockázatára nézve,

illetve az elhalálozás esélyére. Ilyenek voltak például a társas kapcsolatok, a családi működés, az önértékelés, illetve az érzelemszabályozás.

Reziliens működést segítő tényezők

Dowrick és munkatársai (2008) kutatásukban azt vizsgálták, hogy mely tényezők segíthetik depressziós felnőtt betegek felépülését. Az eredmények szerint a gyógyulást leginkább elősegítő tényezők az életmódváltás, a család és barátok támogatása illetve az önsegítő aktivitások voltak. A kutatás során a szerzők három olyan dolgot neveztek meg, amiben aktívan tehettek magukért a résztvevő személyek a „személyes orvosság” megteremtésének érdekében. 1. személyes erősségekre való támaszkodás, 2. pozitív érzések kiterjesztése (több pozitív érzélem megélése, életmódbéli változás), 3. személyes kapcsolatok és kapcsolati háló kiterjesztése. (Dowrick és mtsai, 2008).

Hauser (2006) kutatásában pszichiátriai betegségből felépülő serdülő lányok rezilienciáját vizsgálta. A vizsgálat során három olyan jellemző faktort tárt fel, melyek kapcsolatban álltak a gyermekek rezilienciájának alakulásával. 1. saját helyzet befolyásolásának érzése (személyes befolyás), 2. annak képessége, hogy „elbírák” saját érzelmeiket és gondolataikat, 3. támogató kapcsolatok kialakításának képessége. (Hauser, 2006; idézi Kövesdi, 2017)

Tychei és munkatársai (2012) súlyosan traumatizált 12 éves ikerlányokat vizsgáltak kutatásuk során. Az ikerlányok a vizsgálat ideje alatt is nevelőotthonban éltek, ahova 4 éves korukban kerültek be. A vizsgálat érdekes eredménye, hogy a két lány közül egyikőjük reziliensé vált a megterhelő életesemények ellenére is, míg ikertestvére a vizsgálat során egy traumatizált gyermek sajátos jegyeit mutatta. A kutatók azt találták, hogy a két gyermek közti jelentős különbség az, hogy a reziliens testvér képes volt két felnőtt személyben számára követendő példaképet találni. A két felnőtt a gyermek tanárai voltak, akik adott esetben tudták helyettesíteni a gyermek számára a szülői példát, míg ezzel ellentétben testvérének csak a saját kortársaival volt megfelelő, idealizált kapcsolata. A gyermeknek tehát szüksége volt egy helyettes ideálra („ideál protézisre”) a megfelelő reziliens fejlődéshez. A kutatók a két lány közti ezen különbséggel tudták összhangba hozni a kapott eredményeket. Szerintük az önfejlődést és a rezilienciának kialakulását egy fontos személlyel történő érzelmegosztás segítette elő. Ezen személy(ek) folyamatos elérhetősége pedig megadta a gyermek számára a kapcsolódás biztonságát. Ezen kutatás alapján, a szerzők úgy gondolják, hogy mivel az ikerlányok azonos genetikai állomány ellenére különböző eredményeket produkáltak a vizsgálat során, így nincsen bizonyíték a genetikai tényezők létére a reziliencia kialakulásában.

Mindemellett fontos azt kiemelni, hogy ezen eredmény nem tartható generalizálhatónak az alacsony elemszám miatt (Tychey és mtsai, 2012; idézi Kövesdi, 2017).

Az elmúlt évtizedben számos vizsgálatot végeztek annak érdekében, hogy a betegségek kezelése hatékonyabban működjön, illetve a halálozási arány is valamilyen mértékű csökkenést mutasson. Jelenleg több kutatás is leírja, hogy a viselkedés megváltoztatásával és a kockázati tényezők minimalizálásával lehetséges befolyásolni a gyógyulás kimenetelét. Ezen tényezők figyelembevételével könnyebb ugyanis megközelíteni, vagy akár el is érni magát az egészséges állapotot. (Bolier és mtsai, 2013, Smith és mtsai, 2004). Több szerző nagy jelentőséget tulajdonít a rezilienciának, melyre ilyen szempontból egy aktív folyamatként tekintenek. Ez pedig egy pszichoterápia során a protektív faktorok fejlesztése által jelentősen növelhető. (Bolier és mtsai, 2013, Feder, Nestler, Charney, 2009, Girtler és mtsai, 2010).

REZILIENS MŰKÖDÉS TRANSZPLANTÁCIÓ ESETÉN

Miután áttekintettük a rezilienciát befolyásoló tényezőkkel kapcsolatos kutatásokat, illetve ide tartozó vizsgálatokat krónikus megbetegedésekben, vesztésben, továbbá az egyén és a család szerepét a folyamatban, így a téma szempontjából érdemes áttekinteni a korábbi, transzplantált mintákon való reziliencia vizsgálatokat is.

Egy 2019-ek Kínában készült kutatás alatt több különböző kórházból összesen 314 összejt-transzplantált beteget és 18 év feletti gondozóikat vizsgálták. A folyamat végén a kutatók kimutatták, hogy a poszttraumás növekedés és a pozitív megküzdési stílus között a reziliencia közvetítő szerepet tölt be. Ezen kívül a poszttraumás növekedésen és a reziliencián keresztül volt kimutatható kapcsolat a szociális támogatás és a poszttraumás növekedés között. (Ru-Zhen Luo, Shuai Zhangb, Yan-Hui Liu, 2020)

Tong és munkatársai (2011) vesetranszplantált serdülőkkel vettek fel interjúkat, amelyek elemzése alapján a kutatók 5-5 akadályozó, illetve serkentő faktort határoztak meg, melyek hatással vannak arra, hogy a serdülők egészséges-normál populációba sorolják-e magukat, vagy inkább a betegségben szenvedők közé. (Tong és mtsai, 2011).

Serkentő tényezők

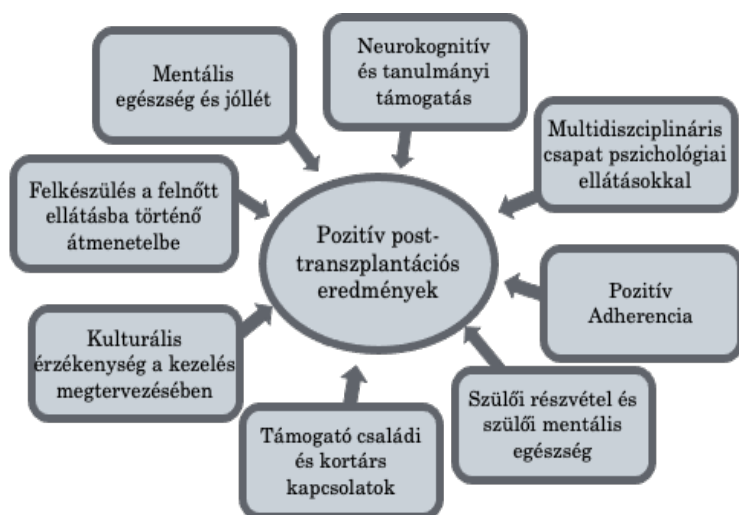
1. identitás kialakítása
2. kortársak felőli elfogadó hozzáállás
3. gyógyszerszedési rutin kialakítása
4. szabadság és energia érzékelése
5. támogató közeg

Hátráltató tényezők

1. identitáskrízis
2. kortársak általi kiközösítettség
3. gyógyszeres kezeléstől való elidegenedés
4. életmódbeli limitációk
5. félelem és bizonytalanság

Amatya, Monnin és Christofferson (2020) a transzplantáció a serdülőkre való pszichológiai hatásait vizsgálták. Kutatásukban a gyermekek és serdülők transzplantációs beavatkozás utáni pszichoszociális alkalmazkodását és életminőségüket befolyásoló protektív és rizikófaktorokat térképezték fel (Amatya, Monnin, Christofferson, 2020). Az eredmények alapján a transzplantáció utáni reziliens működés 3 különböző rizikófaktor szerint csoportosítható, melyek az alábbiak: 1: orvosi kockázati tényezők (pl.: mellékhatások, kilökődési epizódok, gyógyszeres terápiahűség), 2: személyes tényezők (pl.: eltelt idő, életkor, kórtörténet, alacsony önértékelés és érzelmi állapot), 3: családi tényezők (pl.: családi konfliktusok, jövedelem, szülő mentális állapota, szülő distressz szintje, fizikai működése) (Haavisto és mtsai, 2013; Taylor és mtsai, 2009).

A fent említett kutatások ugyan foglalkoztak a rizikófaktorok feltárásával, viszont jelentősen kevesebb tanulmány született kimondottan a transzplantált gyermekek rezilienciájának vizsgálatával kapcsolatban (Amatya, Monnin és Christofferson, 2020). A korábbiakban már részleteztem a krónikus betegségekben, illetve traumákban a rezilienciának kiemelkedően fontos szerepét, hiszen pozitív kapcsolatban áll az érzelmi, viselkedési és egészségi fejlődéssel melyet több kutatás is alátámasztott (Cal és mtsai, 2015), így fontos lehet ennek hatását a transzplantációs folyamatokban is figyelembe venni. Ilyen okokból lényegesnek tartom Amatya, Monnin és Christofferson (2020) publikációját, mely review formában összegyűjti és elemzi korábbi vesetranszplantált gyermekekkel végzett kutatások eredményeit. A szerzők a transzplantált gyermekek jóllétének és életminőségének javítása céljából vizsgálták a korábbi kutatásokat, hogy az új eredményeik alkalmazásával lehetőség legyen a későbbiekben új típusú



3. ábra

*Transzplantált betegek és családjuk rezilienciáját támogató pszichoszociális tényezők
(Amatya, Monnin és Christofferson, 2021, saját szerkesztés)*

beavatkozási és megelőzési eljárások kidolgozására. Az eredmények alapján elkülönítettek különböző pozitív pszichoszociális faktorokat, melyek segíthetik a gyermek számára a betegséggel való megküzdést. Ezáltal hatással vannak a serdülő rezilienciájára és orvosi szempontból is pozitív javulást eredményeznek. Ezen pszichoszociális faktorok a következő, 3. ábrán láthatók. (idézi Amatya, Monnin és Christofferson, 2021).

