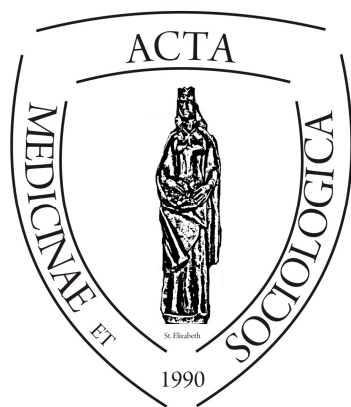


# Acta

## Medicinae

et

## Sociologica



Vol.8. No.24. 2017.

Debreceni Egyetem  
Egészségügyi Kar, Nyíregyháza

Acta Medicinae et Sociologica  
Útban a cél felé

8. évfolyam 24. szám 2017  
Volume 8. No. 24. 2017

Alapítás éve: 2010

Főszerkesztő: Kiss János  
Főszerkesztő-helyettes: Fónai Mihály  
Szerkesztők: Balogh Erzsébet, Hüse Lajos és Takács Péter  
Angol nyelvi olvasószerkesztő: Tilki Ágnes  
Szerkesztőségi titkár: Kovács-Nagy Klára

Szerkesztőbizottság: Kalapos István (elnök), Kiss János (társelnök),  
Fábián Gergely, Kósa Zsigmond, Ködmön József,  
Lőrincz István, Rákóczi Ildikó, Lukácskó Zsolt, Szöllősi János,  
Elen Csikai (USA), Marzanna Farnicka (Lengyelország),  
David Urban (Csehország), Pogány Magdolna, Flóra Gábor (Románia),  
Bódi Ferenc, Irina Kozubovska (Ukrajna)

Tudományos tanácsadók:  
Muszbek László, akadémikus, Pethő Attila, akadémikus,  
Semsei Imre, Valeria Totova (Csehország)  
Hanna Liberska (Lengyelország)

Felelős kiadó:  
Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar

Szerkesztőség: 4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4.  
Tel.: (42) 404-411, Fax: (42) 408-656  
e-mail: [acta.m.s@foh.unideb.hu](mailto:acta.m.s@foh.unideb.hu)  
honlap: <http://ams.foh.unideb.hu/>  
Nyomdai előkészítés: Ricsei Béla

ISSN 2062-0284 (Nyomtatott)  
ISSN 2559-866X (Online)

Folyóiratunk eddig számai az Országos Széchenyi Könyvtár elektronikus perio-  
dika adatbázisában on-line megtekinthetők: <http://epa.oszk.hu/02500/02535#>

A kötet a Doktoranduszok Országos Szövetségének támogatásával jött létre.

# Tartalomjegyzék

**Hüse Lajos**

Előszó

5

**Ágota Moravcsik-Kornyicki, Zsigmond Kósa, Erdei Renáta  
Jávorné, Anikó Gyulai, Sándor János, Karolina Kósa**

Health status of pregnant women in Szabolcs-Szatmár-Bereg county  
of Hungary between 2010 and 2012

9

**Majer Réka, Csiba László, Kardos László, Frecska Ede,  
Hortobágyi Tibor**

Életminőség, betegségteher és hozzátartozó terhe a neuropszichiátriai  
tünetek tükrében neurokognitív zavarokban

23

**Gebriné Éles Krisztina, Takács Péter, Kósa Zsigmond,  
Heinrichné Kószegi Katalin, Lampek Kinga**

Szülésznők munkával való elégedettségének vizsgálata

41

**Kiss János Márk**

A kezelési szerződés koncepciója a Közös Referenciakeret tervezetében  
és a BGB-ben, tekintettel az Eütv. szabályaira: összehasonlító elemzés

59

**Katarína Chovancová**

Intervention and competences of social workers in the process of regulating  
parental rights and obligations concerning a minor child

79

**Takács Tamara**

Az oktatási mobilitás helyzetképe egy határmenti térségben

95

**Nyilas Orsolya**

Felnőtt fejjel tanulni – egy nyíregyházi felzárkóztató képzés tanulságai

115

**Szabó Dóra**

NetWorking - Integráció a munka világába a személyes kapcsolathálózaton keresztül, holland- és Hollandiában letelepedett fiatal munkavállalók esetében

# Előszó

A Nyíregyháza városához kötődő doktorjelöltek tudományos seregszemléje a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kara, a Nyíregyházi Egyetem és a Szent Atanáz Görögkatolikus Hittudományi Főiskola közreműködésével 2016 őszi tizedik alkalommal kerül megrendezésre. A X. Jubileumi Nyíregyházi Doktorandusz Konferenciának ez alkalommal a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kara rendezésében került sor, a MTA DAB Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Szakbizottság Egészségtudományi Munkabizottsága és Gerontológiai Munkabizottsága közreműködésével.

Ezen a konferencián bármely Nyíregyházához kötődő doktoranda és doktorandusz tarthatott tudományos előadást, mindazon témákból, melyekkel foglalkozik. Az Acta Medicinae et Sociologica Szerkesztősége ebből a sokszínűségből kíván ízelítőt adni a lap tudományos és szakmai közösségének. Ezúton köszönjük a Doktoranduszok Országos Szövetségének hathatós anyagi támogatását, mely nélkül ebben a formában nem jöhetett volna létre a kötet.

Azzal a vállalásunkkal, hogy szerkesztett, lektorált tanulmány formájában nyilvánosságot biztosítunk a konferencia kiemelkedő előadásainak, részben ki kellett lépniünk lapunk hagyományos témáink közül, és helyet kellett biztosítani olyan témáknak is, amelyek alapvetően nem az Acta Medicinae et Sociologica hasábjain szoktak megjelenni. Az eredményeket látva a Szerkesztőség örömmel konstataulta, hogy jó döntést hozott.

Az aktuális kötet első tanulmányait az egészségtudomány területéről válogattuk be. Moravcsik-Kornyiczki Ágota és szerzőtársai a várandós nők egészségi állapotának változásaira fókuszálnak tanulmányukban. Ennek során számos, az egészségre és az egészségmagatartásra vonatkozó adatot dolgoztak fel. Három év adatain alapuló vizsgálatuk kapcsán amellet teszik le a voksukat, hogy a longitudinális vizsgálatok fontosságát a döntéshozóknak azzal is el kellene ismerniük, hogy azokhoz támogatást biztosítanak.

Majer Réka és munkatársai a neurokognitív zavarokban szenvedő betegek életminőségét, a betegségteher mértékét vizsgálták, melynek során az érdeklődésüket kiterjesztették a hozzátartozók terhére is. A neurokognitív zavarban szenvedő betegek körében nagyon magas gyakoriságban találtak neuropszichiátriai tüneteket, melyek előfordulási gyakorisága és súlyossága között erős szignifikáns kapcsolatot találtak az életminőség, a betegségteher és az inaktivitás között. Megállapították, hogy a magatartási és pszichés tünetek jelentős részei a demens

betegek tüneti képének, ezek meghatározzák a betegek életminőségét, és hozzájárulnak a hozzátartozó terhének alakulásához is.

A szülésznők munkával való elégedettségének vizsgálatával Gebriné Éles Krisztina és munkatársai a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karán folyó pályaszocializációs- és pályakép vizsgálatok nagymúltú sorát bővítik. Az ország tizenhárom kórházában dolgozó szülésznők körében végzett kutatásuk eredményei alapján a szerzők megállapították, hogy szülésznők összességében szeretik a hivatásukat, a munkakörülményeiket többnyire megfelelőnek tartják, segítik egymást a munkavégzés során, de személyes problémáikat kevésbé beszélik meg kollégáikkal, kapcsolatuk általában a munkavégzésre korlátozódik, csak kevés szülésznő találkozik tervezetten munkahelyén kívül munkatársaival. Ennek ellenére mégis igen nagyra becsülik a munkatársi kapcsolatokat, és a pályaszeretet igen fontos részének tekintik azt.

Az egészségtudományokhoz a jog felől kapcsolódik Kiss János Márk, aki a kezelési szerződés koncepcióját vizsgálja. Összehasonlító elemzése kiterjedt a Közös Referenciakeret tervezetére, a német polgári törvénykönyvre – amely sok közös vonást mutat az egységes uniós modellszabályozással –, valamint a hazai Egészségügyi Törvényre. A szerző megállapítja, hogy beteg életét, testi épségét és egészségét, mint az emberi személyiség leglényegesebb elemeit érintő egészségügyi szolgáltatással összefüggésben őt megillető jogokat a vizsgált uniós dokumentumok némileg másképpen szabályozzák, mint a hazai dokumentumok, ugyanakkor a felek jogállása szempontjából ez nem bír jelentőséggel, hiszen az Eütv-ben katalogizált betegjogok ugyanúgy biztosítják a beteg autonómiáját és mellérendelt helyzetét.

A családokkal dolgozó szociális munkások szerepének jogi és szakmai elveit, szabályozását vizsgálja Katarína Chovancová. A doktoranduszi pályafutásának korai szakaszában járó szerző tanulmányában az elméleti háttér és a szociális munkások kompetenciáinak narratív tartalomelemzésen alapuló vizsgálata áll.

Takács Tamara az oktatási mobilitásra fókuszál tanulmányában, melynek fő kérdése, hogy az európai felsőoktatás mennyire biztosítja az átjárhatóságot. Az életútinterjúkon alapuló munkájában ugyancsak az elméleti háttér bemutatása kerül túlsúlyba, ugyanakkor a szerző már a kezdeti eredményei alapján is megállapította, hogy az oktatási rendszer jogi és gyakorlati átjárhatóságától függetlenül a hallgatói mobilitás alulfejlettsége okán a felkínált lehetőséget egyelőre még nem aknázzák ki a vizsgálatnak alávetett célcsoportban.

Ugyancsak az oktatás területét boncolgatja Nyilas Orsolya, aki egy nyíregyházi felzárkóztató képzés tanulságairól írt összefoglaló tanulmányt. Írásában a szerző nem csupán a képzésbe vont személyek perspektívájából vizsgálja meg a folyamatot, és annak hatékonyságát, hanem a felnőttképzés többi szereplőjét is „képhe hozza”, úgy a felnőttoktatót, mint tutort és a mentort.

X. Jubileumi Nyíregyházi Doktorandusz Konferencia legjobb előadásainak szerkesztett változatát egybegyűjtő kiadványa Szabó Dóra tanulmányával zárul. A szerző a kapcsolathálózat kutatások egyik új módszerével vizsgálta a holland és a Hollandiában letelepedett fiatal munkavállalók munka világába történő integrációját. A módszerválasztásból következően a vizsgálat a személyes kapcsolat-hálózaton keresztül zajló folyamatokra irányult, melyekről a szerző megállapítja, hogy ezek a hálózatok meglehetősen zártak: a holland kapcsolati térképekből hiányoznak a nem-holland szereplők, és viszont, a külföldiek kapcsolati térképeiből a holland kapcsolatok.

A tudomány egyik legnagyobb vonzereje – talán nem csupán a tudós lélek számára – annak sokszínűsége, és a sokszínűségből kibontakozó kapcsolódási pontok, valamint azok a friss ismeretek, amelyek talán csak picike darabkái lesznek egy nagy képnek, de talán tovább bontakoznak, jelentőségüket egyre nyilvánvalóbban megmutatják, hogy aztán meghatározó elemévé váljanak az adott területről összegyűjtött és megalkotott tudásunknak. A jelen kötetben szereplő, e lapokon kvázi kapcsolatba került szerzők mindegyike létrehozta már azokat a kicsinyke darabkákat – és mindegyikük előtt ott áll a lehetőség, hogy igazán jelentős eredmények bontakozzanak ki munkásságuk során.

A Főszerkesztő és a Szerkesztőség nevében sok sikert kívánva,

**Dr. Hüse Lajos**  
szerkesztő





---

UNIVERSITY  
OF DEBRECEN  
  
FACULTY OF  
HEALTH  
NYÍREGYHÁZA



ACTA  
MEDSOC  
VOLUME 8.  
2017

---

## Health status of pregnant women in Szabolcs-Szatmár-Bereg county of Hungary between 2010 and 2012

Ágota Moravcsik-Kornyicki<sup>1</sup>, Zsigmond Kósa<sup>1</sup>, Erdei Renáta  
Jávorné<sup>1</sup>, Anikó Gyulai<sup>1</sup>, Sándor János<sup>2</sup>, Karolina Kósa<sup>3</sup>

<sup>1</sup> University of Debrecen Faculty of Health, Institute of Health Sciences,  
Department of Health Methodology and Public Health, Nyíregyháza, Hungary

<sup>2</sup> University of Debrecen Faculty of Public Health, Department of Preventive  
Medicine

Division of Biostatistics and Epidemiology, Debrecen, Hungary

<sup>3</sup> University of Debrecen Faculty of Public Health, Institute of Behavioral  
Sciences, Debrecen, Hungary

### Abstract.

**Introduction:** The Hungarian population decreases continuously since 1981, but does not show improving trend the premature babies proportion and the low weight gain in newborn baby's proportion in Hungary. The childhood health has an impact on the adult health status, moreover has an effect on its quality. It is necessary to take it into consideration to the planning of the interventions. Knowing this result the pregnant women's care will be even more important.

**Aim.** Our objective was to describe changes in the health status of pregnant women at the national and Szabolcs-Szatmár-Bereg county level during the period of 2010-2012.

**Method.** Data were extracted from the mandatory annual reports of district nurse (Maternal and Child Health nurse, MCH nurse) responsible for primary maternal care from

eleven district (micro-region) of Szabolcs-Szatmár-Bereg county. Information on the smoking status of expecting mothers, special care during pregnancy, pregnant women entering into maternity care after 28 weeks of pregnancy, borne women without district nurse care, were analyzed using Microsoft Excel Standard Normal Cumulative Distribution Function.

**Results.** The registered pregnant women's number was between 7000 and 7500 in the Szabolcs-Szatmár-Bereg county between 2010 and 2012. The standard normal cumulative distribution (SNCD) of pregnant women who is needing special care during pregnancy have examined significantly higher compared to the national average (standard data: 1,0) for three years in Szabolcs-Szatmár-Bereg county (2010: 1,66; 2011: 1,65; 2012: 1,56). Significantly higher the rates (SNCD) of the smoker pregnant women in Szabolcs-Szatmár-Bereg county (2010: 2,15; 2011: 2,09; 2012: 1,99) compared the national means (standard data: 1,0) in all three years. The ratio of pregnant women who were taken in care of an MCH nurse after the 28th week of the pregnancy was growing tendency in Szabolcs-Szatmár-Bereg county between 2010 and 2012 (2010:1,14; 2011:1,59; 2012: 1,64) and higher than national data (standard data: 1,0) but not significantly. The ratio (SNCD) of women having given birth without district nurse care in Szabolcs-Szatmár-Bereg county (2010: 1,37; 2011: 0,79; 2012: 1,55) was higher compared national proportions (standard data: 1,0) but these results not significant.

**Discussion.** Longitudinal surveys are needed to determine the relative contribution and roles played by individual and contextual characteristics in overall health. Such surveys should be a priority of federal and foundation funders. The examination shows the most important differences of analyzed indicators in Szabolcs-Szatmár Bereg county, and precipitate the quick start of the intervention.

*Keywords:* pregnant woman, Maternal-Child Health Services, smoking, health inequalities, Szabolcs-Szatmár-Bereg county

## Introduction

The Hungarian population's opinion about their own health is rather poor in comparison with the European Union's (WHO 2016). The self-perceived health and healthy life years indicators ratio was lover in Hungary (EUROSTAT 2017a, EUROSTAT 2017b). There was a strong correlation between self-perceived health and life expectancy.

Different factors define the health conditions: the biological one predisposing to the illness (age and sex-related), the inherited factors and the lifestyle. Biological influences as include genetic expressions, prenatal influences, as well as biological constraints and possibilities created by prenatal and postnatal events plus prior states of health (NRC 2004). The harmful habits (e.g. smoking, alcohol and drug use, unhealthy diets, insufficient physical activity) will lead to the

development of diseases, which collective occurrence multiplies the measure of the endangerment (EVSZ 2004, Horton 2009). Lifestyle and sociodemographic factors such as maternal education, poverty, smoking, alcohol and stress can influence birth outcomes namely through the maternal-foetal supply (Dejmek, Selevan, Sram 1996, Adres Day 2000).