Összefoglalva az említett kutatásokat, elméleti és empirikus tanulmányokat láthatjuk, hogy nem feltétlenül születtek egységes eredmények az évek során. A különböző felvetések más-más területekre helyezték a fókusz a transzplantációs folyamatokban, így az eredmények ezzel párhuzamban különbözőképp is értelmezendők. Emellett láthatjuk, hogy ezen területen csupán kevés kutatás született, mely a transzplantált gyermekek rezilienciáját vizsgálja a szülői és családi szempontokat is egyaránt egybevetve.

SZERVTRANSZPLANTÁCIÓ MAGYARORSZÁGON

A gyermekkorban végzett szervátültetés mára Magyarországon is szinte minden átültetésre alkalmas gyermek számára elérhetővé vált. A szervtranszplantáció egy hosszadalmas folyamat, mely az átültetésre váró szerv függvényében is változik.

A transzplantációk tekintetében, ahogy korábban említettem a gyermek és felnőtt populáció lényegesen elkülönül a szervek mérete alapján, de ezen belül a különböző szervek tekintetében is természetesen hatalmas eltérések vannak. Ilyenek lehetnek például az átültetést megelőző állapot, maga a műtéti beavatkozás, a felépülési időszak, a kilökődési esélyek, esetlegesen szövődmények és kockázati szempontok is. (Dezsőfi és munkatársai, 2018). A következőkben erről a folyamatról szeretnék írni a kutatásba is bevont betegcsoportok bontása szerint (vese, máj és tüdő), hogy körültekintőbben látható legyen a folyamat.

VESETRANSZPLANTÁCIÓ

2018-as kutatásban említettek szerint 2015 és 2018 között hazánkban 46 gyerekkori vesetranszplantáció történt. Ez évi 8–12 átültetésnek felel meg. (Dezsőfi és mtsai, 2018). A transzplantáció végállapotú veseelégtelenség bekövetkeztével válik szükségessé, hazánkban ez általánosságban évente 8-12 gyermeket érint (Dezsőfi és mtsai, 2018). A gyerek életbenmaradását ugyan biztosítja a dialízis, de végleges megoldásnak csak maga transzplantáció minősül. Ezt fontos megemlíteni, hiszen a kutatásban a többi vizsgált betegcsoportoz képest így a vesetranszplantáltak bizonyos szempontból elkülönülnek, hiszen az ő esetükben a transzplantáció időpontja bizonyos mértékig „eltolható” a dialízissel, míg a máj és trüdőtranszplantáció esetén ez az időszak nem növelhető ilyen beavatkozással.

Életkori sajátosság miatt a szerv kisebb mérete is gondot okozhat donorszerv kiválasztásakor, ugyanis beültetésekor problémát jelenthet a vese és a donor testmérete közötti diszkrepancia. Egy felnőttvese beültetése kisgyermekbe ugyanis hemodinamikai instabilitáshoz vezethet. (Dezsőfi és mtsai, 2018) Az anesztézia és a perioperatív ellátás, illetve a műtéttechnika fejlődésével ma már e káros következmények ugyan megelőzhetők, azonban továbbra is

biztosabb megoldás kis testméretű donor veséjét, illetve gyermek donor veséjét felhasználni a gyermekek vesetranszplantációjához (Dezsőfi és mtsai, 2018).

A műtét megléte után sem garantált a javulás, hiszen számos szövődmény felléphet a beavatkozás után. Ezek lehetnek koraiak, közvetlenül a veseátültetéssel kapcsolatosak (sebészi szövődmények, graftdiszfunkció, korai fertőzések), de jelentkezhetnek műtétet követően akár évekkel később is, úgymint krónikus graftdiszfunkció, növekedési elmaradás, cardiovascularis betegség, diabetes mellitus, cataracta, vagy akár bizonyos tumorok kialakulása, melyeknek felismerése és ellátása speciális ismereteket és tapasztalatot igényel, így a transzplantált gyermekek ellátása speciális centrumokban kell történnjen (Glassock, 2003).

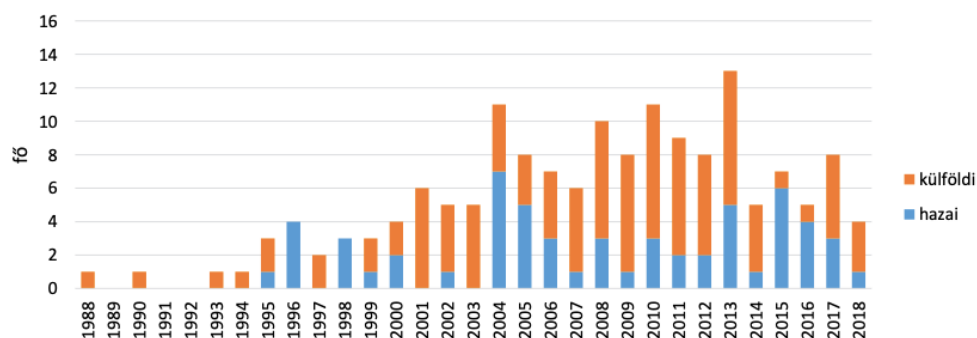
Magának a transzplantációs eljárásnak sikeres megvalósulása a gyermeknek és családjának is egyaránt hatalmas életminőségbeli javulást jelent. Megszűnnek ugyan az állandó dialízisek, viszont az átültetést követően a gyermekek életük végéig immunszuppresszív kezelésre szorulnak. Ennek a tudatosítása nagyon fontos, mivel a gyógyszerek akár csak átmeneti elhagyása is a dialízisbe való visszakerüléshez, kilökődéshez és a szerv elvesztéséhez is vezethetnek. Különösen veszélyeztetettek ilyen szempontból a serdülőkorúak (hétvégi „gyógyszerszabadság”) (Soliday, 2000), illetve a gyermekgondozásból a felnőttgondozásba kerülők, hiszen ők is hajlamosak ezen tényeket figyelmen kívül hagyni (McDonagh, 2005). Ilyenkor különösen fontosnak bizonyulhat a szülő szerepe, hogy megfelelően támogassa gyermekét a folyamat során.

MÁJTRANSZPLANTÁCIÓ

A nagyléptékben fejlődő transzplantációs sebészetnek, az immunszuppresszív szerek és a hosszú évek tapasztalatainak köszönhetően a gyermek-májtranszplantáció fejlődése az utóbbi 30 évben jelentős lépéseket tett előre. (Dezsőfi és mtsai, 2018) Jelenleg Magyarországon a májátültetések 15 kg testtömeg felett a Semmelweis Egyetem Sebészeti és Transzplantációs Klinikáján valósulnak meg, míg 15 kg alatt, illetve élődonoros átültetés esetén külföldi centrumban történik a beavatkozás, mely után a gyermekek magyar utógondozáson vesznek részt. (Külföldi beavatkozások esetén a donor 76%-ban élődonor, 24%-ban pedig kadáver.) A várólistára való felhelyezés, az ahhoz szükséges kivizsgálások és a transzplantációra való felkészítés pedig a Semmelweis Egyetem I. Gyermekklinikáján történik. A külföldi centrumokban történő beavatkozásra váró betegek (élődonoros átültetés; 15 kg feletti testtömeg) az előkészítő vizsgálatok és a fogadócentrummal történő egyeztetések után családjukkal (hiszen általában közülük kerülnek ki a potenciális donorok) a kijelölt külföldi centrumba utaznak. Itt további kivizsgálások elvégzése indokolt, melyek után kerülhet sor a transzplantációs műtetre. Ezt követően a közvetlen posztoperatív szakaszt is az adott

centrumban töltik a betegek, majd azután kerülnek vissza a magyarországi ellátásba. Élődonoros transzplantáció esetén a legtöbb alkalommal a szülők szolgáltak donorként. Az anyai és apai donációs arány közel megegyező, 55%-ban anyai, 45%-ban apai az adott donorszerv. (Dezsőfi és mtsai, 2018)

Az első Magyarországon gondozott gyermek májátültetésére 1988-ban került sor, helyileg Pittsburghben. 2018-ig bezárólag hazai és külföldi centrumokban összesen 159 magyar gyermeknél végeztek el májátültetést. Az átültetések átlagosan 63%-a történik külföldi centrumokban, közülük a legtöbbet Németországban (Hamburg, Kiel, Essen) végezték, de az évek alatt végeztek már el magyar gyermekén átültetést Pittsburghben, Brisbane-ben, Londonban, Brüsszelben és Birminghamban is. (Dezsőfi és mtsai, 2018) A végzett beavatkozások számát és helyszínét az alábbiakban látható 4. ábra is szemlélteti.



4. Ábra

Májtranszplantációk számának alakulása (Dezsőfi és mtsai, 2018)

Az elmúlt években átlagosan nagyjából évente 7-8 májtranszplantációt hajtanak végre magyar gyermekeken. A Semmelweis Egyetem Gyermekgyógyászati Klinikai kutatócsoport által 2018-ban kiadott cikk alapján 20 általuk gondozott gyermek szorult ismételt májtranszplantációra, melyek közül egy gyermeknél két alkalommal is sorkerült retranszplantációra 3 hónapon belül.