David James Porslove Barker (MD, Ph.D., physician and researcher), Professor at the University of Southampton, made a novel observation in 1989. Namely, the lower birth weight of a child, the greater risk for coronary disease in adulthood (Barker Winter et al 1989, Barker Osmond 1986). This risk is increase gradient. Carrying on his researches he came to the conclusion that the low birth weight increases not only the coronary disease's risk, but also the diabetes mellitus type 2's, the hypertension's, and the stroke's risk in adulthood. This led to the theory of the foetal origins of some part of the adult diseases (Barker's theory). According to this, foetal origins of some part of the adult diseases (Ádány 2012). The persistent foetal malnutrition which is mainly maternally derived (nutrition, smoking habits, lifestyle) leads to the slow down of the fetus metabolism on the one hand, and these newborns come into the world with low birth weight (LBW <2500 g; intrauterine retardation, on the other hand. Adjust to the foetal malnutrition, intrauterine come into being a so-called "Thrifty phenotype" (Hales, Barker 2012) in the foetus, which results that such persons in their later adulthood, beside a normal amount of nutrient inputs, will be more prone to obesity and the development of the metabolic disease's risk factors (hypertension (Barker 2006, Eriksson, Forsén et al 2007), diabetes (Barker 1999), central obesity, high cholesterol level) (Barker 1997).

To this day, numerous amounts of research have demonstrated that the childhood health has an impact on the adult health status, moreover has an effect on its quality. Beyond this it is a more important statement, that the health of the pregnant woman and within this, her lifestyle, her eating habits and her harmful passions, like the smoking habit significantly determine the health conditions at birth, and the intrauterine foetal development, so the early childhood health quality (Fogarasi-Grenczer, Balázs 2012, Balázs, Rákóczi et al 2013). Thus, what kind of health we live and exist within our adulthood is totally traceable back to the gestational status before the conception, and during the pregnancy.

The district nurse (who be at work in primary care) supplies the pregnant women in Hungary. The pregnant women's care is written down in a measure (26/2014. (IV. 8.) EMMI order 2014).

The aim of this study is to describe that the indicators, concerning the lifestyle of the pregnant women and their health conditions, how influenced the health of the newborns and the early childhood development in the past decade in Hungary. Our objective was to describe changes in the health status of preg-

nant women at the national and Szabolcs-Szatmár-Bereg county level during the period of 2010-2012.

## Methods

The analysis based on indicators concerning the Hungarian pregnant women which were reported by district nurses annually (EMMI 2009). The county aggregated raw data with the assistance of the Pharmaceutical and health care quality and organizational development Institute (GYEMSZI) between 2006 to 2012 (AEEK 2017). These reports contain information about the Hungarian pregnant women in Szabolcs-Szatmár Bereg county.

Each pregnant mother's (person in Hungary: 2010: 122820; 2011: 125620, 2012: 120051), who have been recently taken to pregnant nursing, parameters were processed to the annual reports. The examined parameters were processed into the research from 2010 to 2012.

### ***The following indicators were introduced in the publication:***

Maternal indicators from eleven district (micro-region) of Szabolcs-Szatmár-Bereg county:

- The number of pregnant women registered during the year by district (MCH) nurse,
- The ratio and number of pregnant women who is needing special care during pregnancy by district (MCH) nurse,
- The ratio and number of number of smoking pregnant women registered by district (MCH) nurse,
- The ratio and number of pregnant women who were taken in care of an MCH nurse after the 28th week of the pregnancy,
- The ratio and number of the number of women having given birth without district nurse care.

After the data has been prepared and purged of the county layered, descriptive study, time series analysis. The maternal indicators description of its regional Szabolcs-Szatmár-Bereg county distribution and its comparison with the national average for 3 years was also part of the research. The evaluation of the regional differences and the analysis proceeded were used on standardisation founding (intensity ratios) with the Microsoft Office Excel 2007 programs.

Excel NORMSDIST function calculates the Standard Normal Cumulative Distribution Function for a supplied value. The distribution has a mean of 0 (zero) and a standard deviation of one. To use analyses table with a non-standard normal distribution (either the location parameter is not 0 or the scale parameter is not 1), standardized this value by subtracting the mean and dividing the result by the standard deviation. Then look up the value for this standardized value. Specifically numbers that we are used in significance tests  $p=0,975$ ,  $Z_p +1.960$ . These are critical values for the normal distribution.

## Results

### ***Number of pregnant women***

The registered pregnant women's number was between 120.000 and 126.000 in Hungary between 2010 and 2012. The data shows the pregnant women's number descending in a mild measure (person in Hungary: 2010: 122820; 2011: 125620, 2012:120051). The number of pregnant women registered during the year by MCH nurse was increase in Szabolcs-Szatmár-Bereg county between 2010 and 2012 (2010: 5,83%, 2011: 5,77% ratio in the total sample, 2012: not available correct data (Moravcsik-Kornyicki, Daragó, Kósa 2014).

### ***Pregnant women who is needing special care***

The standard normal cumulative distribution (SNCD) of pregnant women who is needing special care during pregnancy have examined significantly higher (2010: 1,66; 2011: 1,65; 2012: 1,56) compared to the standard data (national mean) for three years in Szabolcs-Szatmár-Bereg county.

The data shows that the eleven district (micro-region) effect matched with national means (standard data) significantly elevated every micro-region for three examined years. Based on the result can be related that SNCD of Nyírbátor micro-region was worst possible because significantly twofold higher (2010: 2,04; 2011: 1,98; 2012: 1,95) compared to the national average. (Table 1.)

Eleven district (micro-region) of Szabolcs-Szatmár-Bereg county	SNCD	P*	SNCD	P*	SNCD	P*
	2010		2011		2012	
Baktalórántháza	1,86	high	1,83	high	1,83	high
Csenger	1,59	high	1,70	high	1,74	high
Kisvárdá	1,70	high	1,57	high	1,59	high
Fehérgyarmat	1,55	high	1,41	high	1,19	high
Mátészalka	1,46	high	1,52	high	1,42	high
Nagykálló	1,59	high	1,55	high	1,42	high
Nyírbátor	<b>2,04</b>	high	<b>1,98</b>	high	<b>1,95</b>	high
Nyíregyháza	1,27	high	1,25	high	1,20	high
Tiszavasvári	1,69	high	1,75	high	1,61	high
Vásárosnamény	1,69	high	1,88	high	1,58	high
Ibrány	1,82	high	1,71	high	1,67	high
Szabolcs-Szatmár-Bereg county	1,66	high	1,65	high	1,56	high
National proportion (standard)	1,00	not relevant	1,00	not relevant	1,00	not relevant

SNCD: standard normal cumulative distribution (standard value: national proportion; 1,0)

\* $p > 0,975$  ( $Z_p + 1.960$ ) and the  $SNCD < 1,0$ : the value is significant, designated “low”.

$p > 0,975$  ( $Z_p + 1.960$ ) and the  $SNCD > 1,0$ : the value is significant, designated “high”.

$p < 0,975$  ( $Z_p + 1.960$ ) and the  $SNCD > / < 1,0$ : the value is not significant, designated “ordinary”.

Table 1. Standard normal cumulative distribution of pregnant women who is need special care in Szabolcs-Szatmár-Bereg county between 2010 and 2012.

### ***Smoking pregnant women***

Having examined the ratio (SNCD) of smoking pregnant women registered by district (MCH) nurse in the three analyzed years the trend was a micro-regional difference appears. Significantly higher the rates of the smoker pregnant women in Szabolcs-Szatmár-Bereg county (2010: 2,15; 2011: 2,09; 2012: 1,99) compared the national means (standard data) in all three years. The ratio of the smoker pregnant more favourable compared to the national average (standard data) for three years in Nyíregyháza micro-regional (2010: 0,69; 2011: 0,60; 2012: 0,66- this result was significant) of Szabolcs-Szatmár-Bereg county. Data shows not significant differed the in examined data of Nagykálló district in 2012 (SNCD: 0,93). (Table 2.)

Eleven district (micro-region) of Szabolcs-Szatmár-Bereg county	SNCD	p*	SNCD	p*	SNCD	p*
	2010		2011		2012	
Baktalórántháza	2,19	high	1,83	high	1,86	high
Csenger	2,40	high	2,60	high	2,55	high
Kisvárdá	1,89	high	2,12	high	2,01	high
Fehérgyarmat	2,47	high	2,35	high	1,98	high
Mátészalka	2,25	high	2,45	high	2,30	high
Nagykálló	1,18	high	1,17	high	0,93	ordinary
Nyírbátor	2,72	high	2,18	high	2,23	high
Nyíregyháza	0,69	low	0,60	low	0,66	low
Tiszavasvári	2,12	high	2,60	high	2,28	high
Vásárosnamény	3,37	high	2,91	high	2,83	high
Ibrány	2,43	high	2,24	high	2,22	high
Szabolcs-Szatmár-Bereg county	2,15	high	2,09	high	1,99	high
National proportion (standard)	1,00	not relevant	1,00	not relevant	1,00	not relevant

SNCD: standard normal cumulative distribution (standard value: national proportion; 1,0)

\* $p > 0,975$  ( $Z_p + 1.960$ ) and the  $SNCD < 1,0$ : the value is significant, designated “low”.

$p > 0,975$  ( $Z_p + 1.960$ ) and the  $SNCD > 1,0$ : the value is significant, designated “high”.

$p < 0,975$  ( $Z_p + 1.960$ ) and the  $SNCD > / < 1,0$ : the value is not significant, designated “ordinary”.

Table 2. Standard normal cumulative distribution of smoking pregnant women registered by district (MCH) nurse in Szabolcs-Szatmár-Bereg county between 2010 and 2012.

### ***Pregnant women entering into maternity care after 28 weeks of pregnancy***

The ratio of pregnant women who were taken in care of an MCH nurse after the 28th week of the pregnancy, we find similar micro regional trend in Szabolcs-Szatmár-Bereg county. The examined indicator (SNCD) was growing tendency in Szabolcs-Szatmár-Bereg county between 2010 and 2012 (2010:1,14; 2011:1,59; 2012: 1,64) and higher than national data (standard data) but not significantly. This data appeared departure (time and regional) in the eleven micro-region. The proportion (SNCD) of them higher in the Kisvárdá (2010: 1,70; 2011: 2,04; 2012: 1,78), Fehérgyarmat (2010: 2,38; 2011: 1,53; 2012: 2,98), Mátészalka (2010: 1,26; 2011: 1,22; 2012: 1,23) and Vásárosnamény (2010: 1,28; 2011: 1,70; 2012: 1,95) micro-region in relation to the national average (standard data) in all three years but this results - not in all cases- significant. (Table 3.)

Eleven district (micro-region) of Szabolcs-Szatmár Bereg county	SNCD	p*	SNCD	p*	SNCD	p*
	2010		2011		2012	
Baktalóráttháza	0,50	ordinary	2,28	high	1,59	ordinary
Csenger	0,59	ordinary	3,32	high	2,00	ordinary
Kisvárdá	1,70	ordinary	2,04	high	1,78	high
Fehérgyarmat	2,38	high	1,53	ordinary	2,98	high
Mátészalka	1,26	ordinary	1,22	ordinary	1,23	ordinary
Nagykálló	0,65	ordinary	1,91	ordinary	1,06	ordinary
Nyírbátor	0,90	ordinary	0,98	ordinary	1,92	high
Nyíregyháza	0,66	ordinary	0,82	ordinary	1,25	ordinary
Tiszavasvári	1,35	ordinary	0,64	ordinary	1,56	ordinary
Vásárosnamény	1,28	ordinary	1,70	ordinary	1,95	ordinary
Ibrány	1,28	ordinary	1,05	ordinary	0,69	ordinary
Szabolcs-Szatmár-Bereg county	1,14	ordinary	1,59	ordinary	1,64	ordinary
National proportion (standard)	1,00	not relevant	1,00	not relevant	1,00	not relevant

SNCD: standard normal cumulative distribution (standard value: national proportion; 1,0)

\* $p > 0,975$  ( $Z_p + 1.960$ ) and the  $SNCD < 1,0$ : the value is significant, designated “low”.

$p > 0,975$  ( $Z_p + 1.960$ ) and the  $SNCD > 1,0$ : the value is significant, designated “high”.

$p < 0,975$  ( $Z_p + 1.960$ ) and the  $SNCD > / < 1,0$ : the value is not significant, designated “ordinary”.

Table 3. Standard normal cumulative distribution of pregnant women who were taken in care of an MCH nurse after the 28th week of the pregnancy in Szabolcs-Szatmár Bereg county between 2010 and 2012.

#### ***Women having given birth without district nurse care***

The ratio (SNCD) of women having given birth without district nurse care in Szabolcs-Szatmár-Bereg county (2010: 1,37; 2011: 0,79; 2012: 1,55) was higher compared national proportions (standard data) but these results not significant. Significantly higher the rates was Kisvárdá (2010: 2,57) and Fehérgyarmat (2010: 2,57) micro-region of Szabolcs-Szatmár-Bereg county. (Table 4.)



Eleven district (micro-region) of Szabolcs-Szatmár Bereg county	SNCD	szign	SNCD	szign	SNCD	szign
	2010		2011		2012	
Baktalórátáza	0,97	ordinary	0,51	ordinary	1,57	ordinary
Csenger	1,26	ordinary	0,00	ordinary	3,22	ordinary
Kisvárdá	2,57	high	1,62	ordinary	0,47	ordinary
Fehérgyarmat	2,64	high	0,85	ordinary	1,12	ordinary
Mátészalka	1,34	ordinary	0,48	ordinary	1,44	ordinary
Nagykálló	0,85	ordinary	0,82	ordinary	1,69	ordinary
Nyírbátor	1,14	ordinary	1,62	ordinary	1,95	ordinary
Nyíregyháza	1,62	ordinary	0,86	ordinary	0,47	ordinary
Tiszavasvári	0,86	ordinary	0,89	ordinary	1,47	ordinary
Vásárosnamény	1,04	ordinary	1,04	ordinary	1,46	ordinary
Ibrány	0,75	ordinary	0,00	ordinary	2,19	ordinary
Szabolcs-Szatmár-Bereg county	1,37	ordinary	0,79	ordinary	1,55	ordinary
National proportion (standard)	1,00	not relevant	1,00	not relevant	1,00	not relevant

SNCD: standard normal cumulative distribution (standard value: national proportion; 1,0)

\* $p > 0,975$  ( $Z_p + 1.960$ ) and the  $SNCD < 1,0$ : the value is significant, designated “law”.

$p > 0,975$  ( $Z_p + 1.960$ ) and the  $SNCD > 1,0$ : the value is significant, designated “high”.

$p < 0,975$  ( $Z_p + 1.960$ ) and the  $SNCD > / < 1,0$ : the value is not significant, designated “ordinary”.

Table 4. Standard normal cumulative distribution of pregnant women having given birth without district nurse care in Szabolcs-Szatmár Bereg county between 2010 and 2012.

## Discussion

To sum it up, between 2010 and 2012, the data, reflecting the maternal conditions and healthy development, did not improve in the past decade. The topic are theoretical and practical too, therefore monitoring the health status of populations is essential to good health policy decisions. This is particularly true in maternal and child health (Magyar Kormány 2016) where targeted and timely interventions may have long-term consequences.

The result, that getting late into care (after the 28th. pregnancy week) and being left out from pregnant care are even stronger determinants than the pregnant smoking, is support the importance of begun care at the right time, and draw attention to the related domestic matters.

During the care the aim is that the pregnant women are included into care as soon as possible. The prenatal care has well developed institutional system with great traditions, as well as well-trained specialists in Hungary. The number of pregnant women, who do not present themselves at the regionally competent district nurse before labour, should be reduced thus they are not included in the care.

The standard normal cumulative distribution (SNCD) of pregnant women who need special care during pregnancy have examined and the rates (SNCD) of the smoker pregnant women in Szabolcs-Szatmár-Bereg county significantly higher compared the national means in all three years. Based on the result can be related that SNCD of the smoker pregnant women of Nyírbátor micro-region was worst possible because significantly twofold higher compared to the national average.

The analysis of the data is reflected the fact well that the pregnant's smoking habits, the date of their admission to the pregnant care, or the complete lack of the care show county inequality, as there are big differences within the county and between the micro-regions too (Kornyicki, Kósa 2010), so it is necessary to intervene there first, where the results of the analysis, which carried out by county, justified this.

To improve the health status of the pregnant women, effective steps should be taken as soon as possible, not only on territorial, but also on local level.

The health inequalities exam it is necessary to take it into consideration one third variable, this is the income situation this is attached to the reason effect in measure, and influences it, (Csizmadia 2016).

The more detailed exploration of those pregnant women's demographic feature, who late have been taken to pregnant nursing, who did not receive care or who smoke could be the object of further research, especially with regard to such pregnant women's financial situation, qualification, and social support. Because it is known that the smoking and the late or insufficient use of the health services –the above mentioned maternal factors, which critically affecting the intrauterine development - are more likely occur among groups with low socio-economic status (Balázs, Rákóczi et al 2013, Kósa, Lénárt, Ádány 2002, Kósa, Széles et al 2008).

It would be justified to define more precisely the inequalities according to the micro-regions data collection and analysis.

The health conditions of the pregnant women fall sort to the national average in some countries. A rapid and effective intervention is required to reverse this trend, because the significant improvement of the future adult generation's health should be a priority of the country.

## Acknowledgement

This research was supported by the European Union and the State of Hungary, co-financed by the European Social Fund in the framework of TÁMOP 4.2.4. A/2-11-1-2012-0001 'National Excellence Program'

## References

1. AEEK (Állami Egészségügyi Ellátó Központ) Adatelemzési és Feldolgozási Csoport /korábban: GYEMSZI Minőségügyi Főosztály Informatika/Szekszárd. Available at: <http://193.225.50.35/webgy/regbe/belepes.php> (12. 01. 2017. date last accessed)
2. Andres RL, Day MC. Perinatal complications associated with maternal tobacco use. *Semin Neonatol.* 2000;5(3):231-241.
3. Ádány R.: Megelőző orvostan és népegészségtan [Preventive Medicine and Public Health] Medicina Kiadó, Budapest 2012.
4. Balázs P., Rákóczi I., Grenszer A., Foley K.L. Risk factors of preterm birth and low birth weight babies among Roma and non-Roma mothers: a population-based study. *Eur J Public Health.* 2013;23(3):480-485.
5. Barker DJ. Maternal nutrition, fetal nutrition, and disease in later life. *Nutrition.* 1997 Sep;13(9):807-13.
6. Barker DJ. The fetal origins of type 2 diabetes mellitus. *Ann Intern Med.* 1999 Feb 16;130(4 Pt 1):322-4.
7. Barker DJ. Birth weight and hypertension. *Hypertension.* 2006 Sep;48(3):357-8. Epub 2006 Jul 31.
8. Barker DJ, Osmond C. Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. *Lancet.* 1986 May 10;1(8489):1077-81.
9. Barker DJ, Winter PD, Osmond C, Margetts B, Simmonds SJ. Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. *Lancet.* 1989 Sep 9;2(8663):577-80.
10. Csizmadia P.: Az egészségyenlőtlenségek csökkentésének nehézségei. [Problems in reducing health inequalities] *Egészségfejlesztés, 2017;58(1):21-29.*
11. Dejmek J, Selevan SG, Sram RJ. The environment, life style and pregnancy outcome. *Cas Lek Cesk.* 1996;135:510-5.
12. Egészségügyi Világszervezet (EVSZ): Globális program az egészségfejlesztés hatékonyságáról. [Global Programme on Health Promotion Effectiveness (GPHPE)] 2004  
Available at: <http://www.who.int/healthpromotion/areas/gphpe/en/> (20.01.2017. date last accessed)
13. Eriksson JG1, Forsén TJ, Kajantie E, Osmond C, Barker DJ. Childhood growth and hypertension in later life. *Hypertension.* 2007 Jun;49(6):1415-21. Epub 2007 Apr 23.
14. EMMI: Védőnői Jelentés adatlap. [reported by district nurses annually] 2009. Available at: [http://193.225.50.35/dokumentum/Agazati\\_2009/R1003-09\\_v2\\_090801\\_Vedonoi\\_Jelentes\\_adatlap.pdf](http://193.225.50.35/dokumentum/Agazati_2009/R1003-09_v2_090801_Vedonoi_Jelentes_adatlap.pdf) (12.01.2017. date last accessed)

15. European Commission: European Statistics (EUROSTAT), 2017.  
Available at: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/statistics-illustrated>  
(20.01.2017. date last accessed)
16. European Commission: European Statistics (EUROSTAT): Quality of life in Europe - facts and views – health Available at: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality\\_of\\_life\\_in\\_Europe\\_-\\_facts\\_and\\_views\\_-\\_health](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality_of_life_in_Europe_-_facts_and_views_-_health) (20.01.2017. date last accessed)
17. Fogarasi-Grenczer A., Balázs P. A dohányzás és a környezeti dohányfüsttartalom kapcsolata a koraszülésekkel. [The correlation between smoking, environmental tobacco smoke and preterm birth] *Orv Hetilap*. 2012 ;153(18):690-694. doi: 10.1556/OH.2012.29325.
18. Hales CN, Barker DJ. The thrifty phenotype hypothesis. *Br Med Bull*. 2001;60:5-20.
19. World Health Organization Regional Office for Europe, European health for all database (HFA-DB), 2016.
20. Horton E.S.: Effects of lifestyle changes to reduce risks of diabetes and associated cardiovascular risks: results from large scale efficacy trials. *Obesity*, 2009;17 Suppl 3:S43-48.
21. Korniyicki Á, Kósa K: A várandós nők jellemzői országosan és régióként 2006 és 2008 között., *Népegészségügy*. 2010; 88:(1) pp. 50-54.
22. Kósa K., Lénárt B., Ádány R. A cigány lakosság egészségi állapota. *Orvosi Hetilap*. 2002;143(43):2419-2426.
23. Kósa, Zs., Széles, Gy., Kardos, L., Kósa, K., Németh, R., Országh, S., Fésüs, G., McKee, M., Ádány, R. Vokó, Z. A telepszerű körülmények közt élők összehasonlító egészségfelmérése. *Népegészségügy*. 2008. 86(1):5-14.
24. Magyar Kormány: A Kormány 1886/2016. (XII. 28.) Korm. határozata az „Egészséges Magyarország 2014–2020” Egészségügyi Ágazati Stratégia 2017–2018 évekre vonatkozó cselekvési tervéről. *Magyarközlöny*; 2016; 219: Available at: <http://www.kormany.hu/download/5/23/f0000/Eg%C3%A9szs%C3%A9ges%20Magyarorsz%C3%A1g%202014%E2%80%932020%20Magyar%20K%C3%B6zl%C3%B6ny.pdf> (31.03.2017. date last accessed)
25. Moravcsik-Korniyicki Ágota, Daragó László, Kósa Karolina. Egészségügyi adatok minőségbiztosítása: jogszabályi kötelezettség vagy eszköz a társadalmi fejlődés elősegítésére. [Quality assurance of health data: legislative obligation or asset in the promotion of social development] *DEMOGRÁFIA*. 2014; 57:(2-3)pp. 213-225.
26. National Research Council and Institute of Medicine of the National Academies: Children’s Health, the Nation’s wealth (assessing and improving child health), THE NATIONAL ACADEMIES PRESS, Washington, D.C.
27. 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet - a várandósgondozásról.

**Correspondence author:**

Ágota Moravcsik-Kornyicki  
University of Debrecen Faculty of Health  
Department of Health Methodology and Public Health  
2-4. Sóstói Street, Nyíregyháza, Hungary  
Phone: +36 42 404 411/78186  
Fax: +36 42 408 656  
E-mail: kornyicki.agota@foh.unideb.hu;

**Moravcsik-Kornyicki Ágota:**

A szerző 1986. október 12-én született Kárpátalján. Jelenleg a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Védőnői Módszertani és Népegészségtani Tanszék tanársegédje. 2008-ban védőnői, 2010-ben okleveles népegészségügyi szakember – egészségfejlesztési szakirányú diplomát szerzett. A Debreceni Egyetem Egészségtudományok Doktori Iskola abszolutóriumot szerzett doktorjelöltje. Kutatási területe: A sérülékeny csoportok (várandósok, gyermekek, romák) egészségi állapotának vizsgálata.

**Dr. Kósa Zsigmond**

Főiskolai tanár, a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Védőnői Módszertani és Népegészségtani Tanszék tanszékvezetője. Kutatási területe: A halandóság területi különbségeinek vizsgálata, morbiditási adatgyűjtési program kidolgozása, a teletszerű körülmények között élők egészségmagatartása, a teletszerű körülmények között élő iskoláskorúak egészségmagatartása, a bevándorlók egészségügyi ellátása. A Debreceni Egyetem Egészségtudományok Doktori Iskolájának akkreditált témavezetője.

**Jávorné Dr. Erdei Renáta**

A Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Védőnői Módszertani és Népegészségtani Tanszék adjunktusa. Kutatási területe: Életminőség, szubjektív egészség, egészségmagatartás, egészség és egészségegyenlőtlenség vizsgálata.

**Gyulai Anikó**

A Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Védőnői Módszertani és Népegészségtani Tanszék tanársegédje. Kutatási területe: Méhnyakszűrés hatékonyságának növelése, méhnyakrák megelőzés, teletszerű körülmények között élő gyermekek egészségmagatartása, életmódja.

**Dr. János Sándor**

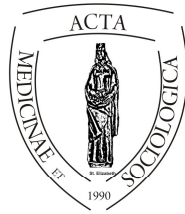
Egyetemi docens, a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar, Biostatistikai és Epidemiológiai Tanszék tanszékvezetője. Kutatási területe: Nem fertőző beteg-

ségek etiológiáját, prevencióját, ellátás-hatékonyságát értékelő elsősorban ritka betegségekkel és területi különbségekkel kapcsolatos epidemiológiai, monitorozás jellegű vizsgálatok. A Debreceni Egyetem Egészségtudományok Doktori Iskolájának törzstagja.

**Dr. Kósa Karolina**

Egyetemi docens, a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar Magatartástudományi Intézetének intézetigazgatója, a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Karának stratégiai dékánhelyettese. Kutatási területe: Az egészség egyéni és kontextuális determinánsai; egészségi egyenlőtlenségek, kisebbségek egészségi állapota, fiatalok egészsége és magatartása. A Debreceni Egyetem Egészségtudományok Doktori Iskolájának törzstagja.

UNIVERSITY  
OF DEBRECEN  
  
FACULTY OF  
HEALTH  
NYÍREGYHÁZA



ACTA  
MEDSOC  
VOLUME 8.  
2017

# Életminőség, betegségteher és hozzátartozó terhe a neuropszichiátriai tünetek tükrében neurokognitív zavarokban

Majer Réka<sup>1</sup>, Csiba László<sup>2</sup>, Kardos László<sup>3</sup>, Frecska Ede<sup>1</sup>,  
Hortobágyi Tibor<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar, Pszichológia Tanszék, Nyíregyháza

<sup>2</sup> Debreceni Egyetem Klinikák Központ, Neurológiai Klinika, Debrecen

<sup>3</sup> Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet, Klinikai Farmakológiai,  
Infektológiai és Allergológiai Intézet, Debrecen

<sup>4</sup> Debreceni Egyetem, Általános Orvosi Kar, Patológiai Intézet,  
Neuropatológiai Tanszék; Debrecen

## **Absztrakt.**

**Háttér és cél.** Kutatásunk tárgya annak vizsgálata volt, hogy a neurokognitív zavarokban szenvedő betegek neuropszichiátriai tünetei milyen kapcsolatban vannak a betegek életminőségével, a betegség terhével, a napi aktivitás károsodásával, és a hozzátartozó terhével.

**Módszer.** Kutatásunkban a Debreceni Egyetem Klinikai Központ Neurológiai Klinikáján és Pszichiátriai Klinikáján gondozott demens betegek neuropszichológiai vizsgálatát végeztük el (n=131). A neuropszichológiai vizsgálat a következő módszerekből áll: MMSE, ADAS-Cog, NPI, WBI-5, IIRS, ADL I-II. Az eredmények elemzése standard statisztikai vizsgálatokkal történt.

**Eredmények.** Kimutattuk, hogy a neurokognitív zavarban szenvedő betegek körében nagyon magas az NPS tünetek előfordulási gyakorisága és súlyossága, és erős szignifikáns kapcsolatot találtunk ezek és az életminőség, betegségteher közt. Emellett szignifikáns összefüggést találtunk számos tünet és a hozzátartozó terhe közt.

**Következtetések.** A magatartási és pszichés tünetek jelentős részei a demens betegek tüneti képeznek, meghatározzák a betegek életminőségét, és hozzájárulnak a hozzátartozó terhének alakulásához, ezért szükséges ebben az irányban további vizsgálatokat végezni a jobb edukálás érdekében, melynek végső célja, hogy a beteget hosszabb ideig saját otthonában, családjá körében lehessen tartani.

#### **Rövidítések**

- NPS=neuropszichiátriai tünetek
- WHO Jól-lét Index rövidített változata=WBI-5
- Betegségteher Index=IIRS
- Mini Mentál teszt=MMSE
- Alzheimer Értékelős Skála-kognitív skála= ADAS-Cog
- Neuropszichiátriai mérőskála=NPI

*Kulcsszavak:* demencia, Alzheimer-kór, vaszkuláris demencia, magatartási és pszichés tünetek, neuropszichiátriai tünetek, neurokognitív zavarok

#### **Abstract. Quality of life, illness intrusiveness and burden of relatives regarding to neuropsychiatric symptoms and neurocognitive disorders.**

**Background and objectives.** The subject of our research was to discover the correlation of neuropsychiatric symptoms of neurocognitive disorder patients to quality of life, illness intrusiveness, and deterioration of everyday activity and burden of relatives of patients.

**Method.** In our research we carried out neuropsychological examinations on dementia patients nursed in Neurology and Psychiatry of Medical Centre of University of Debrecen (n=131). Neuropsychological examination consists of the following methods: MMSE, ADAS-Cog, NPI, WBI-5, IIRS. Analysis of results was made by statistical observations.

**Results.** We discovered high frequency and seriousness appearance of NPS symptoms in neurocognitive disorder patients, and we found strong significant correlation of them and among quality of life, illness intrusiveness and deterioration of everyday activity. Moreover we discovered significant connection between burden of relatives and number of symptoms.

**Conclusions.** Behaviour and psychic symptoms are significant parts of symptomatic image of dementia patients, they determine the patients' quality of life, and contribute to the burden of relatives; therefore further examinations should be measured for better education, because the ultimate objective of this is to stay patients in their own flat in the midst of their family.

*Keywords:* Dementia, Alzheimer's disease, vascular dementia, behaviour and psychic symptoms, neuropsychiatric symptoms, neurocognitive disorders



A demencia a 21. század legkritikusabb demográfiai kihívása, mivel a magas életkor a demencia legfőbb rizikófaktora. (WHO Alzheimer's Association, 2010). A WHO előrejelzése szerint 2050-re a világ népességéből 2 milliárd ember lesz 60 év feletti. Világszerte évi 8 millió új demens esetet diagnosztizálnak, ami 4 másodpercenként jelent egy új demens beteget. 2050-re már évi 25 millió új demens beteget jósolnak. Az esetszámok gyors növekedése azonnali cselekvést tesz szükségessé, főleg az alacsony és közepes jövedelmű országok esetében. 2013-ban több mint 15 millió családtag és gondozó közel 17,7 milliárd órányi ellátást nyújtott demens betegnek, melynek kifizetett értéke több mint 220 milliárd dollár. A betegséggel járó költségeket évi 604 millió dollárra becsülik, ami a meghaladja a globális GDP 1%-t. Ezért a demencia nem csak a beteg, a családja, és szűkebb környezetének problémája, hanem társadalmi probléma, gazdaságilag és szociálisan egyaránt. (Alzheimer's Association, 2014)

A költségek szempontjából a legnagyobb problémát a neurokognitív zavarokban a neuropszichiátriai tünetek (továbbiakban NPS) jelentik (Lyketsos, Carrillo és munkatársai, 2011). Ide tartozik az agitáció, agresszió, irritabilitás, aktivitászavarok, gátlástalan viselkedés, hangulatzavarok, szorongásos-zavarok, hallucinációk, téveszmék, alvászavarok, étvágyzavarok. Az NPS tünetek a betegség bármely szakaszában előfordulhatnak változó gyakorisággal és súlyossággal. Az NPS tünetek fontosságát az adja, hogy nem megfelelő kezelés esetén siettetik a betegség progresszióját, rontják a napi aktivitást, csökkentik az életminőséget, növelik az egészségügyi ellátás igénybevételét, ezáltal növelik a költségeket és felgyorsítják az idősek otthonába kerülést (Cooper, Sommerlad, és munkatársai, 2015).