Túlélési arányok

A Semmelweis Egyetem Gyermekgyógyászati és Nefrológiai Kutatócsoport által 2018-ban kiadott Összefoglaló Közlemény alapján az azt megelőző 30 évben 25 májtranszplantált gyermekbetegük hunyt el. Ez az akkori számok alapján az állomány 15.7%-át tette ki. A halálesetek hátterében többnyire krónikus graftelégtelenség állt. Ahogy egyéb szervek esetében, úgy a máj vonatkozásában is folyamatos donorhiány áll fenn, mind felnőtt- és gyermekellátásban együttvéve. A hazai májvárólistán lévő felnőtt és gyermekbetegek száma az akkori közlemény alapján nagyjából 80–90 fő köré tehető. (Dezsőfi és mtsai, 2018)

TÜDŐTRANSZPLANTÁCIÓ

A történelem során a legelső sikeres tüdőtranszplantációt J. Cooper és mtsai 1983-ban végezték el Torontóban. Úgyszintén ezen munkacsoport nevéhez köthető az első sikeres gyermek elvégzett tüdőtranszplantáció is 1986-ban, majd ezek után az 1990-es évektől kezdve világszerte bevezetésre került a gyermekeken elvégzett beavatkozás (Mendeloff, 2002). A gyermekeken végzett tüdőtranszplantációk száma 1995-ben elérte az évenkénti száz fős esetszámot. 2017-ben publikált 2015-ös adatok szerint a gyermek esetszámok évente világszerte nagyjából 90-130 fő közé tehetők. (Chambers, 2017) A felnőtt populáción végzett tüdőtranszplantációk száma ehhez viszonyítva sokkal több és folyamatosan növekszik. 2017-ben összesen 4122 tüdőtranszplantációt végeztek világszerte felnőtt populáción. Magyar felnőtt betegek számára 1996-óta érhető el tüdőtranszplantáció, melyet 2015-ig kizárólag Bécsben végeztek, ezután pedig elérhetővé vált Budapesten is, a Semmelweis Egyetem Országos Onkológiai Intézetben működő Mellkassebészeti Klinikáján. (Dezsőfi és mtsai, 2018)

Az Országos Vérellátó Szolgálat 2018-as adatai alapján magyar felnőtt betegek 2017-ig bezárólag összesen 180 tüdőtranszplantációt hajtottak végre. A gyermek populáció száma ehhez képest is jóval elenyészőbb, hiszen ez hazánkban csupán 25 magyar gyermeket jelent, akik számára a gyermek-transzplantációs program szervezeten csupán 2005 óta elérhető. Helyileg Magyarországon az első gyermek tüdőtranszplantációt 2018-ban végezték el. Ezek alapján láthatjuk, hogy magyar viszonylatban egy új területről van szó, melyhez kevés esetszám társul.

A transzplantálható szervre várók listájára való kerülés minden beteg esetében egyedi elbírálást igényel. A listára helyezésnek több feltétele is van, melyek közül az első pont a listán töltött átlagos időnél rövidebb várható túlélés. A listára való kerülést megnehezíti, hogy sok esetben a különböző kórképek prognózisa nehezen határozható meg egyértelműen. Orvosi szempontból az eddigi legelfogadottabb indikációnak az alacsony (30% alatti) első másodpercre eső erőltetett kilégzési térfogat (FEV-érték) bizonyult, illetve annak gyors romlása. Itt érdekes adatnak bizonyul továbbá, hogy a szakirodalom szerint a nők tüdőállapotának hanyatlása gyorsabb, így általánosságban hamarabb szükséges őket transzplantációs listára helyezni a gyakorlatban. (Dezsőfi és mtsai, 2018)

Gyermekek esetében lehetőség van élődonoros tüdőtranszplantációra is. Ilyenkor két egészséges felnőtt (a legtöbbször szülők) egy-egy alsó lebenyének átültetése történik a beteg szervezetbe. Effajta beavatkozás alkalmával viszont, ahogy a többi szerv esetében is nagy gondot jelent gyermekek esetén a méretviszonyok nagy eltérése a szervek között. Így ezen fajta beavatkozás tüdőtranszplantáció esetén a gyermek hatéves koráig sajnos nem végezhető el.

Mindemellett az ilyen típusú operáció elvégzéséhez három különböző operatív csapat szükséges, melyet sok transzplantációs központ nem tud kiállítani. (Dezsőfi és mtsai, 2018) Ezen élődonoros átültetések eredményei kis mértékben bizonyulnak jobbnak a kadáver donoros kimeneteli eredményekhez képest, viszont ennek technikai és etikai komplexitása akadályozza ennek széleskörű elterjedését (Solomon, 2010).

Túlélési arányok

A sikeres tüdőtranszplantáció a légzésfunkció megőrzését és a normális életminőséget jelenti. Sajnos elmondható, hogy a közép- és hosszútávú eredmények nem bizonyulnak jónak. Az ötéves túlélési arány tüdőtranszplantáció esetén nagyjából 50% körül van. Dezsőfi Antal által 2018-ban publikált összefoglaló közlemény alapján ezt az értéket 30 éves tapasztalatok ellenére sem sikerült számottevően javítani. A két vezető halálok ezekben az esetekben a krónikus kilökődés és az infekciók. Mindkét említett következmény a nem megfelelő immunszuppresszív kezelés eredménye, ezáltal pedig elmondható, hogy ez a túlélés szempontjából kulcsfontosságú szerepet játszik. Ezáltal a transzplantációt követően a betegek életük végéig hármas gyógyszeres kezelésre szorulnak. Kezdetben hetente, később kéthetente, majd havonta kell megjeleníteniük az orvosi vizsgálatokon. Ezen utánkövetés legfontosabb célja, hogy megfelelően monitorozni tudják a graftfunkciót, időben diagnosztizálhassák az infekciót és rejekciót, illetve korán felismerhessék az esetleges szövődményeket. (Dezsőfi és mtsai, 2018)

A Semmelweis Egyetem Gyermekgyógyászati és Nefrológiai Kutatócsoport által 2018-ban publikált Összefoglaló Közlemény alapján az magyar gondozásban (tehát a transzplantációs műtét nem feltétlenül Magyarországi végrehajtásával) 12 év alatt 25 tüdőtranszplantáció történt összesen 24 gyermek esetén (egy gyermek esetén retranszplantáció vált szükségessé). A fent említett 24 gyermekből 3 gyermek korai szövődmények miatt hunyt el, egyet a retranszplantáció utáni hetekben vesztek el. 3 beteg az átültetést követően 1 éven belül veszítette életét. 6 gyermek került át sikeresen felnőttgondozásba, 11 gyermek gondozása pedig folyamatban volt. A betegek között 2 gyermeknél alakult ki krónikus veseelégtelenség, mindkét esetben sikeres vesetranszplantációt végeztek élő, szülői donorszervvel.

UTÁNKÖVETÉS, IMMUNSZUPRESSZIÓ

A transzplantációs beavatkozást követő közvetlen időszakban hetente történik orvosi kontrollvizsgálat. Ennek az időszaknak a hossza szervenként de akár egyénenként is eltérő lehet, de nagyjából 4-24 hetet ölel fel. Ezután, amennyiben a gyermek állapota stabil, a vizsgálatok gyakorisága először két hétre, majd egy hónapra, végül a tüdőtranszplantáción átesettek kivételével 3 hónapra módosul. Mindemellett a gyermekek évente egy alkalommal

teljeskörű orvosi kivizsgáláson vesznek részt. Ennek célja, a graft működésének, keringésének megítélése, illetve a gyógyszerek esetleges mellékhatásainak felmérése. (Dezsőfi és mtsai, 2018)

Korábban leírtak alapján már összegezhető, hogy milyen fontos szerepet játszik a transzplantációt követő túlélésben az immunszuppresszív kezelés. Ugyan ez jelentheti ilyenkor az életbenmaradást, viszont a betegek számára sokszor mégis nagy megterhelést jelenthet, ugyanis számos mellékhatás léphet fel közben. Az immunszuppresszió ugyanis fokozza az infekciós szövődmények kialakulását, ilyen lehet például az agyvelőgyulladás, a cytomegalovírus, illetve pneumocisztisz tüdőgyulladás. A kezelés hatására nő még a diabétesz kialakulásának veszélye, illetve a poszttranszplantációs lymphoproliferatív betegség valószínűsége, mindemellett pedig számolni kell tumorok kialakulásával is. Ebből kifolyólag a transzplantáció utáni „egészséges” állapot krónikus betegséggént definiálható, mely állandó orvosi felügyeletet igényel. (Glassock, 2003; Dharnidharka, 2002; Svoboda, 2006; Axelrod, 2003; idézi Dezsőfi, 2018).

A SZERVTRANSZPLANTÁCIÓ PSZICHOLÓGIAI HÁTTERE

MEGVÁLTOZOTT FEJLŐDÉSMENET

A végstádiumú szervelégtelenség az élettel összeegyeztethetetlen állapot. A betegek számára nem csupán az átültetés, de az ahhoz vezető út, illetve az utókezelések is megterhelőek lehetnek, hiszen a szervátültetés ugyan egy életmentő eljárás, de egyben egy krónikus orvosi kezelés kezdetét is jelenti. A gyermekkori szervtranszplantáció az elmúlt évtizedek egyik sikertörténete, a XX. század orvostudományi fejlődésének köszönhetően ma már lehetséges a betegek életben tartása, így az élettartam jelentős mértékben meghosszabbítható, viszont ez csak sok szakterület gondos és összehangolt munkájával érhető csak el. A túlélés azonban felveti az életminőség kérdését is, mely a rehabilitációs célú gondolkodás, a komplex ellátás alapjául szolgálhat. (Kovács, 2006)

Különböző jellegű, de jelentősen fontos problémák jelenhetnek meg gyermekkori transzplantáció esetén, hiszen a kezelés jellegéből adódóan az egész fejlődésment megváltozik, atipikussá válik, illetve a családi hatások a szocializáció alapjaiból adódóan még relevánsabbnak bizonyulnak. (Fukunishi, 1995) A szervátültetést követően nem csak a gyermek, de a család élete is átalakul. Új esélyt kapnak az élettől, ugyanakkor nem az általánosan “normális” élethez térnek vissza, hanem egy “új normálishoz”, mely jelentős, további alkalmazkodást igényel (Brosig 2014).