A nemzetközi Alzheimer Szövetség, 2010-ben kerekasztalt hívott össze, melynek célja és témája a neuropszichiátriai tünetek voltak, és előrevetítették a kutatások irányvonalát, mind a gyógyszerfejlesztések, mind az egyéb tudományterületek tekintetében (Lyketsos, Carrillo, és munkatársai, 2011). Az irodalmi adatok szerint a korábban másodlagosnak tartott tünetcsoport sokkal nagyobb hangsúlyt kap a beteg életminősége szempontjából, és fontos meghatározója a beteg distresszének, a gondozó terhének és a betegség kimenetének. (McKeith, Cummings, 2005)

Egy 2016-ban megjelent áttekintő tanulmány (Feast, Orrell, és munkatársai, 2016) rávilágított arra, hogy a demenciához társuló NPS tünetek milyen nagy hangsúlyt kapnak a mindennapi életvitel során. Mind a beteg mind a hozzátartozó pszichés jól-létét és életminőségét nagyban meghatározza. A tanulmány azt hangsúlyozta, hogy a hozzátartozó számára a beteg már évekkal a fizikai halála előtt személyiségében meghal, elkerülhetetlenül elveszíti identitását, gyerek szerepbe esik vissza. A beteg passzív, érdektelen, motiválatlan. Az ezekből adódó szituációs problémák sokszor növelik az agressziót. Emellett megjelenik a

nemi és szociokulturális normáknak az áthágása, ami miatt nő a kirekesztettség, elszigetelődés.

A demenciákhoz tartozó kognitív tünetek megkülönböztetése, felismerése és a súlyosság detektálása a klinikus számára egyszerűbb feladat, mint az egyéb tünetek felismerése és kezelése. Részben ezért is ezek nagyobb figyelmet kaptak mind a klinikusok mind a kutatók részéről. Az NPS tünetek sokáig a gerontopszichiátria elhanyagolt területének számítottak. Holott egy tesztelési és gondozási stratégia kidolgozása nagyon sürgős és hasznos lenne az NPS tünetek megelőzésében és kezelésében. Szükségessé vált egy olyan nem gyógyszeres megközelítés kidolgozása és alkalmazása, mely megkönnyíteni a demens betegek gondozását a mindennapokban, a beteg és a hozzátartozó számára egyaránt. (Gitlin, Piersol és munkatársai, 2016)

Az NPS tünetek jelentőségét az adja, hogy nagyban megnöveli a morbiditást és a mortalitást. Az egyensúlyzavar, esések, inkontinencia, táplálkozási és alvászavarok mind okai, mind következményei lehetnek a NPS tüneteknek. Egyensúlyzavarok, esések az agitált magatartás részeként fordulnak elő, akár 35-40%-os gyakorisággal. Vazoregulációs és vegetatív zavarokra vezethetők vissza. Az inkontinencia igen gyakori. A szfinkter kontroll centrális zavarát a cinguláris és a prefrontális cortex diszkonnekciója okozhatja és szinte minden demenciaformában gyakori. Az inkontinenciaproblémák másodlagos esésekhez vezethetnek, fürdőszobába sietés stb. Társuló szövődmény az infekciók, fájdalom. A demens betegek 12-50%-a táplálkozási nehézségekkel küszködik. Évente 4%-os súlyvesztés jósolható meg. Ez igen fontos mortalitási prediktor. Az alvászavarok gyakorisága a demencia súlyosbodásával nő (13-40%). A leg-súlyosabb esetekben a napi cirkadián ritmus teljes felborulás következik be (Kálmán, Kálmán, Pákáski, 2008).

Azok a személyek, akik NPS tünetekkel élnek izolációt, félelmet, csökkent életminőséget, megnövekedett morbiditást és mortalitást tapasztalnak és megnövekednek az egészségügyi költségeik (Clare, Rowlands és munkatársaik, 2008).

Kutatásunk hosszú távú célja egy olyan stratégia kidolgozása, mely hosszú távon segítséget és támogatást nyújthat a neurokognitív zavarban szenvedő betegeknek és hozzátartozóiknak. Ennek a kidolgozásának az első lépése egy keresztmetzeti vizsgálat hazai mintán a neuropszichiátriai tünetek felmérésére és az ehhez kapcsolódó életminőség, betegségteher és hozzátartozói teher felmérésére.

## Minta és módszerek

A vizsgálatba a Debreceni Egyetem Klinikák Központ Pszichiátriai Klinika Gerontopszichiátriai és a Neurológiai Klinika Demencia szakrendelésén 2013 február és 2015 április közt első alkalommal megjelent demens betegekbe válogattunk be. A vizsgálatba azok a betegek kerülhettek be, akik a házi orvosuk beutalása által első alkalommal jelentek meg a szakrendelésen, saját otthonukban éltek, nem intézetben, és a megjelenés alkalmával velük volt egy hozzátartozó is. Kizárási kritérium volt a krónikus depresszió, látás és/vagy hallászavar, egyéb pszichiátriai betegség. A vizsgálatokat a beteggel és a hozzátartozóval közösen végeztük el. A betegek és a hozzátartozók a vizsgálat megkezdése előtt szóbeli tájékoztatásban részesültek, és beleegyező nyilatkozatot írtak alá. A vizsgálatba összesen 131 beteg került be, átlagéletkor 77 év, SD=8,3. Ebből 48 férfi, átlagéletkor: 74 év SD=9,12, és 83 nő, átlagéletkor: 78,77, SD=7,31. A nemek és az életkorok tekintetében nincs szignifikáns különbség,  $p>0,05$ .

A betegek vizsgálata a hozzátartozóval együtt történt. A vizsgálat elején átbeszéltük az anamnézist a hozzátartozóval, majd a NPS tünetek, az életminőség, a betegségteher felmérése a hozzátartozóval együttműködve történt. Ezután a beválasztott betegekkel egy részletes neuropszichológiai vizsgálatot végeztünk. A vizsgálat időtartama megközelítőleg 45-50 percet vett igénybe.

A betegeket az anamnézis, a vizsgálati eredmények, a képalkotó vizsgálatok eredményei és a szakorvos javaslata alapján 3 csoportba soroltuk, aszerint, hogy milyen típusú demenciáról beszélhetünk. A három csoport az Alzheimer csoport, a vaszkuláris csoport és a kevert csoport.

A vizsgálatban a következő módszereket használtuk. A demográfiai adatok (születési idő, családi állapot, gyerekek száma, iskolai végzettség, foglalkozás), és a részletes anamnézis felvételét követően a következő tesztek használtak:

- WHO Jól-lét Index rövidített változata (Well-Being Index, továbbiakban WBI-5): A Jól-lét Skála az egyik leggyakrabban használt mérőeszköz, amelyet a pszichológiai jól-lét önértékelésen alapuló mérésére használnak a klinikai vagy a követéses vizsgálatokban. WHO Általános Jól-lét Skálájának 5 tételes változata a személyek általános közérzetéről kíván információt nyújtani az elmúlt kéthetes időszak alapján. (Susánszky, Konkoly és munkatársai, 2006)
- Betegségteher Index (Illnes Intrusiveness Rating Scale, továbbiakban IIRS): Devins és munkatársai által kifejlesztett rövid kérdőív a betegségteher mérésére szolgál. 13 itemet tartalmaz, 1-7 között terjed az itemek pontozása. A magasabb pontszám nagyobb betegségterhet jelent. A koncepció értelmében a betegség a beteg egyén számára fontos tevé-

kenységek korlátozása révén hat az életvitelére és az életminőségre, ezt nevezzük betegségtehernek. (Novak, Mah és munkatársai, 2005)

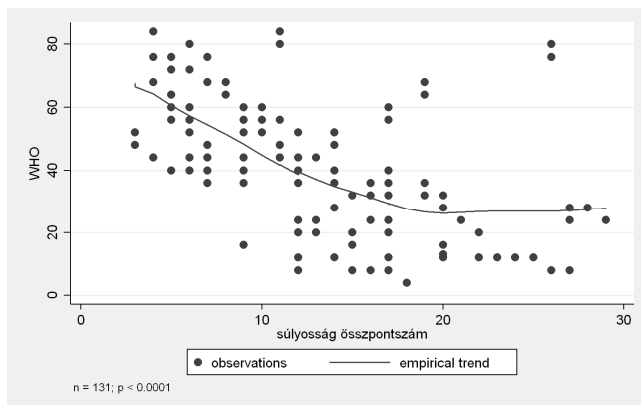
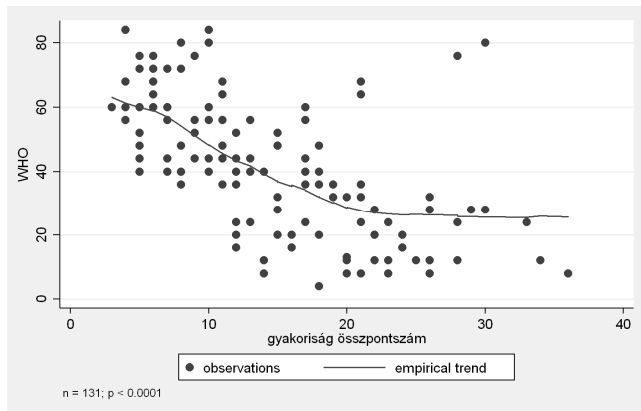
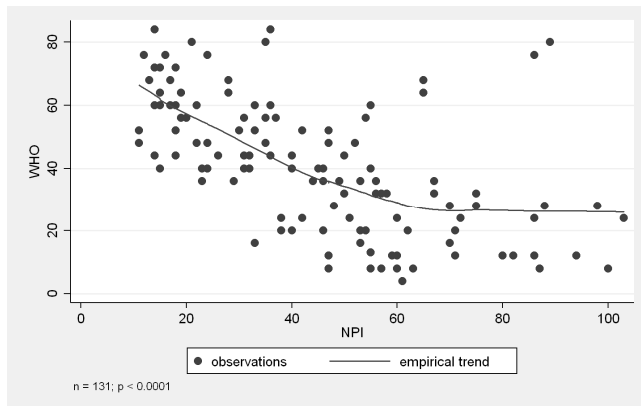
- Mini Mentál teszt (Mini Mental Scate Examination, továbbiakban MMSE) Mini Mental State a nemzetközi gyakorlatban legelterjedtebb gyors kognitív szűrővizsgálat. (Folstein, Folstein, McHugh, 2002)
- Alzheimer Értékelős Skála-kognitív skála (Alzheimer Disease Assessment Scale-Cognitive Test, továbbiakban ADAS-Cog): Az egyik leggyakrabban használt kognitív mérőskála az Alzheimerrel-kapcsolatos klinikai diagnosztikus munka és kutatás során. 12 altesztből épül fel, melyek alapján megbízhatóan alkalmazható a betegek diagnosztikája, állapot-meghatározása és nyomon követése során. Bár a tesztet elsősorban az Alzheimerben használják, a próbák általánosíthatósága miatt széles körben elterjedt más oki hátterű demenciákban is. (Rosen, Mohs és Davis, 1984, és Pákáski, Drótos és munkatársai, 2012)
- Neuropszichiátriai mérőskála (Neuropsychiatric Inventory, továbbiakban NPI): Cummings, Mega és munkatársai, 1994). Az NPI tizenkét kérdés-csoportból áll, melyet a gondozóval történő interjú alapján tölt ki a kezelőorvos. Klinikai farmakológiai vizsgálatokban gyakran használják a farmakoterápia hatékonyságának megítélése céljából. Három dimenzióban vizsgál 12 tünetet, a tünet gyakorisága, a tünet súlyossága és a hozzátartozó terhe szempontjából. A felvétele kb. 10-15 percet vesz igénybe.

Az adatok kezeléséhez és elemzéséhez a Stata (StataCorp. 2009. Stata Statistical Software: Release 11. College Station, TX StataC) statisztikai programot használtuk. A változók elemzése anonimizált formában, kódok segítségével történt. Az adatok elemzése során  $p < 0,05$  tekintettük szignifikáns különbségnek. Az adatok elemzéséhez a következő módszereket használtuk: ANOVA, Kruskal-Wallis próba, Fisher egzakt teszt, Pearson-féle khi négyzet próba.

## Eredmények

A kognitív funkciók mérésére használtuk a MMSE tesztet és az Adas-Cog-ot. A MMSE átlagpontszám 17,3 +/- 5,69. Az Adas-Cog átlagpontszáma 39,64 +/- 14,15.

Az NPS tünetek vizsgálatára az NPI skálát használtuk. A kérdőív esetében vizsgáltuk az összpontszámokat és az egyes tüneteket is. Az NPI átlaga 44,09 +/- 22,73. NPI gyakoriság átlaga 14.58 +/-7.55. NPI súlyosság átlaga 12.87 +/-6.42.



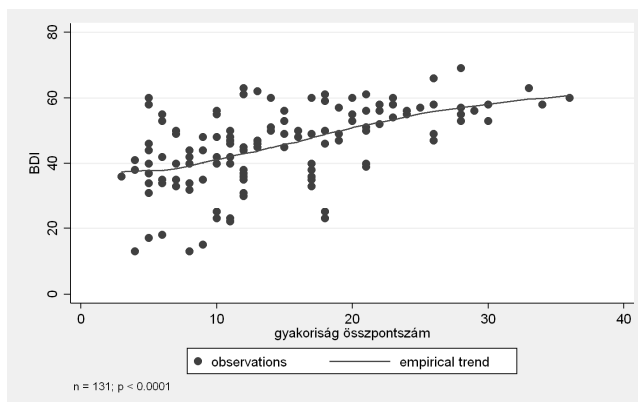
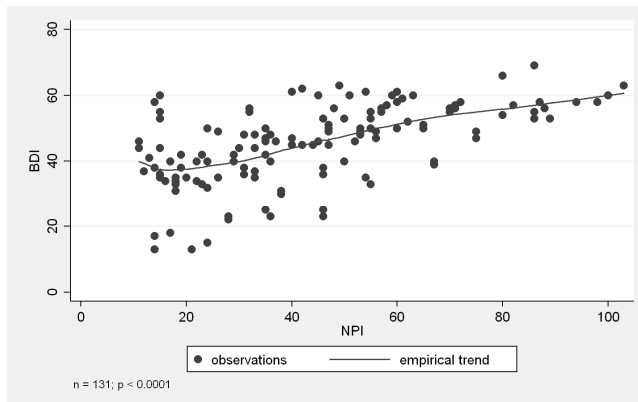
1. ábra. Az életminőség és a neuropszichiátriai tünetek.

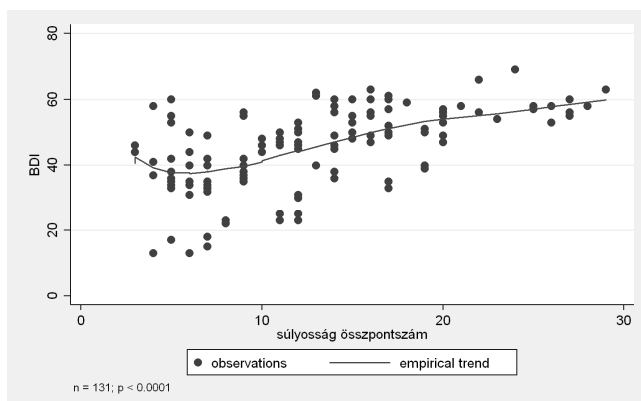
### Életminőség és a neuropszichiátriai tünetek

A WBI-5 átlaga 40, 55  $\pm$  21,1. Az életminőség az NPI összpontszámmal, a súlyossággal és a gyakorisággal erős szignifikáns összefüggést mutat (1. számú ábra) Minden esetben a  $p < 0,001$ , mely alapján az NPS tünetek romlásával csökken a beteg életminősége.

### Betegségteher és a neuropszichiátriai tünetek

A IIRS átlaga 45,49  $\pm$  11,96. A három csoport közt nincs szignifikáns különbség,  $p > 0,05$ . A betegségteher mind az NPI összpontszámmal, mind a súlyosság és gyakoriság mutatóval erős szignifikáns kapcsolatot mutat,  $p < 0,001$  (2. ábra), mely alapján az NPS tünetek változásával nő a betegség pszichés terhe.

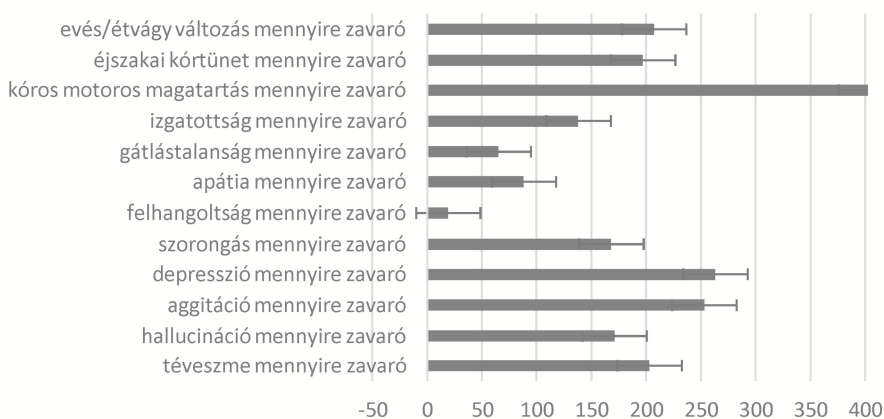




2. ábra. A betegségteher és a neuropszichiátriai tünetek.

### A hozzátartozó terhe és a neuropszichiátriai tünetek

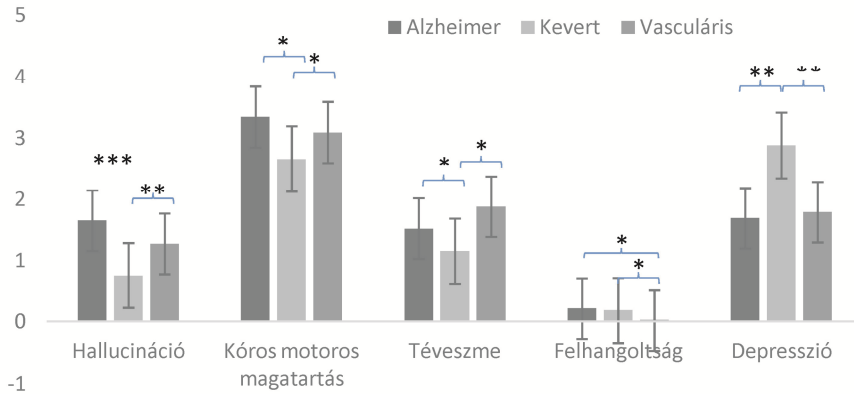
A hozzátartozó terhének mértékét az NPI teszt hozzátartozó terhének mutatója alapján mértük, ezt a továbbiakban zavaró faktornak nevezzük. Az adatok alapján a legmagasabb pontszámot a kóros motoros magatartás, depresszió, agitáció, evés-étvágy változás, téveszme, éjszakai kórtünetek érték el (3. ábra).



3. ábra. NPI teszt hozzátartozó terhének mutatója.

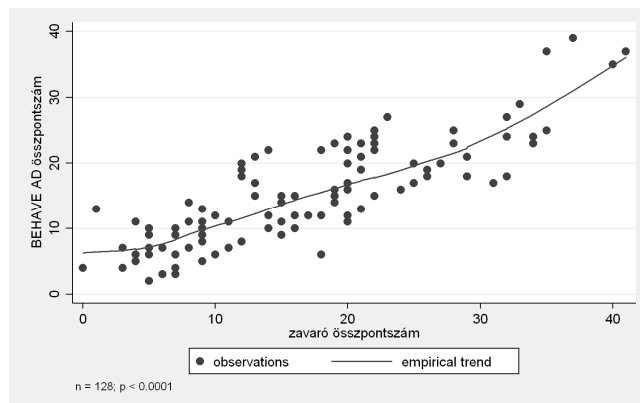
Mivel az összpontszámok tekintetében nem találtunk szignifikáns eltérést, megvizsgáltuk, hogy a tüneteket egyesével nézve van-e csoportok közti különbség. Azoknál a tünetek esetében, ahol az előfordulási gyakoriság és/vagy súlyosság

szignifikáns eltérést mutatott a három csoport közt, szignifikáns eltérést tapasztaltunk a zavaró faktor esetében is (4. számú ábra). Hallucináció zavaró faktor,  $p=0,0013$ . Kóros motoros magatartás zavaró faktor,  $p=0,0258$ . Téveszme zavaró faktor,  $p=0,023$ . Felhangoltság zavaró faktor,  $p=0,021$ . Depresszió zavaró faktor,  $p=0,0106$ .

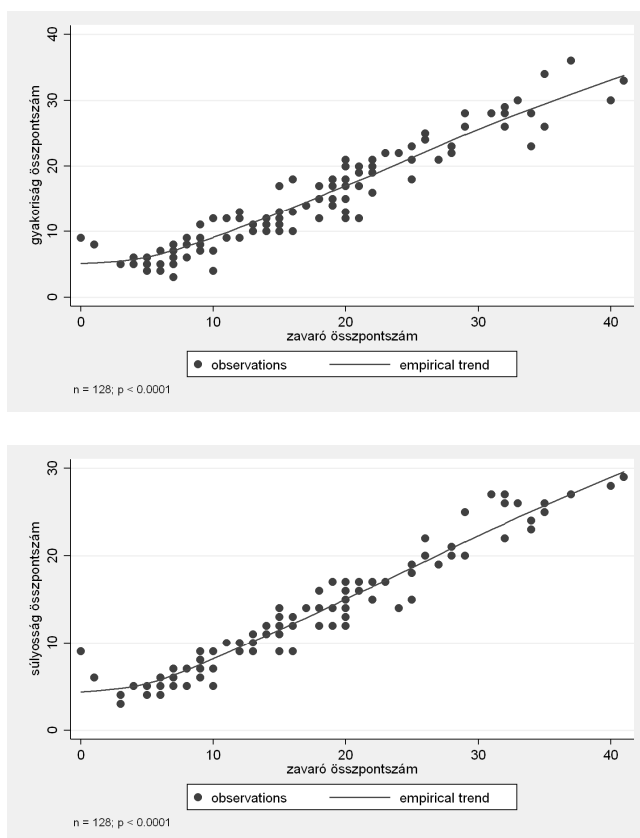


4. ábra. A hozzátartozó terhek szignifikáns eltérései.

Megvizsgáltuk azt is, hogy a hozzátartozó terhek mutatója milyen kapcsolatban van az NPS tünetek összpontszámával, a súlyossággal és a gyakorisággal. Mindhárom esetben erős szignifikáns összefüggést láttunk  $p<0,001$ , mely alapján az NPS tünetek gyakoribbá válásával és súlyosbodásával nő a hozzátartozó terhe (5. ábra).







5. ábra. Neuropszichiátriai tünetek és a hozzátartozó terhe.

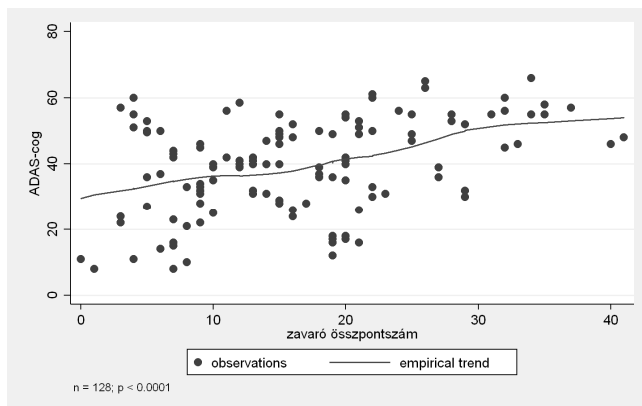
#### Hozzártartozó terhe és a kognitív funkciók kapcsolata

Megvizsgáltuk azt is, hogy a kognitív funkciók és az NPS tünetek közt milyen összefüggések vannak. A kognitív funkciót mérő eljárás és a zavaró mutató összpontszáma közt erős szignifikáns kapcsolat van,  $p < 0,001$ , mely alapján a kognitív funkciók rosszabbodásával nő a hozzátartozó terhének mértéke (6. ábra).

## Megbeszélés

Az NPS tünetek jelentős szenvedést és rossz életminőséget okoznak, mind a betegeknek mind a hozzátartozóknak (Ryu, Ha és munkatársai, 2011). Általános

egyértés van abban a tekintetben, hogy minden betegnél megjelennek az NPS tünetek. Már a kognitív tünetek korai szakaszában is 35-85% a tünetek becsült megjelenési átlaga (Monastero, Mangialasche és munkatársai, 2009). Családi közösségben 56-98%, míg intézeti elhelyezés esetén 91-96% az előfordulási gyakoriság. A betegek 50%-ánál több mint 4 tünet egyszerre jelenik meg (Frisoni, Rozzini és munkatársai, 1999).



6. ábra. A kognitív funkcióinak romlása és a hozzátartozó terhe.

Az NPS tünetek erős hatással vannak mind fizikálisan mind pszichésen a gondozóra. A gondozási idő és distressz jelentős része valamilyen NPS tünet miatt van (Ballard, Neill és munkatársai, 2000), és ez az egyik legfőbb oka a korai intézménybe kerülésnek (Chan, Kasper és munkatársai, 2003). Az ápolási otthonba való elhelyezés jelentős költségnövekedést okoz az egyéb ápolási költségek mellett (Beerl, Werner és munkatársai, 2002). A gondozó számára a legmegterhelőbb a pszichotikus tünetek és a bomlasztó viselkedésformák, pl, agresszió, agitáció stb. (Miyamoto, Tachimori, Ito, 2010). A hozzátartozó teher alapján saját mintánkban a legnagyobb teher a kóros motoros magatartás, depresszió, agitáció, étvés-étvágy változása, téveszme esetében jelent meg. Ezek az eredmények összhangban vannak számos korábban publikált kutatási eredményekkel is (Lanaro, Amenta, és munkatársai 2006).

A hozzátartozó pszichésen és szomatikusan dekompenzálódik, saját fizikális és mentális egészsége romlik, gyengülnek a megoldási képességek és stratégiák (Rabins, Mace, Lucas, 1982). A leggyakoribb tünetek a fáradtság, alvászavar, étvágyzavar, hangulati labilitás, irritabilitás (Mittelman, Roth és munkatársai, 2004). Ezek a tünetek gyakran önmagukban is kezelést igénylenek.

Az életminőség, betegségteher és a neuropszichiátriai tünetek tekintetében erős szignifikáns összefüggést találtunk, mely összhangban van a szakirodalmi

adatokkal, bár kevés olyan vizsgálat történt, hol a betegek életminőségét és betegségterhét mérték. A legtöbb esetben a hozzátartozó, vagy ápoló személyzet életminősége és terhe volt a kutatások középpontjában. Banerjee és munkatársai, egy 2006-os 101 demens beteget vizsgáló kutatásban arra a következtetésre jutottak, hogy a neuropszichiátriai tünetek háromszor olyan erős kapcsolatban vannak az életminőséggel, mint a kognitív tünetek (Banerjee, Smith és munkatársai, 2006). Egy 2006-os brit kutatás hasonló eredményekkel zárult, és külön kiemelték, hogy a depresszió és szorongás szintje erősen korrelál az életminőség mutatókkal (Hoe, Hancock és munkatársai, 2006). Hurt és munkatársai 2008-as kutatásukban, melyben 46 demens beteg és 116 hozzátartozó vizsgálata történt meg azzal a céllal, hogy megnézzék az NPS tünetek és az életminőség összefüggéseit, arra a következtetésre jutottak, hogy az NPS tünetek mind a betegek mind a hozzátartozók esetében negatívan kapcsolatban állt az életminőséggel és a betegségterhettel (Hurt, Bhattacharyya és munkatársai, 2008).

## Konklúziók

Kutatásunk fő célja az volt, hogy felmérjük a neurokognitív zavarban szenvedő betegek neuropszichiátriai tüneteit és ezek kapcsolatát különböző életminőség mutatókkal. Tudomásunk szerint ez az első ilyen irányú vizsgálat Magyarországon. A felmérés igényét az jelentette, hogy a demencia kutatások elsősorban erre a tünetcsoportra fókuszálnak a megfelelő és hatékonyabb gondozás és a jobb erőforrás-kihasználás érdekében. Kutatási eredmények igazolják (Orrell, Hancock és munkatársai, 2008), hogy a hosszabb ideig saját otthonban tartózkodás, pozitív hatással van a beteg prognózisára, életminőségére, ezért az irányvonal ennek a biztosítása, melyhez az első lépés a problémafelmérés.

A demens betegek ellátásának legfőbb elve, hogy a demens beteg számára folyamatosan a biztonság és a kényelem érzését, az élethelyzet feletti kontroll élményét és élvezetét, valamint a különböző stresszhelyzetek minimalizálást kell elérnünk a demencia állapot súlyosságának megfelelő pozitív stimulációs hatások fenntartása mellett (Brodaty, Green, Koschera, 2003). A tapasztalatok azt mutatják, hogy a stresszhelyzetek nagy része a demens betegek életében kiküszöbölhető lenne, ha a gondozónak pontosabb ismeretei lennének a betegség lefolyásával kapcsolatban. Ehhez nagyban hozzájárulhatnak kutatási eredményeink, hiszen számos olyan irányvonal rajzolódik ki belőle, amely megszabhatja egy későbbi cselekvési terv irányvonalát. A nem farmakológiai kezelés alappillére a demens betegek emocionális érzékenysége, ami még súlyos esetben is megtartott lehet. (Magai, Cohen, Gomberg, 2002). Ennek megfelelően a betegek szinte hibátlanul tudják kódolni a non-verbális kommunikációs jeleket és ezt az adott-

ságukat ki lehet használni a megfelelő gondozási magatartás kialakítása során. (Cohen-Mansfield, Mintzer, 2005). Folyamatosan törekedni kell a nyugodt környezet kialakítására, rugalmas gondozói magatartás mellett (Ayalon, Gum, és munkatársai, 2006).

A fenti gondozási elvek alapján egyértelműen kirajzolódik, hogy neurokognitív zavarban szenvedő betegek ellátása során egy komplex szemlélet kialakítására van szükség, ahol az orvos, a beteg, a hozzátartozó/gondozó, és az egyéb segítő szakemberek teamet alkotva segítik a betegséggel való együttélést. Emiatt is kiemelten fontos a neuropszichiátriai tünetek tisztázása és a folyamat monitorozása, követése. Kutatásunk az első lépése egy olyan komplex gondozási program kidolgozásának, melyben fontos szerepet kap a hozzátartozó. Ennek első szakasza volt az NPS tünetek felmérése, azzal a céllal, hogy jobb és pontosabb edukációt tudjunk nyújtani a betegnek és családjának. Fel tudjuk őket képezni, milyen tünetek/életviteli nehézségek várhatóak, mi az, ami ennek a betegségnek a része, és mely tünetre kell fokozottabban figyelni.

## Irodalomjegyzék

1. Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dementia*. 2010 Mar; 6 (2):158-94.
2. Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dementia*. 2014 Mar; 10 (2):47-92.
3. Ayalon L, Gum AM, Feliciano L, Areán PA (2006): Effectiveness of nonpharmacological interventions for the management of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia: a systematic review. *Archives of Internal Medicine* (166), 20: 2182-2188.
4. Ballard C, Neill D, O'Brien J, McKeith IG, Ince P, Perry R (2000): Anxiety, depression and psychosis in vascular dementia: prevalence and associations. *Journal of Affective Disorder* (59), 2: 97-106.
5. Banerjee S, Smith S C , Lamping D L, Harwood R H, Foley B, Smith P, Murray J, Prince M, Levin E, Mann A, Knapp M (2006): Quality of life in dementia: more than just cognition. An analysis of associations with quality of life in dementia. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry* (77), 2: 146–148.
6. Beeri MS, Werner P, Davidson M, Noy S (2002): The cost of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in community dwelling Alzheimer's disease patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry* (17), 5:403-408.