CSALÁDRA NEHEZEDŐ TEHER

A transzplantációs folyamat egy fokozott, újfajta stresszt okoz a betegek és a családtagok számára egyaránt. A folyamatához megnövekedett családi stressz, új megoldandó problémák és kihívások kapcsolódnak. A szülők mentális, illetve a család működésének állapota több fontos egészségügyi tényezővel is összefüggésbe hozható, mint például a gyermek gyógyszereszedése, a hazabocsátási készenlét és a kórházi kezelések száma (Cousino 2017). Cousino és munkatársai 2017-es összefoglaló tanulmánya szerint, a szülők mentális állapotát és a család működését gyermekük egészségügyi tényezői nagyban befolyásolják. A tanulmány szerint a családi stressz és teher a transzplantáció bekövetkezte után is fennmarad.

A szülőkre nehezedő teher igen nagymértékű, hiszen fontos szerepet töltenek be a döntéshozatalokban, az orvosi utasítások betartásában, a kezelések lehetőségének megteremtésében, megszervezésében. Bizonyos esetekben, ha orvosi szempontból alkalmasnak bizonyulnak, akkor ők a szervdonorok is, ez pedig úgyszintén hatással lehet a családi működésre (Stuber, 1993). A szervtranszplantált gyermekek szülei általában fokozott stresszről és gyakra mentális egészségi tünetekről számolnak be, ebbe beleértve a poszttraumás stressz zavart is. (Cousino 2017). Ha pedig a gyermek serdülőkorba lép, akkor a probléma még szerteágazóbb lehet, ugyanis a szülőknek megjelenő túlzott felelősségvállalása illetve túlfeltése akadályt jelenthet a serdülőknek. A függetlenedés, felelősségvállalás, autonómia kialakítása ilyen esetben különösen nehéz feladat, mely a serdülő fejlődésében problémát jelenthet (Kaufman, 2010). Ilyenkor a szülők hajlamosak lehetnek alábecsülni a gyermek érzelmi tüneteit, mivel általában a gyermek egészségi állapotának javulásra fókuszálnak, ezzel szemben a gyermek viszont a betegség konkrét megtapasztalására koncentrálnak (Shemes és mtsai, 2005).

HIPOTÉZISEK:

ELSŐ HIPOTÉZIS

Első hipotézisként feltételezem, hogy a transzplantált gyermekek rezilienciája összefüggést mutat a szülői kötődésével, mely magába foglalja, az

- anyával való biztonságos kötődést
- apával való biztonságos kötődést

Az első hipotézisem szakirodalmi megalapozása Amatya, Monnin és Christofferson, 2021-es publikációja alapján történt.

MÁSODIK HIPOTÉZIS

Második hipotézisként feltételezem, hogy a transzplantált gyermekek rezilienciája összefüggésbe hozható baráti kapcsolataikkal, úgy, mint:

- baráti kapcsolataiknak számával
- pozitív kortárs kapcsolataival

A második hipotézisem szakirodalmi megalapozása Tong és mtsai, 2011, Amatya, Monnin és Christofferson, 2020-as publikációja alapján történt.

HARMADIK HIPOTÉZIS

Harmadik hipotézisként feltételezem, hogy a transzplantált gyermekek rezilienciája összefüggésbe hozható annak elsődleges gondozójának jóllétével, oly módon, mint annak:

- általános jóllétével
- depresszív érzelmeinek meglétével
- reziliencia szintjével.

Harmadik hipotézisem szakirodalmi megalapozása Werner és Smith, 2001-es, illetve Amatya, Monnin és Christofferson, 2021-es publikációja alapján történt.

Kutatásom folyamán számos szempontot és kérdéskört vennék figyelembe a vizsgálatok alkalmával, így a szakirodalmi megalapozottság tekintetében a hipotéziseim több csoportba sorolandók. Mindazonáltal ezen tényezők vizsgálata során az említett változókat nem csupán külön-külön, de érdemesnek tartanám akár együttes hatásukat is megvizsgálni, így nem bizonyos részletekben, hanem inkább egy strukturális modellként értelmezve a szakirodalomra alapozott felvetéseimet.

MÓDSZER

MINTA

VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK

A vizsgálathoz tartozó adatgyűjtés 2020.10.27-én kezdődött meg, egy longitudinális, 3 éves kutatás keretein belül. Ennek értelmében a tesztfelvétel, illetve az adatrögzítés továbbra is folyamatban van, jelen kutatásomhoz a 2022. 03. 09-ig rögzített adatokat vizsgálom. A vizsgálati minta összesen 118 fő adatait tartalmazza. A mintámban két csoport különíthető el, egyiket a transzplantált gyermekek, a másikat pedig az ő szüleik alkotják, ezeket pedig összetartozó mintaként kezeltem. A vizsgálatba való bekerülés feltételei előzetes meghatározás alapján történtek, ezeknek a kritériumait a következőkben ismertetem.

A transzplantált gyermekek csoportjába olyan, legalább 11, de legfeljebb 18 éves gyermekek kerültek be, akik máj-, vese-, tüdőtranszplantációs beavatkozáson estek át, vagy jelenleg is folyamatban van a transzplantációra való előkészítésük (szervátültetésre várakozók), illetve a Semmelweis Egyetem I. és II. számú Gyermekgyógyászati Klinikán részesültek kezelésben

és/vagy utógondozásban. A másik csoportot ezen gyermekeknek elsődleges gondozói alkotják. Mivel a tesztfelvétel ideje alatt a SARS-CoV-2 vírus tekintetében kórházi látogatási korlátozások voltak érvényben, a gyermekek egy fő hozzátartozóval érkezhettek, ennek értelmében minden transzplantált gyermekhez egy elsődleges gondozójának adatai kerültek felvételre. A vizsgálatban való részvétel önkéntes alapon, előzetes szóbeli és írásbeli tájékoztatás után történt. Az adatfelvétel megkezdése előtt a gyermekek vizsgálatához minden esetben írásos szülői beleegyező nyilatkozat került aláírásra. A kutatáshoz szükséges etikai engedélyt a Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatásetikai Bizottság adta ki, az etikai engedély száma: SE RKEB 213/2020.

FELHASZNÁLT MÉRŐESZKÖZÖK

A felhasznált mérőeszközök rövid leírása az alábbiakban olvasható, mindemellett a bővített változat ezek ismertetéséről a dokumentumban csatolmányként megtalálható.

CONNOR-DAVIDSON RESILIENCE SCALE (CD-RISC, CONOR AND DAVIDSON, 2003)

A mérőeszköz eredeti verzióját Connor és Davidson (2003) fejlesztette ki. Az általunk jelenleg alkalmazott mérőeszköz az eredeti 25 ítemes angol nyelvű mérőeszköz 10 tételes, magyar nyelvre fordított rövidített változata. Az általunk használt változat adaptációja jelenleg is folyamatban van. A kutatási mintámon a Cronbach-alfa értékek megbízhatónak tekinthetők: a szülői csoport esetén 0,87, a transzplantált gyermekek csoportja esetén pedig 0,82.

DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS SCALES (DASS-21, LOVIBOND & LOVIBOND, 2005)

A Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS), magyarul Depresszió, szorongás és stressz skála eredeti változata 42 ítemes mérőeszköz, mely a depresszió, szorongás és stressz által okozott negatív érzések mérésére szolgáló kérdőív. Rövidített, 21 ítemes változata (DASS-21) ugyanezen tényezőket méri, mely, megbízhatóan alkalmazható felnőttek és serdülők körében egyaránt (Szabó, 2010, Lee és mtsai., 2019). Hazai mintán a mérőeszköz kiváló pszichometriai tulajdonságokkal rendelkezik (Rózsa és mtsai, előkészületben). A jelenleg általam alkalmazott mérőeszköz a 21 tételes, rövidített változat, mely a kutatási mintámon megfelelő megbízhatósággal bír, a szülői mintán a depresszió, szorongás és stressz skálák külön-külön Cronbach-alfa értékei 0,85; 0,79 és 0,82.

PUBLIC HEALTH SURVEILLANCE WELL-BEING SCALE (PHS-WB, BANN, ET AL., 2012)

A Public Health Surveillance Well-Being Scale-t Bann és munkatársai (2012) az általános jóllét felmérésére fejlesztették ki. A mérőeszköz hazai változatát már több kutatás során is alkalmazták, a kérdőív pszichometriai mutatói kiválóak, Cronbach-alfa értéke 0,87 mely alapján a teszt jó belső konzisztenciával rendelkezik, mindezek ellenére, átfogó hazai

közlemény még nem született az eredményekből. Jelen kutatási adatokon a teszt megbízhatósága elfogadható, skálánkénti Cronbach-alfa értékei a következők: mentális jóllét - 0,78; fizikai jóllét - 0,79 és társas jóllét - 0,73; mely komponensek mellett az egész kérdőívre vonatkozóan, általános jóllét Cronbach-alfa értéke 0,87.