7. Brodaty H, Green A, Koschera A (2003): Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society* (51), 5: 657-664.
8. Chan DC, Kasper JD, Black BS, Rabins PV(2003). Presence of behavioral and psychological symptoms predicts nursing home placement in community-dwelling elders with cognitive impairment in univariate but not multivariate analysis. *Journal of Gerontology A Biological Science Medical Science* (58), 6: 548-554.
9. Clare L, Rowlands J, Bruce E, Surr C, Downs M (2008). The experience of living with dementia in residential care: an interpretative phenomenological analysis. *Gerontologist* (48),6 :711-720.
10. Cohen-Mansfield J, Mintzer JE (2005) Time for change: the role of nonpharmacological interventions in treating behavior problems in nursing home residents with dementia. *Alzheimer Disease Association Disorder* (19), 1:37-40.
11. Cooper C, Sommerlad A, Lyketsos CG, Livingston G (2015). Modifiable predictors of dementia in mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry* (172), 4: 323-334.
12. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J (1994). The Neuropsychiatric Inventory Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* (44),12: 2308-2314.
13. Feast A, Orrell M, Charlesworth G, Melunsky N, Poland F, Moniz-Cook E (2008). Behavioural and psychological symptoms in dementia and the challenges for family carers: systematic review. *The British Journal of Psychiatry* (208),5:429-434.
14. Folstein M, Folstein SE, McHugh PR (1975). “Mini-Mental State” a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research* (12), 3:189-198.
15. Frisoni GB, Rozzini L, Gozzetti A, Binetti G, Zanetti O, Bianchetti A, Trabucchi M, Cummings JL (1999). Behavioral syndromes in Alzheimer's disease: description and correlates. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorder* (10),2:130-138.
16. Gitlin LN, Piersol CV, Hodgson N, Marx K, Roth DL, Johnston D, Samus Q, Pizzi L, Jutkowitz E, Lyketsos CG (2016). Reducing neuropsychiatric symptoms in persons with dementia and associated burden in family caregivers using tailored activities: Design and methods of a randomized clinical trial. *Contemporary Clinical Trials* (49),11:92-102.
17. Hoe J, Hancock G, Livingston G, Orrell M (2006). Quality of life of people with dementia in residential care homes. *The British Journal of Psychiatry* (188), 5: 460-464.

18. Hurt C, Bhattacharyya S, Burns, Camus V, Liperoti R, Marriott A, Nobili F, Robert P, Tsolaki M, Vellas B, Verhey F, Byrne E.J (2008) Patient and Caregiver Perspectives of Quality of Life in Dementia. An Investigation of the Relationship to Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorder* (26),2: 138-146.
19. Kálmán J, Kálmán S, Pákási M (2008): Demenciákhoz társuló viselkedési és pszichés zavarok felismerése és kezelése antipszichotikumokkal: A CATIE-ad vizsgálat tanulságai. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* (10), 4: 233-248.
20. Lanaro A, Amenta F, Silvestrelli G, Tomaasoni D, Parnetti L (2006): Neurotransmitter deficit sin behavioural and psychological symptoms of Alzheimer's disease. *Mechanism of Ageing and Development* (127),2: 158-165.
21. Lyketsos CG, Carrillo MC, Ryan JM, Khachaturian AS, Trzepacz P, Amatniek,J, Miller DS (2011): Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *Alzheimers Dementia* (7), 5: 532-539.
22. Magai C, Cohen CI, Gomberg D (2002): Impact of training dementia caregivers in sensitivity to nonverbal emotion signals. *International Psychogeriatrics* (14),1: 25-38.
23. McKeith I, Cummings J (2005): Behavioural changes and psychological symptoms in dementia disorders. *Lancet Neurology* (4),11: 735-742.
24. Mittelman MS, Roth DL, Coon DW, Haley WE (2004): Sustained benefit of supportive intervention for depressive symptoms in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry* (161),5:850-856.
25. Miyamoto Y, Tachimori H, Ito H (2010): Formal caregiver burden in dementia: impact of behavioral and psychological symptoms of dementia and activities of daily living. *Geriatric Nursing* (31),4:246-253.
26. Monastero R, Mangialasche F, Camarda C, Ercolani S, Camarda R (2009): A systematic review of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment. *Journal of Alzheimers Disease* (18),1:11-30.
27. Novak M, Mah K, Molnar M, Ambrus Cs, Csepanyi G, Kovacs A, Vamos E, Zambo M, Zoller R, Mucsi I, Devins GM (2005): Factor structure and reliability of the Hungarian version of the Illness Intrusiveness Rating Scale: invariance across North American and Hungarian dialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research* (58),1:103-110.
28. Orrell M, Hancock GA, Liyanage KC, Woods B, Challis D, Hoe J (2008): The needs of people with dementia in care homes: the perspectives of users, staff and family caregivers. *Journal of International Psychogeriatrics* (20), 5: 941-951.

29. Pákási M, Drótos G, Janka Z, Kálmán J (2012): Az Alzheimer's Disease Assessment Scale kognitív alskála magyar verziójának validálása. *Orvosi Hetilap* (153),12: 461-466.
30. Rabins PV, Mace NL, Lucas MJ (1982): The impact of dementia on the family. *Jama* (248),3:333-335.
31. Rosen WG, Mohs RC, Davis KL (1984): A new rating scale for Alzheimer's Disease. *American Journal of Psychiatry* (141), 11:1356-1364.
32. Ryu SH, Ha JH, Park DH, Yu J, Livingston (2011): Persistence of neuropsychiatric symptoms over six months in mild cognitive impairment in community-dwelling Korean elderly. *International Psychogeriatrics*. (23), 2: 214-20.
33. Susánszky É, Konkoly TB, Stauder A, Kopp M (2006): A WHO-jóllét kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* (7), 3:247-255.

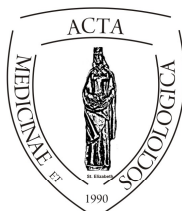
### **Majer Réka**

A Debreceni Egyetem Bölcsészstudományi Karán végzett alapképzésen viselkedéselemzőként, majd a Debreceni Egyetem Magatartástudományi Intézetében szerezte meg kitüntetéses Msc diplomáját, okleveles egészségpszichológusként. A diploma megszerzése után Phd képzésben folytatta tanulmányait a Debreceni Egyetem Pszichiátriai Klinikáján az Idegtudományi Doktori Iskola berkein belül, ahol a demenciával való együttélés lett fő kutatási területe. Ezzel egy időben tudományos munkássága mellett a szakmát a Debreceni Egyetem Onkológiai Klinikáján gyakorolta, ahol már 5. éve onkopszichológusként dolgozik. Emellett jelenleg a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karának tanársegédje.





UNIVERSITY  
OF DEBRECEN  
  
FACULTY OF  
HEALTH  
NYÍREGYHÁZA



ACTA  
MEDSoc  
VOLUME 8.  
2017

## Szülésznők munkával való elégedettségének vizsgálata

Gebriné Éles Krisztina<sup>1</sup>, Takács Péter<sup>1</sup>, Kósa Zsigmond<sup>1</sup>,  
Heinrichné Kőszegi Katalin<sup>1</sup>, Lampek Kinga<sup>2</sup>

1. Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar,  
2. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

**Absztrakt.** Az egészségügyi dolgozók munkával való elégedettségét az utóbbi években többen is kutatták, bemutatták, jelen tanulmány a szülésznők munkával való elégedettségével foglalkozik.

**Célkitűzés.** A vizsgálat célja, a szülésznők munkával való elégedettségének felmérése az iskolai végzettség függvényében.

**Anyag és módszer.** Keresztmetszeti vizsgálat önkitöltős kérdőív alkalmazásával, az ország 13 kórházában dolgozó szülésznők körében. A kérdőívet már korábban alkalmazták az ápolók körében végzett hasonló felmérések során. A kérdőívek feldolgozása Evasys rendszerben történt, az eredmények statisztikai elemzése SPSS 23.0 program segítségével zajlott.

**Eredmények.** A szülésznők összességében szeretik a hivatásukat, a munkakörülményeiket többnyire megfelelőnek tartják, segítik egymást a munkavégzés során, de személyes problémáikat kevésbé beszélik meg kollégáikkal, kapcsolatuk általában a munkavégzésre korlátozódik, csak kevés szülésznő találkozik tervezetten munkahelyén kívül munkatársaival. Mindezek ellenére a pályaszeretetének hátterében álló okok között a második helyen a jó munkatársi kapcsolatokat tartják fontosnak a szülésznők. A szülésznői végzettség függvényében („rég” OKJ végzettséget nem adó, OKJ, BSc képzés) nem találtunk szignifikáns eltéréseket a csoportok véleménye között. Hasonlóan vélekednek a

munkakörülményekről, a munkahelyi légkörről. A hiányosságok is azonos téren jelentkeznek a munkával való elégedettségre vonatkozó válaszok alapján.

**Következtetések.** A munkával való elégedettség többféle aspektusát figyelembe véve a szülésznők, függetlenül attól, hogy milyen iskolai végzettséggel rendelkeznek alapvetően elégedettek a munkakörülményeikkel, jó munkatársi kapcsolatokkal rendelkeznek. Munkahelyüktől, az alábbi téren szeretnének segítséget kapni: a továbbtanulás, a konferenciákon való részvétel munkáltatói támogatása, a dokumentációs terhek csökkentése, a gyógyszer-támogatás, a gyógyászati segédeszközök támogatása (pl.szemüveg). Igen fontosnak tartják a válaszadók, a dolgozói létszám emelését, és a bérkérdést kritikusnak tartják a szülésznők. A munkavégzés körülményeinek javítására vonatkozó javaslataik között, a béren kívüli juttatások, a munkaruha vásárlás támogatása szerepelt. Második helyen, a konferenciákon, szakmai továbbképzéseken való részvétel támogatása, valamint a közös szabadidős programok szervezését tartanák még fontosnak, ahhoz hogy a munkahelyi légkör javuljon.

*Kulcsszavak:* szülésznők, munkával való elégedettség, támogatottság

### **Abstract. Survey on the job satisfaction of midwives.**

Many researchers has already dealt with the work satisfaction of the health workers in recent years. This study focuses with the midwives's work satisfaction.

**Aim.** The aim of the authors is to survey the satisfaction with the work of midwives based on their qualification.

**Method.** The cross-sectional study using a self-administrated questionnaire among midwives, in 13 hospitals in the country. The questionnaire has already been used in similar survey conducted among nurses. The questionnaires were processed in Evasys system, the statistical analysis of the results was conducted by using SPSS 23.0 software.

**Results.** The midwives like their profession, their working conditions are mostly considered to be appropriate, they assist each other in the work, but personal problems are less discussed with their colleagues, their relationship is generally restricted to working, only a small number of midwives plan to meet their colleagues outside the workplace. Based on the midwifery degree course ("old" qualification, OKJ, BSc ) there were no significant differences in the opinion the groups. They regarded the working conditions and the work atmosphere similarly. On the basis of responses to satisfaction with work deficiencies appeared int he same field.

**Conclusion.** Based on various aspects of satisfaction with the work of the midwives, with or without education, are basically satisfied with their working conditions, have good employee relations. Midwives would like to get help from their workplace int he following area: support for the further education and the conference participation, reduce the burden of the documentation, support for the pharmaceutical subsidy, and medical devices (eg.glasses). Importent the respondents consider the increase in the number of employees and the wage issue is critical for the midwives. Their proposal for improving working conditions includ fringe benefits, and the support of buying work clothes. In the second place, in order to improve the working atmosphere the support participations at conferences, training courses and recreational programs are considered to be important for midwives.

*Keywords:* midwife, work satisfaction, support

## Bevezetés

Az egészségügyi dolgozók munkával való elégedettségét, a munkahelyi támogatottság mértékét már több neves szakember is vizsgálta, kutatta és publikálta hazánkban, az elmúlt évtizedben (Betlehem J. 2003, Németh A. 2010, Újváriné és mtsai. 2015). Ezen vizsgálatok az ápolók csoportjára fókuszáltak, a szülésznők a vizsgálatokba, mint egyéb egészségügyi dolgozók szerepeltek (Németh és Irinyi, 2011). Az általuk adott válaszokat külön nem elemezték a szerzők. Ezen a helyzeten szeretne változtatni a bemutatott kutatás.

### A szülésznők képzési és munkaügyi helyzete

A szülésznők az egészségügy speciális területén dolgoznak, ahol nemcsak a betegekkel, azok ápolásával és gondozásával kell foglalkozniuk, hanem egészséges várandósok, szülők, gyermekágyasok ellátását és gondozását is végzik. Munkájuk természetéből adódóan lényegesen több sikerélmény és pozitív visszajelzés éri/érheti őket a mindennapi munkavégzésük során. Ezen pozitív visszajelzések jelentősen megnövelhetik a munkával való elégedettségük mértékét, valamint ellensúlyozhatják a negatív stresszorok hatását, így a kiégés jelenségének kialakulásában, pozitív késleltető tényezőként szerepelhetnek.

A szülésznők létszáma az ápolói létszámhoz viszonyítva hazánkban lényegesen kisebb, ennek ellenére a szülésznők mindig is markáns képviselőik voltak az egészségügynek, szakmájuknak. A Magyar Ápolási Egyesület Szülésznői Szekciójának vezetősége, rendszeres időközönként felméri a kórházakban dolgozó szülésznők létszámát, végzettségi szintek szerinti bontásban. A legutóbbi felmérés 2015 májusában történt, melynek adatai alapján 1625 szülésznő dolgozik az ellátó rendszerben (1. táblázat).

Szülésznői végzettség	BSC	OKJ	Régi képzés	Összlétszám(orsz.) (tartósan távollevők:129)
Létszám(fő)	202	1132	319	1653
%-os megoszlás	12,22%	68,48%	19,30%	100%

(Forrás: Csetneki J. 2015).

1. táblázat: Szülésznői létszám adatok végzettségi szintek szerint.

Magyarországon a szülésznők jelenleg többféle szülésznői képesítéssel rendelkezhetnek. Az idősebb korosztály esetében OKJ-s végzettséget nem adó képzések zajlottak (10 hónapos, 1 éves, szakosító képzés keretében). Ezek a képzések az

1990-es évek elejére megszűntek és az 1994/95-ös tanévben elinduló szülésznő-képzés során már OKJ-s végzettséget szerezhettek a hallgatók. A képzések nappali formában 3 éves időtartamban zajlottak, illetve párhuzamosan folyt a szülésznői HÍD képzés a régebbi szülésznő végzettségek, és az OKJ-s képzés közötti különbségek áthidalására. Ezek a képzések EU-konformnak minősültek, tehát az európai elvárásoknak feleltették meg a tananyagot és a gyakorlati órák számát. Később kreditrendszerbe is beilleszthetővé vált az OKJ képzés. 2006-ban indult el a főiskolai képzés, ugyanakkor megszűnt az OKJ-s szülésznők képzés. Így a szülésznők 2006-tól már a Bolognai folyamatba bekapcsolódva BSc végzettséget szerezhettek és akár a következő lépcsőfokra, az MSc szintre is továbbléphetnek. A különböző végzettségű szülésznők között, hasonlóan az ápolók helyzetéhez, szintén nem különülnek el élesen a gyakorlatban a végzettségi szintekhez kapcsolható feladatkörök. Évekig még a fizetéskategóriákban sem volt különbség a végzettségi szintek között, a főiskolai végzettséggel rendelkező szülésznők nem kapták meg a diplomás alapbért, vagy a diplomás státuszt, sőt még napjainkban sem egységes a kórházakban a szülésznők besorolása és bérezése.

## Szakirodalmi áttekintés

### **A munkával való elégedettség**

A munkával való elégedettség fogalmának többfajta meghatározása ismert a szakirodalomban. Guiot 1984-ben úgy fogalmazta meg a munkával való elégedettséget, hogy ha a dolgozó munkája kielégíti a legfontosabb szükségleteit, akkor munkahelyi elégedettségről beszélünk, ellenkező esetben pedig elégedetlenségről (Guiot, 1984). Pap és Perczel meghatározása szerint a munkával való elégedettség mindazon tényezők tudati reprezentálódása, amelyek a munkakör jellemzőiből adódnak, és amelyek tudati tükröződés útján a konkrét munkakörrel szembeni állásfoglalást befolyásolják (www.1).

A munkavégzés során a közérzet összefügg a viselkedéssel, tehát a munkájával elégedett ember többet és jobban fog dolgozni, mint aki elégedetlen. Az elégedetlen munkavállaló gyakrabban fog munkahelyet változtatni, többet hiányzik a munkahelyéről, igyekszik a megélhetéséhez szükséges jövedelmet más forrásból megszerezni. Mivel a munkának nagy jelentősége van az emberek életében, a munkával való elégedettség része az élet minőségének, és hatással van fizikai és mentális közérzetünkre (Medgyesi és Róbert, 2000).

A munkaelégedettségre vonatkozó kutatások eredményeiből levonható az a megállapítás, hogy a személy és foglalkozása, munkamagatartása, illetve a munkának a személyre gyakorolt hatása között szoros összefüggés áll fenn. Ha a munkavállaló és a munkavégző szerep kínálta lehetőségek között megfelelő

összhang alakul ki, akkor az szintén befolyásolja a munkateljesítményt. A munkájával elégedett dolgozó szívesebben tartózkodik a munkahelyén, jobb kedvvel végzi munkáját, mindez a munkahelyi teljesítmény javulásához is hozzájárul (Hasselhorn et al. 2005).

Az elégedettséget meg lehet határozni egy olyan munkával kapcsolatos pozitív érzésként is, ami az egyén munkával és munkatapasztalatával kapcsolatos értékeléséből keletkezik. A munkára vonatkozó tapasztalatokon alapul az értékelésnek, a hozzá való viszonyulásnak tekinthető a munkával való elégedettség, ami érzelmi vagy kognitív értékelésben fejeződik ki. Ez egyrészt a munkára, a munkahelyre adott pozitív vagy negatív érzelmi reagálás alapján alakul ki, másrészt az érzelem az elégedettség jelének is tekinthető. Amennyiben elégedett egy dolgozó, akkor kedvezően viszonyul a munkahelyéhez, ha elégedetlen, akkor kedvezőtlenül (Sass, 2011).

### **A munkahelyi elégedettséget befolyásoló tényezők**

A munkahelyi elégedettséget, a munkával való elégedettséget számos tényező befolyásolja. Az évtizedek során kialakult elégedettség-elméletek elsősorban az egyéni, a szociális, a szervezeti és a környezeti tényezők szerepét elemezték, és próbálták meg ezeket egységesen kezelni.

Az idők során többféle olyan modell is megalkotásra került, melyekben a munkával kapcsolatos elégedettséget befolyásoló tényezők hatásait elemezték. Sass Judit munkájában összefoglalta ezen modelleket, melyekből a leglényegesebbeket emelném ki, úgymint Locke 1976-ban megalkotott modellét, amely azt írta le, hogy a munkának mely aspektusai a legfontosabbak a személy számára, ami az elégedettséget befolyásolja. A modell feltevése szerint nagy befolyásoló szerepe van a múltbeli tapasztalatnak és a másokkal való összehasonlításnak. Adams méltányossági elméletében az kerül leírásra, hogy ha a munkavégzés során, a várt és a tapasztalt haszon, vagy a befektetés kedvezőtlen irányban eltérnek, akkor valószínű az elégedetlenség kialakulása. Kiemelhető még Jex és Brit 2008-ban leírt elmélete, amely azt hangsúlyozza, hogy a fizetés kapcsán a munkatársakkal való összevetés is befolyásolja az elégedettséget. Néhány elmélet rámutat arra, hogy az elégedettség nagyban függ a munkavállaló személyiségétől is, hogy a pozitív érzelmi beállítódás, a pozitív affektivitás előre jelzi a munkával való elégedettséget. A munkahelyi érzelmek és az elégedettség összefüggését, sokrétű hatótényezővel együtt lehet értelmezni. Az elégedettséget előzményesen meghatározó munkahelyi tapasztalatot és az elégedettség következtében létrejövő érzelmek által kiváltott viselkedést egyaránt figyelembe kell venni. Kitérve azokra az egyéni és munkahelyi hatásokra, amelyek a munkahelyi érzelmi tapasztalattal összefüggenek (Sass, 2011).

Az elmúlt évtizedekben sok munkával való elégedettség kutatásának kiinduló elméletét adta a Herzberg és munkatársai által leírt motiváció-elmélet, mely a

Masloui szükséglet piramis hierarchia modelljére épült. Ennek alapja az, hogy az ember először az alapvető szükségleteinek kielégítésére törekszik, majd amikor ezeket kielégítette, akkor kezd el a magasabb szükségletek kielégítésére törekedni. Herzberg úgy véli, hogy a modern társadalmakban az alapvető szükségletek kielégítése mindenkinél megvalósul, ezért az alacsonyabb szintű szükségletek kielégítése még nem vezet megelégedettségre, legfeljebb a munkával szembeni közömbös attitűd kialakulására. Az alapvető szükségletek ki nem elégítettsége viszont feltétlenül elégedetlenséghez vezet. A munkával való elégedettség alapvetően a magasabb rendű szükségletek kielégítésétől függ. Herzberg azokat a tényezőket, amelyek a munkával való megelégedéshez vezetnek, - mint az érdekes, a képességet próbára tevő tevékenységek, - motivátoroknak nevezte el. Véleménye szerint a munkával való elégedettség, az előzőeken kívül, az egészségtani tényezőktől is nagymértékben függ, valamint a fizikai környezet, a munkatársak, és a munkahelyi vezetők hatása is jelentős paraméterként jelentkezik (www.1).

Az elméletek sorában meg kell még említeni, mint talán az egyik legáttekinthetőbb módon megalkotott modell, Warr vitamin modelljét, melyben a fizikai tényezők, a fizetés és a szociális pozíció jelentik a C és E vitamint, melyek nagy mennyiségben sem mérgezőek, tehát ezek a tényezők kevésbé rontják a munkahelyi elégedettséget. A munka változatossága, az ellenőrzés mértéke, az interperszonális kapcsolatok mértéke, a szükséges készségek mennyisége jelentik az A és a D vitamint. Ezek kis mennyiségben is negatívan befolyásolhatják a munkaelégedettséget, ha e tényezők körében negatív tapasztalat alakul ki az a munkával való elégedettséget is nagyban ronthatja (Németh, 2013).

## A vizsgálat célja

A bemutatott vizsgálat célja, a szülésznők munkával való elégedettség jellemzőinek feltárása. A cél megvizsgálni, mely tényezők befolyásolják a szakdolgozók munkával való elégedettségét. A vizsgálat kiterjedt arra, hogy a szakmai végzettség szintje meghatározó tényezője-e a munkahelyi elégedettségnek. A kérdőíves módszer az elégedettséget befolyásoló tényezők többféle dimenzióját is vizsgálta, úgymint a munkatársi kapcsolatokat, a vezetés jellegét, a fizetést és a munkahelyi légkört.

## Anyag és módszer

A kutatás során keresztmetszeti vizsgálatra került sor 2016-ban, önkitöltős kérdőív alkalmazásával, az ország 13 kórházában dolgozó szülésznők körében. A kérdőívet már korábban alkalmazták az ápolók körében végzett felmérések során (Németh és mtsai. 2010). A kérdőíveket a nyíregyházi, a kiskvárdai, két debreceni, két miskolci, a bajai, a pécsi, a szombathelyi, a székesfehérvári, a kecskeméti, a gyulai kórházakban, valamint egy budapesti kórházban, a fekvőbeteg ellátásban dolgozó különböző szülésznői végzettséggel rendelkező szakdolgozók töltötték ki.

A kérdőívek feldolgozása Evasys programmal, az adatok statisztikai elemzése SPSS 23.0 statisztikai programmal történt. Leíró statisztikai módszerekkel, keresztábrákkal, a khi-négyzet próbát alkalmazva történt meg az eredmények elemzése. A megbízhatósági tartományt (MT) 95%-ban határoztuk meg. A kérdőív kérdései a munkával való elégedettség többféle aspektusát is lefedték, úgy mint a fizikai környezet, a munkahelyi légkör, a munkatársakkal való kapcsolat-tartás, a kereset, a munkához való viszonyulás. A kérdésekben állítások hangzot-tak el, amelyekkel való egyetértést jelölhették a válaszadók. Az egyetértésük mértékét 1-5 terjedő Likert skálán tudták jelölni, ahol az 1- az egyáltalán nem ért egyet, az 5 pedig a teljes mértékben való egyetértést fejezte ki. Az egyetértés és az iskolai végzettség közötti kapcsolat vizsgálata keresztábrás elemzéssel, khi-négyzet próbával történt.

## Eredmények

255 kitöltött kérdőívre alapozva, súlyozott adatbázist alakítottunk ki, ami már az iskolai végzettség szerinti megoszlás arányában a populációs arányokat követi (1. táblázat).

Szülésznői végzettség	BSC	OKJ	„Régi képzés”	Összlétszám (saját) N=245 fő
létszám	35	163	47	245
%-os megoszlás	14,2%	66,7%	19,1%	100%

2. táblázat: A szülésznők végzettség szerinti megoszlása a kérdőívet kitöltők körében.

A kérdőív első 3 három kérdése a munkahelyi légkör, valamint a kollégákkal való kapcsolat megítélésére vonatkozott (3. táblázat). A kapott eredmények azt

mutatják, hogy a szülésznők többsége megfelelőnek, barátságosnak tartja a légkört amiben dolgozik, a megkérdezettek 40,8%-a eléggé barátságosnak ítélte meg, 31,3% szerint nagyon barátságos a munkahelyi légkör (összesen 72,1%). Az eredmények azt mutatják, hogy van egy része a dolgozóknak, akik nem teljesen elégedettek, a válaszadók 21,9%-a csak részben elégedett a munkahelyi légkörrel, 0,8%-a kismértékben, 1,4%-a egyáltalán nem tartja barátságosnak a munkahelyi légkört (összesen 24,1%).

A következő kérdés arra vonatkozott, hogy a szülésznő kollégák milyen gyakran segítenek egymásnak abban, hogy jobban végezzék a munkájukat. A munkavégzés során a válaszadók többsége szerint (39,9%) eléggé jellemző az, hogy segítik egymást a szülésznők, (az 5 fokozatú skálán a 4-es értéket jelölték be) és (36,2%) pedig az 5-ös értéket jelölte, amely érték a nagyfokú segítőkészséget mutatja a munkatársak között. (összesen 76,1%). A harmadik kérdés arra vonatkozott, hogy mennyire tudják a szülésznő munkatársakkal megbeszélni a problémáikat. A válaszok alapján az látható, hogy a szülésznők személyes problémáikat nagyrészt meg tudják egymás között beszélni, de nem teljes mértékben, a legtöbben az eléggé választ jelölték meg (32,0%). Több negatív választ adtak ennél a kérdésnél a szülésznők, mint az előző kettőnél, összesen 30 fő az, aki csak kismértékben, vagy egyáltalán nem beszél meg személyes problémáit munkatársaival (összesen 11,9%)

Kérdések: N=248	egyáltalán nem	kis mértékben	valamennyire	eléggé	nagyon
Mennyire tartja barátságosnak a légkört amelyben dolgozik?	4 (1,4%)	2 (0,8%)	56 (21,9%)	104 (40,8%)	80 (31,3%)
Szülésznő kollégái milyen gyakran segítenek abban, hogy jobban végezze a munkáját?	4 (1,4%)	11 (4,2%)	39 (15,4%)	102 (39,9%)	92 (36,2%)
Milyen gyakran tudja Ön személyes problémáit kollégáival megbeszélni?	10 (3,9%)	20 (8,0%)	53 (20,7%)	94 (32,0%)	69 (27,1%)

3. táblázat. Munkahelyi légkör, kollégákkal való kapcsolat megítélése.

A válaszokat a végzettségi csoportok körében vizsgálva, azt az eredményt kaptuk, hogy az első kérdésre adott válaszok tekintetében, a csoportok véleménye



nem különbözött ( $\chi^2(8,N=231)=9,574$   $p=0,296$ ), jellemzően a pozitív vélemények voltak túlsúlyban, az 5-ös és a 4-es értéket választották a legtöbben, de ez nem volt szignifikáns különbség. A második kérdésnél, a csoportok véleménye között szintén nem mutatható ki szignifikáns különbség, ( $\chi^2(8,N=235)=6,361$   $p=0,607$ ), a harmadik kérdés, ami a személyes problémák szülésznő társakkal való megbeszélésére irányult, szintén nem mutatott a csoportok közötti véleménykülönbségek terén szignifikáns eltérést ( $\chi^2(8,N=233)=11,14$   $p=0,195$ ). A legtöbb negatív vélemény, az OKJ-s végzettségű csoportban lett megjelölve, itt a válaszadók 10,0%-a csak kismértékben és 4,4% egyáltalán nem tudja megbeszélni problémáit szülésznő társaival (4. táblázat).

Végzettség szerinti csoportok	Mennyire tartja barátságosnak a légkört amelyben dolgozik? NS	Szülésznő társai milyen gyakran segítenek abban, hogy jobban végezze a munkáját? NS	Milyen gyakran tudja személyes problémáit szülésznő társaival megbeszélni? NS	
„régiképzés” N=45	1.	13 (28,9%)	14 (31,1%)	12 (26,7%)
	2.	<b>22 (48,9%)</b>	<b>20 (44,4%)</b>	<b>17 (37,8%)</b>
	3.	8 (17,8%)	7 (15,6%)	15 (33,3%)
	4.	1 (2,2%)	4 (8,9%)	0 (0,0%)
	5.	1 (2,2%)	0 (0,0%)	1 (2,2%)
OKJ N=160	1.	48 (30,4%)	62 (38,5%)	47(29,4%)
	2.	<b>66 (41,8%)</b>	<b>66 (41,0%)</b>	<b>62 (38,8%)</b>
	3.	42 (26,6%)	23 (14,3%)	28 (17,5%)
	4.	0 (0,0%)	6 (3,7%)	16 (10,0%)
	5.	2 (1,3%)	4 (2,59%)	7 (4,4%)
BSc N=28	1.	<b>12 (42,9%)</b>	<b>12 (41,4%)</b>	6 (21,4%)
	2.	9 (32,1%)	<b>12 (41,4%)</b>	<b>12 (42,9%)</b>
	3.	5 (17,9%)	5(17,2%)	7 (25,0%)
	4.	1 (3,6%)	0 (0,0%)	3 (10,7%)
	5.	1(3,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

4. táblázat. Munkahelyi légkör, kollégákkal való kapcsolat megítélése iskolai végzettség szerinti csoportokban.

A kérdőív következő 8 kérdése, a munka szeretetére, a végzett munkával való elégedettségére, illetve a munkára való alkalmasság érzetére vonatkozó állításokat tartalmazott. Az értékelés során 2 csoportot hoztunk létre az egyetértést kifejező körbe a „nagyon egyetért” és az „egyetért” válaszok, a nem ért egyet csoportba pedig a „nem ért egyet” és az „egyáltalán nem ért egyet” válaszlehetőségek kerültek. A „régiképzésben” résztvevő szülésznők 69,8%-a, az OKJ végzettségűek

76,6%-a és a BSc végzettségűek 82,8%-a, egyetértett azzal az állítással, hogy nagyon élvezik a munkájukat. Azzal pedig hogy, „ha újra választana, akkor nem a szülésznői munkát választaná”, a régi képzésben résztvevők 45,2%-a, az OKJ végzettségűek 50,7%-a, nem értett egyet. (5. táblázat).

Tételek: Mennyire ért egyet az alábbi állításokkal?	Egyetért*			Nem ért egyet**		
	Végzettség szerinti csoportok			Végzettség szerinti csoportok		
	„régii” képzés	OKJ	BSC	régi képzés	OKJ	BSC
1.Nagyon élvezem a munkámat NS	30 (69,8%)	121 (76,6%)	24 (82,8%)	1 (2,3%)	7 (3%)	0 (0,0%)
2.Ha újra választanék másfajta munkát végeznék	12 (28,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	19 (45,2%)	90 (50,7%)	18 (7,9%)
3.Más szülésznőknél jobban szeretem a munkámat NS	12 (28,6%)	55 (36,4%)	9 (31%)	13 (31%)	37 (24,5%)	8 (27,6%)
4.Ritkán unom a munkámat NS	23 (54,8%)	84 (54,9%)	16 (55,2%)	12 (28,6%)	38 (24,8%)	9 (31%)
5.Nem foglalkozom azzal a gondolattal, hogy más munkát keressek NS	22 (52,4%)	71 (46,4%)	14 (50,1%)	9 (21,4%)	48 (31,4%)	10 (35,7%)
6.Legtöbbször lelkesít a munkám NS	26 (60,5%)	100 (63,3%)	20 (69%)	7 (7,0%)	14 (8,9%)	1 (3,4%)
7.Valószínűleg nem vagyok igazán alkalmas a munkámmal járó tevékenységre NS	2 (4,7%)	7 (4,6%)	0 (0,0%)	39 (90,7%)	135 (88,2%)	25 (89,3%)
8.Meglehetősen elégedett vagyok a munkámmal NS	19 (45,2)	97 (63,0)	19 (67,9)	4 (9,5)	16 (10,4)	1 (3,6)

5. táblázat. Munkával való elégedettség, alkalmasság érzésének megítélése, No(%).