THE RELATIONSHIP STRUCTURES (ECR-RS, FRALEY ET AL., 2011)

A kérdőív első változatát Brennan, Clark és Shaver, (1998) dolgozták ki, eredeti nevén Experiences in Close Relationships, röviden ECR, melynek később Chris Fraley és munkatársai alkották meg a revideált változatát. Az általuk újonnan kialakított ECR-R kérdőív 36 tételes, két dimenziót ölel fel, mely az elkerülés és a szorongást hivatott mérni a kapcsolatokban. (Fraley, Waller és Brennan, 2000). Később Fraley és munkatársai az önkitöltős ECR-R mintájára létrehozták az ECR-RS kérdőívet (Fraley és mtsai, 2011, idézi Jantek és Vargha, 2016). A kutatásban az általunk is alkalmazott ECR-RS kérdőív 9 itemből áll, szintén dimenziális szemléletű, 2 alskálán méri a kötődés minőségét, ezen skálák kombinálásával pedig kiszámítható és elkülöníthető a négyfajta kötődési stílus. A kérdőív különféle korosztályokban egyaránt használható (Fraley és mtsai, 2011). Az ECR-RS magyarra fordítása Birkhofer Szandra és Kökönyei Gyöngyi nevéhez fűződik, akik elsőként használták a mérőeszközt Magyarországon. A teszt minden alskálája megfelelő reliabilitással mér, a Cronbach-alfa értékei 0,8 és 0,89 között vannak. Az általunk alkalmazott mintán a mérőeszköz úgyszintén megbízhatónak tekinthető, az édesanyával való kötődési dimenziók 0,81 és 0,93 míg az édesapával való dimenziók 0,81 és 0,89 Cronbach-alfa értékekkel rendelkeznek.

POZITÍV KORTÁRS KAPCSOLATOK KÉRDŐÍV

Dr. Kövesdi Andrea vezetésével a KRE Reziliens Fejlődés-Pozitív Kutatócsoport által létrehozott 6 itemes, a barátkozási szokások, baráti és kortárs kapcsolatok mérésére alkalmas önértékelős kérdőív. A kérdőív két darab fordított tételt tartalmaz. A kitöltő válaszadáskor ötfokú Likert-skálán jelöli válaszáat az egyes tételekre. A kérdőív maximálisnak számítható pontértéke ezáltal 30 pont. A kérdőív megbízhatósága a mintán kérdéses, 0,67-es Cronbach-alfa értékkel rendelkezik. Érdemes ezesetben figyelembe venni az itemek alacsony számát, továbbá a minta kevesebb esetszámát, ugyanis a későbbiek folyamán a minta folyamatos bővítése ezen értéket befolyásolhatja.

ELJÁRÁS

A kutatáshoz tartozó tesztfelvétel a Semmelweis Egyetem I. és II. számú Gyermekgyógyászati Klinikáján történt, a transzplantációs utógondozáshoz tartozó orvosi vizsgálatokkal egybekötve. Maga a vizsgálat egy három év hosszúságú, a Károli Gáspár

Református Egyetem, Pszichológia Intézet, Reziliens Fejlődés-Pozitív Kutatócsoport longitudinális kutatáshoz tartozik, melynek a kezdete óta veszek részt a vizsgálati anyagok felvételében és rendezésében. A közös munkát hozzávetőlegesen másfél évvel ezelőtt kezdtük meg a kutatócsoporttal, az első tesztfelvétel 2020.10.27-én történt. A kutatás komplexségéből adódóan annak megszervezése és lebonyolítása hallgatói, pszichológiai és orvosi munkacsoportok együttműködésével zajlik jelenleg is, pszichológiai oldalról Dr. Kövesdi Andrea, orvosi részről pedig Dr. Krikovszky Dóra vezetésével és koordinálásával.

A kutatás során a pszichológiai tesztek felvételét az orvosi kontrollvizsgálatokkal párhuzamosan folytattuk három hallgatótársammal. Hetente két alkalommal, döntő többségben a klinika máj-, illetve veseambulanciájára érkező, de alkalmanként osztályos betegekkel vettük fel a szükséges vizsgálatokat. Minden vizsgálati nap előtt egyeztettünk az érkező betegek nevéről, az orvosi vizsgálataik helyszínéről, illetve az elvégzendő pszichológiai tesztekéről. A vizsgálatba bevont személyek minden esetben előzetes tájékoztatásban részesültek, a kutatás lényegéről, illetve az elvégzendő vizsgálatokkal kapcsolatban. Amennyiben beleegyeztek a vizsgálatban való részvételbe, úgy szülői beleegyező nyilatkozat hiánytalan kitöltése után kezdődhetett meg a tesztfelvétel. A családokkal 3 havonta találkoztunk, amikor a szokásos orvosi kontrollvizsgálataikra érkeztek. A használt mérőeszközök ezen időpontokhoz voltak igazítva, az első tesztfelvétel minden esetben egy hosszabb, időigényesebb folyamat volt, a tesztbatteria nagyságából adódóan. Ekkor mind a transzplantált gyermek, mind a szülő kitöltöttek egy-egy papír-ceruza alapú önjellemző kérdőívet, majd egy külön orvosi szobában egy félig strukturált interjú felvételével folytattuk a vizsgálatot, melyen a szülő és a gyermek egyaránt részt vettek. Ezt követően, külön a gyermekkel kétszemélyes vizsgálati helyzetben projektív rajztesztek felvétele történt (emberrajz, 4 fa-teszt), majd, ha az idői nyomás engedte, FAST Családstruktúra tesztet is elvégeztünk, a szülővel és a gyermekkel egyenként. A teljes első tesztfelvétel így nagyjából 2,5-3 órát vett igénybe összesen. A további, 3, 6, illetve 9 hónapos kontrollvizsgálatok során az alkalmazott tesztbatteria lényegesen rövidebb volt, ekkor a gyermekek papír-ceruza alapú önjellemző kérdőíveket töltöttek ki, melyhez a 6. hónapos kontrollvizsgálat alkalmával egy rövidebb interjú társult, melynek célja az aktuális állapotuk felmérése volt. Egy év letelte után a felvett tesztbatteria sora ismétlődik, így az egy éves kontroll alkalmával a családokkal újra, az első alkalommal is alkalmazott mérőeszközök kerültek felvételre.

A családok többségében szívesen vettek részt a vizsgálatokban, mindig nagyon nyitottnak és segítőkésznek bizonyultak a közös munkát illetően. Az egyedüli hátráltató tényezőt leginkább a vizsgálat szempontjából az első tesztbatteria időbeli hosszúsága jelentette.

EREDMÉNYEK

PROGRAMOK

Az adatok rögzítése Microsoft Office programban történt. A nyers adattábla formázását, a fordított itemek átszámítását, az alskálák, skálák valamint a mérőeszközök összesített tesztpontszámainak kiszámítását szintén az adott programban hajtottam végre. Ezek után megtörtén az adatok konvertálása, majd a későbbi statisztikai számításokat Jasp statisztikai programban végeztem el.

LEÍRÓ STATISZTIKÁK

Az általam vizsgált minta esetén mindenképpen kihangsúlyozandó annak sajátossága, hiszen a szervtranszplantáción átesett, majd Magyarországon utógondozásban részesülő gyermekek száma csekély, ami természetesen az egészséges fejlődés szempontjából mindenképpen szerencsésnek bizonyul. Így viszont fontosnak tartom felhívni a figyelmet arra, hogy az általam vizsgált minta a populáció jelentős részét teszi ugyan ki, ennek ellenére elemszáma statisztikailag továbbra is alacsonynak bizonyul, ezért érdemes a kapott eredményeket ennek tudatában kezelni.

Elemzéseim során összesen 116 fő adatait használtam fel. Ezen értékek két külön csoportba sorolandók, összesen 58 gyermekkel, illetve ezen gyermekek egyik elsődleges gondozóival történt az adatfelvétel. A gyermekek csoportjában a nemek aránya nagyjából megegyezik, 41% (24 fő) férfi, 59%-a (34 fő) nő. A transzplantált szerv tekintetében az arányok eltérőek, a minta 28%-a (16 fő) vese-, 60%-a (35 fő) máj-, 7%-a (4 fő) tüdőtranszplantált, egy gyermek korábban máj-, illetve vesetranszplantáción is átesett, továbbá 2 fő jelenleg is tüdőtranszplantációra várakozik. A vizsgált gyermekek átlagéletkora 14 év, a legfiatalabb 11, legidősebb 18 éves volt a tesztfelvétel idején. A mintában lévő gyermekek egy fő elsődleges gondozói közül 79% (46 fő) édesanya, 19% (11 fő) édesapa, 1 személy pedig nevelőapa.

A további vizsgálatok során alkalmazott változók leíró statisztikái, illetve a hozzájuk tartozó normalitásvizsgálatok az alábbi *3.táblázat*ról leolvashatók. A változók megnevezése előtti „GY” minden esetben a gyermeket, „SZ” pedig a szülőt jelöli.

Leíró Statisztikák	Medián	Átlag	Standard hiba (átlag)	Szórás	Shapiro-Wilk	P (Shapiro-Wilk)	Minimum	Maximum
GY.Reziliencia	26,5	25,98	0,86	6,56	0,98	0,31	13	39
GY.Kortárs.kapcs	22	21,20	0,65	4,80	0,96	0,04	12	30
Anyával.való.kapcs	1	1,62	0,14	1,08	0,7	< ,001	0	5
Apával.való.kapcs	1,17	1,68	0,14	1,08	0,81	< ,001	0	5
SZ.Reziliencia	32	30,22	0,84	6,39	0,96	0,04	11	40
SZ.Depresszió	9	10,26	0,49	3,66	0,84	< ,001	7	23
SZ.Szorongás	8	8,91	0,36	2,73	0,69	< ,001	7	22
SZ.Stressz	12	12,33	0,5	3,76	0,95	0,02	7	20
SZ.Mentális.Jóllét	20	19,86	0,38	2,88	0,97	0,09	11	25
SZ.Társas.Jóllét	8	8,11	0,23	1,71	0,89	< ,001	4	10
SZ.Fizikai.Jóllét	12	10,86	0,36	2,72	0,93	0,00	5	15
SZ.Általános.Jóllét	40	38,83	0,84	6,32	0,96	0,06	20	50

3. táblázat
Leíró statisztikák

ADATELEMZÉS

MÉRÉSI ELJÁRÁS MEGNEVEZÉSE ÉS INDOKLÁSA

Jelen kutatásban a változók közötti kapcsolatok feltárása érdekében strukturális egyenleteken alapuló modellt (SEM) állítottam fel, mely segítségével rugalmasan, komplex módon lehet modellezni a szakirodalmi elméleteken alapuló elképzeléseimet. A SEM modellek alkalmazása abban különbözik a regressziós egyenletek sorozatától, hogy nem sok regressziós egyenlet függő változóként, hanem az illesztési logika alapján modell szinten, egyszerre becsüli meg a mérni kívánt hatásokat (Koltai, 2013). Strukturális modell alkalmazása a pszichológiában kifejezetten előnyös mérési eljárás, hiszen adott területen nem csak a közvetlenül mérhető, de közvetetten megfigyelhető változók hatásai is feltérképezhetők és számításba vehetők. A modellbe illesztett változók lehetnek mérhetők, úgynevezett *manifeszt* változók, vagy közvetlenül nem megfigyelhető, nem mérhető, *látens* változók, melyek bizonyos közvetlenül kiszámítható, manifeszt változók által ragadhatók meg. A strukturális egyenletmodellezés konfirmatív, illetve exporatív céllal egyaránt alkalmazható (Münnich, Hidegkuti, 2012). Jelen kutatásban konfirmatív módon, az előzetesen felvázolt kutatási kérdéseim és hipotéziseim komplex értelmezése érdekében döntöttem a modell alkalmazása mellett.

MÉRÉSI MODELL LÉTREHOZÁSA

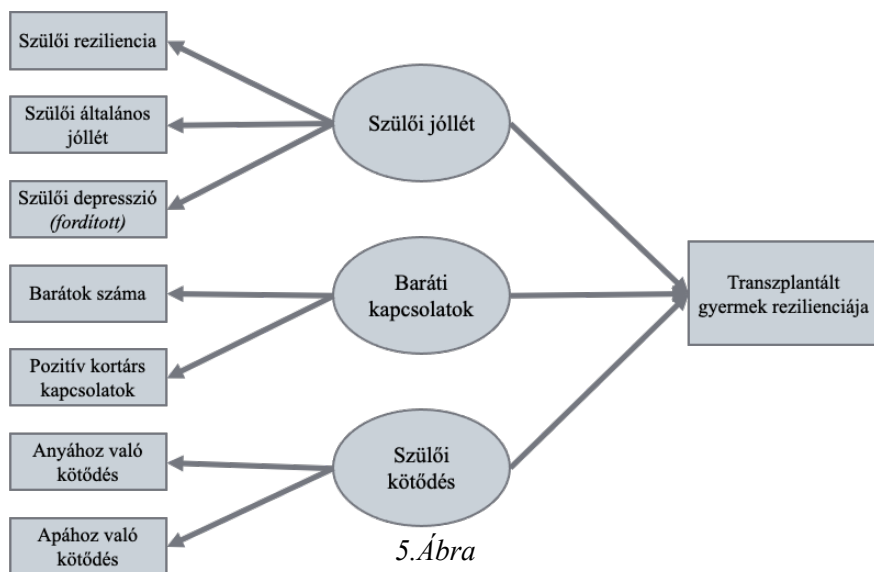
Első lépésként megalkottam a mérési modellt, melyet a korábbiakban bemutatott szakirodalmi háttér, illetve kutatási előzmények alapján, kiválasztott szempontok mentén

haladva reprodukáltam saját mintámon. Fő irányom a transzplantált gyermekek rezilienciájára ható tényezők feltérképezése, melyhez az általam felvett kérdőívek mért, manifeszt változói közül a következőket kívántam beépíteni a modellbe a felállított hipotéziseim alapján:

- apával való kapcsolat
- szülői reziliencia
- szülői depresszió
- szülői általános jóllét
- gyermek barátainak száma
- pozitív kortárs kapcsolatok
- anyával való kapcsolat

(mely a fizikai-, mentális-, és társas jóllét komponenseiből tevődik össze)

Ezen változók alapján a korábbiakban kifejtett szakirodalmi megalapozások szerint három fő látens változót definiáltam, melyek a Szülői jóllét, a Baráti kapcsolatok, illetve a Szülői kötődés. (Ezen változók létrehozása a strukturális modellen belül, konfirmatív faktoranalízis módszerével történik.) Az alábbiakban, 5.ábrán látható az általam felállított mérési modell, melynek grafikus ábrázolása során ellipszissel jelöltem azon változókat, melyek látensek, téglalappal azokat, melyek ténylegesen megfigyelhetők, manifesztak. Fontos megemlíteni, hogy a mellékelt ábra jobb átláthatósága érdekében nincsenek feltüntetve a változók esetén számolandó hibák. A modell illeszkedése esetén fontos tudni, hogy a nevezett paraméterek természetesen nem tökéletesen magyarázzák a többi változót, így minden változó esetén szükséges hibával is számolni. Ez a jobb vizuális áttekinthetőség értelmében a későbbi ábrákon sincs feltüntetve.



5.Ábra
Mérési modell szemléltetése

Első látens változóm a szülői jóllétet hivatott mérni, melynek indikátorai a szülői reziliencia, szülői általános jóllét (mentális-, fizikai- és társas jóllét), illetve a szülői depresszió voltak. A mérőeszközök felépítése alapján a reziliencia, illetve az általános jóllét kiszámítása során a

magasabb pontérték számít „egészséges” magatartásnak, ezzel ellentétben a depresszió skálán elért magas pontszám pont ellenkezőleg értendő. Így a modell későbbi, könnyebb értelmezése

érdekében a szülői depresszió skálán számolt értékeket átszámítottam. Ennek során a mérőszámok nem sérültek, a depresszió skálán elérhető maximális pontszámból csupán kivontam a válaszadók által adott értékeket. Így ezen „fordított” skálán elért alacsony érték negatívan, magasabb elért érték pedig pozitívan értendő. (Alacsony pontszám esetén valószínűsíthetően nagyobb mértékben vannak jelen a válaszadónál depresszió okozta negatív érzelmek.) Így maga a látens változó paraméterezése alapján minél magasabb ennek a változónak az értéke, annál valószínűbben állapítható meg a szülő esetén egy ún. jól-lét állapot.

Második látens változóm a Baráti kapcsolatok, melynek indikátorai a pozitív kortárs kapcsolatok, illetve a gyermek barátainak száma voltak. Ezen látens változó paraméterei szerint a magasabb érték jellemzően jobb baráti kapcsolatokra enged következtetni.

Harmadik létrehozott látens változóm a Szülői kapcsolatok, mely az anyával, illetve az apával megélt kapcsolatokat értelmezi közösen. Mivel az ehhez használatos mérőeszköz az anyával, illetve apával megélt szorongó és elkerülő kapcsolatot hivatott mérni, így mind a skálákon, mind a látens változó összességében az elért alacsony értékek feltételeznek biztonságos kötődést és kapcsolatot, a változó magas értékei pedig szorongó és/vagy elkerülő magatartást.

A MODELL ILLESZKEDÉSE

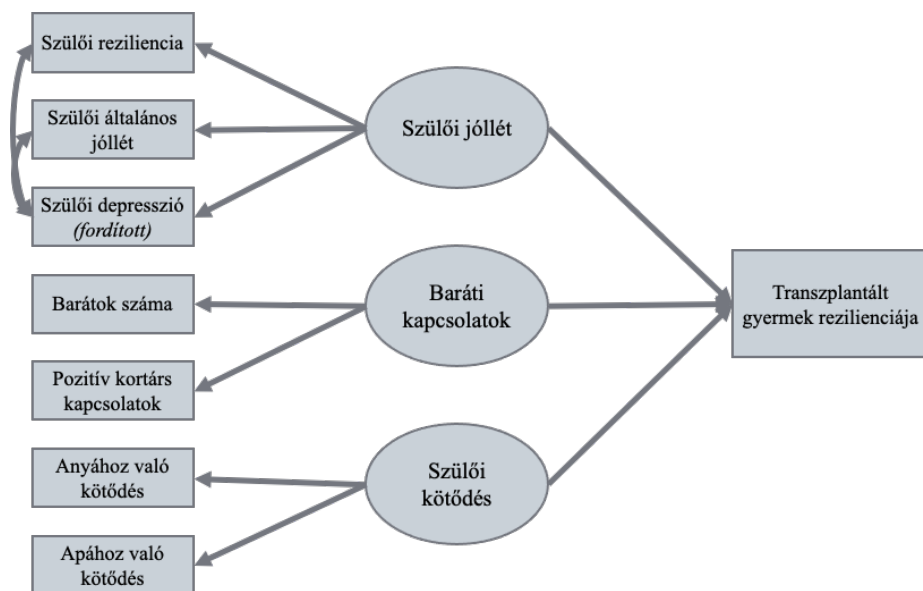
A következőkben, az általam felállított modell illeszkedésének tesztelése olvasható különböző illeszkedési és hibamutatók paraméterei alapján. A szövegben feltüntetett értékek minden esetben a statisztikai program által nyújtott outputok követik, melynek adatai a 4. táblázatban olvashatók.

A modell tesztelése során a χ^2 -próba esetén a χ^2 statisztika értéke 11,68 amely 15 szabadságfok mellett nem szignifikáns, $p = 0,07$. Ezen eredmény alapján az általam feltételezett modell ezen illeszkedési mutatója megfelelőnek bizonyul. Ezt szintén megerősítik a további, általánosan elfogadott illeszkedési mutatók, CFI értéke 1, illetve TLI értéke 1,04. Ezek mellett a modell hibamutatói megfelelően alacsonynak bizonyulnak, az RMSEA index 0, SRMR index 0,05 értékeket érnek el.

Illeszkedési és hibamutatók értékei						
<i>1. modell</i>						
$\chi^2 = 11,68$	df = 15	p = 0,07	CFI = 1	TLI = 1,04	RMSEA = 0	SRMR = 0,05

*4. Táblázat
első modell illeszkedési értékei*

Ezen mutatók értelmében az általam feltételezett modell megfelelően illeszkedik az adatokra. Ezt követően a fentebb látható modellt szakirodalmi megalapozottság tekintetében módosítottam azzal, hogy kapcsolatot feltételeztem a szülői depresszió és általános jóllét (mentális-, fizikai- és társas), valamint a szülői reziliencia között. A módosított modell grafikai szemléltetése a 6. ábrán látható.



6. Ábra
Módosított mérési modell

A módosított modellem illeszkedésének tesztelése során az eredmények a következők. A χ^2 -próba esetén a χ^2 statisztika értéke 7,736 amely 13 szabadságfok mellett nem szignifikáns, $p = 0,86$. Ezek alapján a módosított modell ezen illeszkedési mutatója szintén megfelelőnek bizonyul, melyet az illeszkedési

mutatók szintén megerősítenek, CFI értéke 1, illetve TLI értéke 1,07. Mindezek mellett a modell hibamutatói szintén megfelelően alacsonyak, az RMSEA index 0, SRMR index 0,04 értékeket érnek el. A feltüntetett illeszkedési mutatók együttesen az 5. táblázatban olvashatók.

Illeszkedési és hibamutatók értékei 2. modell						
$\chi^2 = 7,736$	df = 13	p = 0,86	CFI = 1	TLI = 1,07	RMSEA = 0	SRMR = 0,04

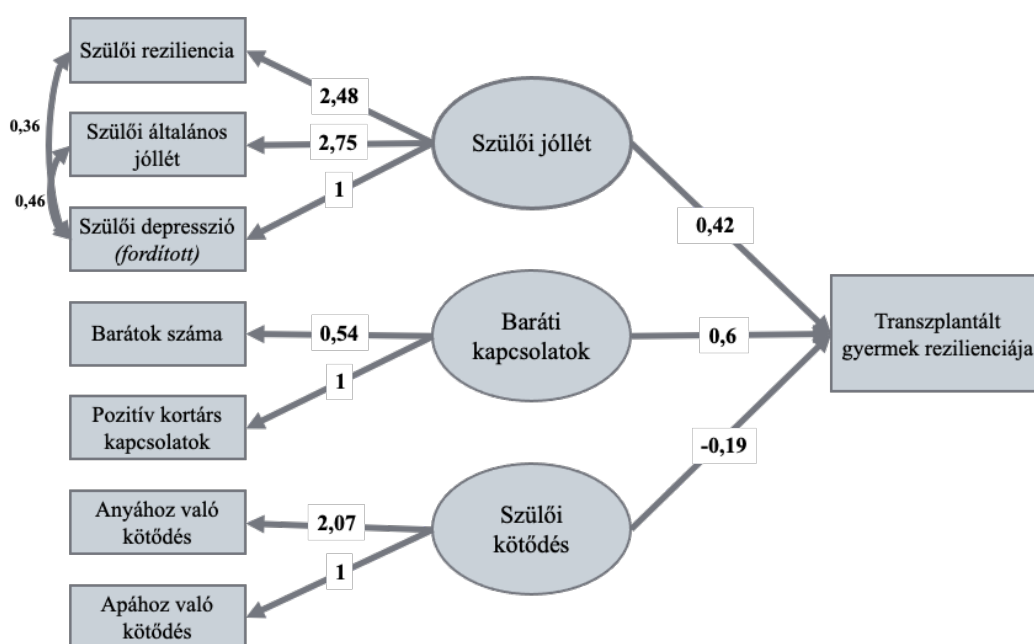
5. Táblázat
Második modell illeszkedési értékei

A mutatók értelmezése szerint mindkét felállított modell illeszkedése megfelelő, viszont a módosított modellé a kapott értékek alapján még jobbnak bizonyul, mint az elsőé. Így a továbbiakban szakmai szempontból a módosított, másodjára megalkotott modell értelmezése célszerű.

MODELL ÉRTELMEZÉSE

Mivel a létrehozott modell illeszkedése megfelelő, ezért az adott mintán értelmezhetőnek bizonyul. Mindezek mellett nagyon fontosnak tartom megemlíteni, hogy a

jelenleg felállított modell megfelelő illeszkedést mutat a mért empirikus adatokra, nem azt engedni feltételezni, hogy konkrétan ez a modell áll a mért jelenség háttérében. A kapott eredmény arra enged következtetni, hogy ez, az általam felállított modell megfelelőnek bizonyul, de emellett számos egyéb modell is megfelelően definiálhatja a megfigyelt adatokat. A modell regressziós paraméterekkel együtt feltüntetve a következő, 7. ábrán látható. Az ábra értelmezésével kapcsolatban megemlítendő, hogy a manifeszt változók regressziós együtthatói nem standardizáltak, a látens faktoroké viszont igen, mivel ezek eleve standard változókként jönnek létre. Ez az oka, hogy utóbbiak egyben korrelációs együtthatókként is értelmezhetők, s így 1-nél nem nagyobb abszolút értékűek.



7. Ábra
Transzplantált gyermekek rezilienciáját befolyásoló tényezők SEM modellje

Az értelmezés során elsőként a látens változók és a transzplantált gyermekek rezilienciája közötti összefüggésekre térnek ki, majd amennyiben a feltételezett kapcsolat erőssége megfelelőnek bizonyul, úgy megvizsgálom a látens, illetve a vele kapcsolatot feltételezett manifeszt változók értékeit.

Szülőkhöz való kötődés

A szülőkhöz való negatív kötődés, illetve a transzplantált gyermek rezilienciája között a mellékelt 7. ábra alapján is látható, hogy a közöttük lévő kapcsolat negatív, viszont gyengének bizonyul, csupán -0,19-es értéket éri el. Ez alapján a feltételezett kapcsolat gyenge, szakszerűen

aligha értelmezhető. Ezáltal azt feltételezhetjük, hogy a szülőkkel való biztonságos kötődés nem, vagy csak nagyon kis mértékben folyásolja be a transzplantált gyermek rezilienciáját.

Baráti kapcsolatok

A modellben legerősebb kapcsolatot jelző regressziós paraméterek a Baráti kapcsolatok, illetve a Gyermek rezilienciája között lehetők fel, ezen érték pedig 0,6. Ez alapján ezen értékek közti kapcsolat közepesen erősnek bizonyul. Így kijelenthető, hogy a jelenlegi mérések alapján a mintában a transzplantált gyermekek rezilienciája és a baráti kapcsolatok, vagyis a pozitív kortárs kapcsolatok és a barátok száma között összefüggés található. Ha megnézzük a manifest változók hatását a baráti kapcsolatok látens változóra, akkor látható, hogy a pozitív kortárs kapcsolatok az, amely ilyen szempontból jobban meghatározó. A baráti kapcsolatok változóra kapott együtthatói értékek a pozitív kortárs kapcsolatok esetén 1, a barátok száma esetén 0,54. Ezen értékek során a modellben az 1 minden esetben viszonyítási értéket jelent.

Szülői jóllét

A szülői jóllét hatása a gyermek rezilienciájára a modell alapján közepes erősségű kapcsolatot feltételez, az együtthatói érték 0,42. Ez alapján kijelenthető, hogy jelen mintában a szülői jóllét és a gyermek rezilienciája között alacsony-közepes mértékű összefüggés található. Ha megnézzük a manifest változók hatását a szülői jóllét látens változóra, akkor látható, hogy az általános jóllét, illetve a szülői rezilienciája lesz a leginkább meghatározó. A szülői jóllét változóra kapott együtthatói értékek a szülői általános jóllét esetén 2,75 a szülői reziliencia esetén 2,48, szülői depresszió (*fordított*) esetén pedig 1, mely szintén egy viszonyítási értéket jelent.

DISZKUSSZIÓ

EREDMÉNYEK ÉRTELMEZÉSE

Jelen dolgozat célja a transzplantáción átesett gyermekek és családjuk pszichológiai vizsgálata, annak érdekében, hogy ezen, a Magyarországon még viszonylag újnak számító pszichológiai területen új információk gyűjtésével, bizonyos összefüggések tisztábban értelmezhetőnek bizonyuljanak. A kutatás keretein belül jobb betekintést nyerhetünk ezen gyermekek, környezetük és családjuk világába, az általuk átélt traumák megterheltségébe, illetve szerencsés esetben sikeres alkalmazkodásukba, lelki ellenállóképességüknek, vagyis rezilienciájuknak kialakításába.

A kutatási elképzelésemet, miszerint a transzplantált gyermek rezilienciáját több környezeti-társas tényező együttes hatása befolyásolja alátámasztást nyert, akárcsak Amatya, Monnin és Christofferson 2021-es összefoglaló publikációjában említettek szerint. A következőkben ezen hatásokról kapott eredményeimet külön-külön, a megfogalmazott hipotéziseim mentén haladva ismertetem és vetem össze az eddigi, adott témában relevánsnak bizonyuló kutatási eredményekkel.

Első megalkotott hipotézisem, mely szerint a transzplantált gyermekek rezilienciája összefüggést mutat a szülői kötődéssel, mely magába foglalja, az anyával való biztonságos kötődést, illetve az apával való biztonságos kötődést jelen mintán nem nyert megalapozást. Ezen eredmény ellentmond ugyan a legtöbb hasonló körülmények között reprodukált kutatási helyzetben, úgy, mint Ann Masten és munkatársai (1990) kutatásának, ahol az említett gyermekek rezilienciájára a jó szülői kötődés szignifikáns jelentőséggel bírt. Cederblad és munkatársai 1994-ben szintén arra a következtetésre jutottak, hogy a reziliencia alakulásában a bizalommal teli, biztonságos családi kapcsolatok pozitív összefüggésben vannak. Ezen kutatások megállapításai tehát ellentmondanak az általam kapott eredményeknek, hiszen a jelenlegi mintában egy, a szülővel kialakított biztonságos kötődés ilyen szempontból nem volt befolyásoló tényező a gyermekek rezilienciájára vonatkozóan. Mindemellett fontos azt kiemelni, hogy jelen mintában az alacsony esetszám egyrészt okozhat némiképp torzító tényezőt. Mindemellett fontos témakörnek tartanám itt bevonni az általam vizsgált gyermekek életkorát. Mintámban ugyanis 11-18 éves kor között lévő gyermekek szerepelnek, így ennek tudatában érdemes lehet ezen eredmény másfajta értelmezését is esetlegesen bevonni. Serdülőkorban ugyanis a kortárs kapcsolatokkal eltöltött idő jelentős mennyiségben megnövekedik, a gyermek társas igényei a kortársakkal való jó kapcsolatokra előtérbe kerülnek, ami mellett a családi kapcsolatokra való igény kevésbé nyilvánul meg (Cole & Cole, 2006). Így ez némiképp magyarázatot adhat az általam feltárt eredményeket tekintve, mely kérdéskörrel a későbbieket nézve érdemes lehet további munkálatokat és kutatást folytatni.

Ez némiképp összevethető második hipotézisem tesztelésekor kapott eredményeimmel, miszerint a transzplantált gyermekek rezilienciája összefüggésbe hozható a baráti kapcsolataikkal, úgy, mint a baráti kapcsolataiknak számával, illetve a pozitív kortárs kapcsolataival. Elemzéseim során a vizsgált tényezőim közül ugyanis ezen változók bizonyultak a leginkább jelentőségteljesnek. Kapott eredményeim összhangban vannak a korábbi, témával egybevágó kutatások konklúzióival, úgy, mint Hauser 2006-os vizsgálatában,

ahol betegségből felépülő serdülők támogató kapcsolatok kialakítására való képessége jelentős mértékben befolyásolta pszichológiai rezilienciájuk alakulását. Fernanda Cal és munkatársai (2015) publikációjában, a krónikus betegek rezilienciájára szintúgy szignifikánsan befolyásoló tényezőként hatott a megfelelő társas kapcsolatok megléte, ez pedig szintúgy alátámasztja jelen kutatási feltételezéseket. Jelen kérdéskörbe továbbá Amatya, Monnin és Christofferson (2021) összefoglaló publikációját emelném be, ahol a támogató kortárs kapcsolatok a szerzők szerint szintén jelentőséggel bírnak a transzplantáció utáni reziliens működés kialakításában.

A kutatás kezdetén gondolatmenetem kiindulási pontja a gyermek reziliencia és a szülői reziliencia, illetve jól-lét állapot összefüggése volt. Elgondolásomat gyakorlati helyzetek alapozták meg, hiszen a vizsgálatok során a klinika orvosaitól azt a tapasztalati visszajelzést kaptuk, hogy egy ilyen transzplantációs helyzetben a szülő reakciója jelentős fontossággal bír. A folyamat során a szülő lényeges szerepet tölt be, megfelelő támaszt és odafordulást kell nyújtania gyermekének. Egy lelkileg instabil, nem reziliens szülő ilyen esetekben nehezen lehet megtartó erő gyermekének. Ezen okból kifolyólag azon kérdéskörben, hogy mi befolyásolhatja a gyermek reziliens viselkedését egy fontos, és a gyakorlatban hasznos kutatási területnek tartom a szülő állapotának és gyermek ellenállóképességének vizsgálatát. Harmadik, és egyben utolsó hipotézisem ezen kérdéskörre vonatkozott, mely alapján azt feltételeztem, hogy a transzplantált gyermekek rezilienciája összefüggésbe hozható annak elsődleges gondozójának jóllétével, oly módon, mint annak általános jóllétével, depresszív érzelmeinek meglétével, illetve reziliencia szintjével. Ezen feltételezett hipotézisem a kutatás során beigazolódott, így elmondható, hogy jelen mintában a gyermek rezilienciája és szülőjének általános jóléte, depresszív érzelmei és rezilienciája között összefüggés található. Ezen kérdéskörben Amatya, Monnin és Christofferson 2021-es publikációja is megegyező eredményekről számolt be, ahol a pozitív transzplantációs eredményekre, a gyermekek és családjuk rezilienciájára egyaránt a szülői részvétel és a szülői mentális egészség szignifikáns hatással van. Jelen kérdéskör tudományos szempontból még nem szerteágazóan kutatott témakör. Éppen ez okból kifolyólag, ezen eredmények, továbbá az említett szakirodalmi publikáció alapján tartom jelentőségteljesnek jelen téma kutatását, hiszen ezen összefüggés jelentős gyakorlati hasznosulása lehetséges. Így pedig a témát szülői oldalról feltáró jelleggel is érdemes megvizsgálni, úgy további, a terület szempontjából releváns információk érdekében a magyar transzplantált gyermekek és családjuk rezilienciáját befolyásoló tényezőkről. Ezek alapján szakszerű keretek között, egy adott transzplantációs folyamat során érdemes lehet akár nagyobb hangsúlyt fektetni (természetesen nem a gyermeki oldal rovására, sokkal inkább annak

kiegészítéseként) a szülői mentális egészség megtartására és egy reziliens szülői magatartási minta megerősítésére, így egyaránt támogatva a gyermek mielőbbi sikeres alkalmazkodását. Természetesen ezen kutatás a vizsgált jelenségek komplexitásából adódóan nem alkalmas konkrét, egyértelmű következtetések levonására, hiszen számos általam nem vizsgált tényező befolyásolhatja a folyamatot.

KITEKINTÉS ÉS KORLÁTOK

Jelen összegzés kapcsán fontos megemlíteni, hogy ezen terület feltárása magyarországi mintán még újabb kutatási területnek bizonyul. Ebből adódóan számos, az eredményeket akár befolyásoló, nehezítő körülmény jelenlétének fennállásáról beszélhetünk. Maga a transzplantáció, illetve az azt követő fizikai és mentális állapot, továbbá a jelenleg ezzel párhuzamba hozott vizsgált változók önmagukban komplex jelenségnek bizonyulnak, melyeket számos közvetlen és közvetett tényező egyaránt befolyásol. Több, általam nem vizsgált számos aspektus lehet hatással a vizsgálati személyekre és helyzetre, ilyen lehet például a transzplantáción átesettek aktuális fizikai egészségügyi állapota, melynek figyelembevétele a bio-pszicho-szocio-spirito emberkép szempontjából egy lényeges nézőpont lehet.

Ezek mellett fontos megemlíteni a minta kis elemszámát, ami ugyan a magyarországi populációhoz viszonyítva ténylegesen nagynak mondható, de statisztikai szempontból nem tesz lehetővé olyan lehetőségeket, melyek számos jelentőségteljes előrelépést jelentenének. Ilyennek bizonyulhat például a transzplantált gyermekek elkülönítése a transzplantált szervek szerint. A szakirodalmi összefoglalóban részletesen kifejtem a különböző szervi transzplantációkhoz tartozó egészségügyi állapotokat, mely alapján látható, hogy a különböző szervek tekintetében is nagy eltérések vannak, például a műtét előtti végstádiumú betegség típusában, a kórházban eltöltött idő hosszában, a kezelések fizikai megterhelésében, az utókezelés típusában, lehetséges komplikációkban és szövődményekben, illetve a túlélési arányokban. Ezen tényezők figyelembevétele komplex eljárást igényel, melyhez nem csupán nagyobb elemszám, de az orvosi adatokkal együtt történő felülvizsgálatot igényel. Így a későbbiekben érdemesnek tartanám ezen adatokat nem önmagukban, hanem az orvosi vizsgálatokkal egybevetve értelmezni és kiértékelni.

Lényeges vizsgálati szempont lehet továbbá a gyermek életkora a transzplantáció idejében, illetve a műtét óta eltelt idő, ugyanis jelen kutatásban a kis elemszám tekintetében nem volt lehetőség különbséget tenni ezen csoportok között. Több esetben a beteg gyermekek

(jellemzően a májtranszplantáción átesettek) nem feltétlenül emlékeztek a műtetre, vagy az előtte lévő időszakra, így ezen gyermekek külön vizsgálata is különböző eredményeket hozhat. A szakirodalmi összefoglalóban kifejtettek szerint ugyan a szervtranszplantáció utáni állapot nem mondható a klasszikus értelemben egészségesnek, hanem egy krónikus betegség kezdetét jelenti, az, hogy a pszichológiai vizsgálat és a tényleges transzplantációs műtét között mennyi idő telt el egy további lényeges vonulata lehet a jövőbeli kutatási elképzeléseknek.

Jelenleg megfogalmazott, a vizsgálatot befolyásoló tényezők, illetve jövőbeli esetleges módosításuk egy olyan kutatási terület fejlődéséhez járulhat hozzá, melynek bővítésének és szélesebb körű alkalmazásának célja a transzplantáción átesett gyermekek és családjaik pszichológiai és fizikai állapotának segítése, a gyerekek mielőbbi felépülése, illetve általános jóllétük kialakításának és fenntartásának segítése.

ÖSSZEGZÉS

Jelen kutatás eredményeivel bővebb betekintést nyerhettünk a szervtranszplantált gyermekek és családjaik helyzetébe. Ezen terület elméletének kutatása és ez alapján esetleges későbbi, gyakorlati fejlesztése hatalmas segítséget nyújthat a jövőben a szervtranszplantáción átesett gyermek és családjaik számára. Összességében a vizsgálatom eredményei alátámasztják több, a krónikus betegséggel küzdők rezilienciáját befolyásoló tényezőkre irányult kutatások konklúzióit. Ez továbbá megerősíti azon állítást, miszerint a pszichológiai reziliencia egy komplex, számos közvetlen-, illetve közvetett hatás által befolyásolt jelenség, melynek kutatása az elkövetkezőkben a transzplantáción átesettek körében lehetőséget nyújthat újabb beavatkozási és megelőzési eljárások feltárására és akár kidolgozására.