A következő kérdés arra irányult, hogy milyen mértékben tartják egymással a kapcsolatot munkahelyükön kívül a szülésznők. Válaszukat egy 1-6 terjedő Likert skálán jelölték meg. Az első csoportba a szülésznők 51,1%-a, a második csoportból 46%-a a harmadik csoportból pedig 39,3% -a jelölte meg a „kevesebb mint havonta egyszer”, választ. A végzettségi csoportok között nem mutatkozott szignifikáns különbség,  $\chi^2(10, N=231)=4,683$   $p=0,911$  (6. táblázat)

Végzettség szerinti csoportok N=234 NS	Milyen gyakran találkozik szülésznő társaival munkahelyén kívül?					
	6-szinte minden nap	5-hetente 2-6 alkalom	4-hetente egyszer	3-kb. havonta egyszer	2-kevesebb mint havonta egyszer	1-soha
„régis képzés”	2 (4,4%)	2 (4,4%)	3 (6,7%)	11 (24,4%)	23 (51,1%)	4 (8,9%)
OKJ	6 (3,7%)	10 (6,2%)	12 (7,5%)	36 (22,4%)	74 (46%)	23 (14,3%)
BSc	0	2 (7,1%)	4 (14,3%)	6 (21,4%)	11 (39,3%)	5 (17,9%)

6. táblázat. Kapcsolattartás a munkatársak között.

A kérdőív 3 kérdése vonatkozott a bérezéssel, a fizetéssel való megelégedettség-re, ahol 1-5 terjedő Likert skálán jelölték a válaszadók azt, hogy milyennek ítélik meg a szülésznői bérüket a környezetükben élő emberekéhez, egyéb egészségügyi dolgozókéhoz és más kórházakban dolgozó szülésznőkéhez képest. Az eredmények azt mutatják, hogy a környezetükben élő emberekéhez viszonyítva, a fizetésüket mindhárom csoportból inkább átlagon alulinak, illetve némiképp megfelelőnek ítélték meg (7. táblázat).

Végzettség szerinti csoportok	A környezetében élő emberekhez képest hogyan ítéli meg a jövedelmét?				
	jelentősen átlagon aluli	átlagon aluli	némiképp megfelelő	átlagon felüli	jelentősen átlagon felüli
„régis képzés”	11 (25%)	12 (25%)	19 (43,2%)	2 (4,5%)	0
OKJ	39 (25,3%)	39 (25,3%)	64 (64,0%)	1 (0,6%)	4 (2,6%)
BSc	2 (7,1%)	2 (7,1%)	17 (60,7%)	1 (3,6%)	0

7. táblázat. Jövedelem megítélése a megkérdezett szülésznők körében.

A keresetre vonatkozó kérdésekre a válaszokat 1-5-ig terjedő skálán tudták megadni. A megkérdezettek 1- es az egyáltalán nem megfelelő, az 5-ös pedig a nagyon megfelelő értékelést jelentette. A más intézményben dolgozó szülésznek keresetéhez viszonyítva megfelelőnek ítélték meg fizetésüket a válaszadók. Végzettség szerint itt nem mutatkozott szignifikáns különbség ( $\chi^2(8, N = 225) = 10,142$   $p=0,255$ ). A keresetre vonatkozó 3. kérdésben, pedig arra válaszoltak a szülésznek, hogy a más egészségügyi dolgozókéhoz viszonyítva milyennek ítélik meg a saját keresetüket. Itt már mutatkozott eltérés a csoportok véleménye között ( $\chi^2(8, N=227)=23,582$   $p=0,003$ ). A „régii képzés” csoportba tartozók 42,2%-a „némiképp megfelelőnek”, 26,7%-a „nem megfelelőnek”, és 24,1%-a „egyáltalán nem megfelelőnek” tartja a keresetét. Az OKJ-végzettségűek 40,0%-a „nem megfelelőnek” 21,3%-a „egyáltalán nem megfelelőnek” tartja keresetét ebben az összehasonlításban, a BSc végzettséggel rendelkező szülésznek véleménye eltérő, 59,3%-uk gondolja „némiképp megfelelőnek”, 18,5%-uk pedig „megfelelőnek” keresetét más egészségügyi dolgozókéhoz viszonyítva (8. táblázat).

Végzettség szerinti csoportok		Mennyire tartja megfelelőnek keresetét más egészségügyi intézménnyel összehasonlítva?	Mennyire tartja megfelelőnek keresetét más egészségügyi dolgozókkal összehasonlítva?
„régii képzés”	1	13 (29,5%)	11 (24,1%)
	2	11 (25%)	12 (26,7%)
	3	<b>18 (40,9%)</b>	<b>19 (42,2%)</b>
	4	2 (4,5%)	2 (4,4%)
	5	0 (0,0%)	1 (2,2%)
OKJ	1	38 (24,7%)	33 (21,3%)
	2	<b>58 (37,7%)</b>	<b>62 (40,0%)</b>
	3	46 (29,9%)	53 (34,2%)
	4	11 (7,1%)	7 (4,5%)
	5	1 (0,6%)	0 (0,0%)
BSc	1	4 (14,8%)	3 (11,1%)
	2	6 (22,2%)	3 (11,1%)
	3	<b>13 (48,1%)</b>	<b>16 (59,3%)</b>
	4	4 (14,8%)	5 (18,5%)
	5	0 (0,0%)	0 (0,0%)

8. táblázat. Jövedelem megítélése a kérdőívet kitöltők körében No(%)

A következő 5 kérdés a munkaválasztás, és a pályaválasztás háttérében rejlő okokra irányult. 1-5-ig terjedő Likert skálán jelölték a véleményüket a válaszadók. Az alsó két és a felső három kategóriát összevonva történtek a további

elemzések. A végzettség szerint ezekben a kérdésekben nem mutatkozott szignifikáns különbség (9. táblázat).

Tételek: Az alábbi tényezők mekkora szerepet játszanak abban, hogy Ön a szülésznői pályán dolgozik	Szerepet játszik benne*			Nem játszik benne szerepet**		
	Végzettségszerinti csoportok			Végzettség szerinti csoportok		
	„régii” képzés	OKJ	BSC	„régii” képzés	OKJ	BSC
1. A munkában rejlő kihívás	14 (32,6%)	47 (30,3%)	7 (24,1%)	29 (67,4%)	108 (69,7%)	22 (75,9%)
2. Nincs más elhelyezkedési lehetősége	34 (79,1%)	113 (73,4%)	25 (89,3%)	9 (20,9%)	41 (26,6%)	3 (10,7%)
3. A rászoruló emberek segítése	10 (23,3%)	50 (32,7%)	7 (25,0%)	33 (76,7%)	103 (67,3%)	21 (75,0%)
4. A megélhetés forrása	20 (47,6%)	84 (54,5%)	17 (58,6%)	22 (52,4%)	70 (45,5%)	12 (41,4%)
5. A jó munkatársi kapcsolatok	21 (50,0%)	70 (45,5%)	20 (69,0%)	21 (50,0%)	84 (54,5%)	9 (31,0%)

9. táblázat: A pályaválasztást befolyásoló tényezők a megkérdezettek körében.

Az utolsó kérdés arra irányult, hogy összességében, minden tényezőt figyelembe véve mennyire elégedettek a szülésznői munkájukkal a megkérdezettek. Véleményüket 1-5 terjedő Likert skálán jelölték, ahol az 1- az egyáltalán nem elégedett, az 5-a nagyon elégedett véleményt jelentette. Ebben a kérdésben az első és a második választási lehetőséget senki nem jelölte meg. A „régii képzés”-be tartozó szülésznők legtöbbször az elégedett választ jelölték meg (50,0%) de 47,7%-uk csak részben elégedett. Az „OKJ”-s csoportba sorolt válaszadók 66,0%-a részben elégedett. A „BSc” csoportból pedig, 79,3%-ban választották a részben elégedett lehetőséget, és senki nem választotta azt, hogy nagyon elégedett a munkájával. A képzettség szerinti összehasonlítás itt már szignifikáns különbséget jelzett. ( $\chi^2(4, N=229)=11,789$   $p=0,019$ ) (10. táblázat).

Végzettség szerinti csoportok	Mindent figyelembe véve mennyire érzi magát elégedettnek szülésznői munkájával?		
	nagyon elégedett	elégedett	részben elégedett
„régis képzés”	1 (2,3%)	22 (50,0%)	21 (47,7%)
OKJ	9 (5,8%)	44 (28,2%)	103 (66,0%)
BSc	0	6 (20,7%)	23 (79,3%)

10. táblázat. Szülésznői munkával való elégedettség a megkérdezett szülésznők között, No(%).

## Összegzés

Először történt a szülésznők körében ilyen vizsgálat, melynek során, a munkával való elégedettség többféle összetevője is vizsgálatra került: munkahelyi légkör, munkatársakkal való kapcsolattartás, munkavégzéssel való elégedettség, jövedelem megítélése, pályaválasztás, pálya szeretete mögött álló tényezők. A kiindulási hipotézis azt feltételezte, hogy ezen tényezőkön belül vannak eltérések a különböző szintű szülésznői végzettséggel rendelkező szülésznők véleménye között. Ezt indokolhatják a generációs különbségek is.

Az eredmények szerint a különböző végzettségű csoportok igen nagy hasonlóságot mutattak. A három csoport az elégedettség részleteit vizsgáló kérdések körében, csak a más egészségügyi dolgozókkal való kereseti különbségek megítélésében mutatott szignifikáns különbséget.

A szülésznői munkával való elégedettség (összefogó kérdés) tekintetében viszont a csoportok szignifikáns eltérést mutattak. Ez az eredmény arra enged következtetni, hogy a csoportok közötti elégedettségi különbségeket más faktorok bevonásával kell megközelíteni. Ez további vizsgálatokat igényel a területen.

## Irodalomjegyzék

1. Aiken L.H, Clarke S.P, Sloane D.M, Sochalski J.A, Busse R., Clarke H.,...Shamian J. (2001): Nurses' Reports On Hospital Care In Five Countries, Health Affairs 20(3). 43-53.
2. Aiken L.H., Sloane D.M., Bruyneel L., Koen Van den Heede, Sermeus W., (2012): Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care

- in 12 countries in Europe, *International Journal of Nursing Studies* 50(2013) 143-153.
3. Betlehem J. (2006): A fizetett és nem fizetett munka hatása az ápolók életminőségére különböző klinikai környezetben. Doktori (PhD) értekezés.
  4. Csetneki J. (2015): Szülésznők Magyarországon e. a. XXIII. Országos Szülésznői Konferencia, Budapest, 2015.május 14-16.
  5. Csetneki J. (2015): A szülésznők helyzete Magyarországon. A létszám adatok alakulása, *Ápolásügy* 2015. 29. évf. 3. szám.
  6. Guiot J.M. (1984): Szervezetek és magatartásuk. (pp.172-193). Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
  7. Gyórfy Zs., Molnár R., Somorjai N. (2012): Gyógyítók helyzete és egészsége-a magyarországi vizsgálatok szakirodalmi áttekintése, *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 13. (2012) 2, 107-126.
  8. Hasselhorn M.H., Tackenberg P., Buescher A., Simon M., Kuemmerling A., Mueller B.H. (2005): Work and health of nurses in Europe results from the NEXT – Study, In.: <http://www.next.uni-wuppertal.de/NE/index.php?articles-and-reports> (letöltés dátuma: 2017.01.15.)
  9. Medgyesi M., Róbert P. (2000): A munkával való elégedettség nemzetközi összehasonlításban, In: *Társadalmi Riport 2000*, Budapest TÁRKI, Pp. 591-616.
  10. Németh A. (2013): Fekvőbeteg ellátásban dolgozó ápolónők munkával való elégedettségének követéses országos vizsgálata, valamint jól-létének (WELL-BEING) alakulása a változó hazai egészségügyi rendszerben. Doktori (PhD) értekezés.
  11. Németh A. (2013): Az egészségügyi dolgozók munkaelégedettségét befolyásoló tényezők, *Nővér*, 2013, 26(4), 27-31.
  12. Németh A., Betlehem J., Lampek K. (2014): Ápolók romló egészségi állapota, *Nővér*, 2014, 27(3), 18-22.
  13. Németh A., Irinyi T. (2009): Egészségügyi dolgozók egészségmagatartása, orvoshoz fordulási szokásai Csongrád megyében. *Nővér* XXII. évf., 4.sz. 32-38.
  14. Perczel T.: Motiváció, megelégedettség, beilleszkedés, fluktuáció ELTE BTK Gazdaságpszichológiai Tanszék, elérhető: [docplayer.hu/7337886-2-3-motivacio-megelegedettség-beilleszkedes-fluktuacio-html](http://docplayer.hu/7337886-2-3-motivacio-megelegedettség-beilleszkedes-fluktuacio-html), látogatva: 2016.10.24.
  15. Sajtos L., Mitev A.: SPSS kutatási és adatelemzési kézikönyv, Alinea Kiadó, Budapest.
  16. Sass J. (2011): Szervezeti érzelmek és szervezeti bizalom (tananyag), Budapest Corvinus Egyetem, Budapest, 2011, 19-29.

17. Tóth A., Hunyadi ZS. (2009): Szülésznői motivációs és elégedettségi felmérés, Hivatásunk a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara lapja 2009/3. 11-13.
18. Újváriné S. A., Takács P., Zrinyi M., Hajduné D.L., Radó S., Móricz I., Sárváry A. (2015): A Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei ápolók szakmai továbbképzési motivációja és pályaképe, Acta Medicinae et Sociologica, Vol.6. No.16, 79-101.

**Internetes forrás:**

[www.l.ekft.hu/juhaszistvan/human\\_ero\\_akt/a\\_munkavalvalo\\_elegedettseg.ppt](http://www.l.ekft.hu/juhaszistvan/human_ero_akt/a_munkavalvalo_elegedettseg.ppt)  
(látogatva.2016.10.21.)

**Gebriné Éles Krisztina**

Tanársegéd a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karán. Általános ápolói és aszisztensi, OKJ szülésznői, BSc Ápoló és MSc Egészségügyi szociális munkás végzettsége van. 1998-2000-ig Vásárosnaményban dolgozott ápolónőként, majd 2000-2011-ig Nyíregyházán szülésznőként. 2011-ben a Pécsi Tudomány Egyetemen PhD tanulmányait megkezdte, 2014-ben abszolutóriumot szerzett. Kutatási területe: a szülésznők munkával való elégedettsége, életminősége, munkaérték megítélése, egészségmagatartása.

**Heinrichné Kőszegi Katalin**

Tanársegéd a Debreceni Egyetem Egészségügyi karán. Általános ápolói és aszisztensi, szülésznői, egészségügyi szakoktatói, és egészségügyi szaktanári végzettséggel rendelkezik. 21 évet szülészeti osztályon dolgozott, szülésznőként, részlegfelelős szülésznőként. 2012-ben megkezdte PhD tanulmányait a Pécsi Tudomány Egyetem Egészségtudományi Karán, 2015-ben abszolutóriumot szerzett. Kutatási témája: roma kisebbség reprodukciós magatartása.

**Dr. Takács Péter**

Statisztikus, főiskolai docens, DE-EK minőségügyi vezető.2010-ben szerezte meg doktori fokozatát kriptográfiai protokollok formális ellenőrzése témakörben. Kutatási témakörei jórészt kapcsolódnak oktatási munkájához: statisztikai modellezés, biostatisztika, biometria; Rough Set Theory (RST); kutatómódszer-tan; kriptográfia, protokollok, hálózatbiztonság; programozási nyelvek.

**Dr. Kósa Zsigmond**

A DE Egészségügyi Kar főiskolai tanára, Védőnői Módszertani és Népegészség-tani Tanszék vezetője. 2007-ben szerezte PhD fokozatát egészség-tudományi területen a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Karán. Kutatási tevékenységei



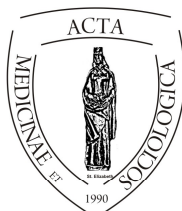
közé tartozik a halandóság területi különbségeinek vizsgálata, morbiditási adatgyűjtési program kidolgozása, a telepszerű körülmények között élők egészségmagatartása, a telepszerű körülmények között élő iskoláskorúak egészségmagatartása, a bevándorlók egészségügyi ellátása.

**Dr. Lampek Kinga**

Habilitált főiskolai tanár a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karán az Egészségfejlesztési és Népegészségtani Tanszék vezetője. Közgazdász, szociológus, kutatásai elsősorban az egészségszociológiai vizsgálatokra terjednek ki. Fő kutatási területei: népesség egészségi állapotát meghatározó társadalmi tényezők vizsgálata, az egészségügyben dolgozó szakalkalmazottak életminősége, munkával való elégedettsége, az idősödés társadalmi kihívásai.



UNIVERSITY  
OF DEBRECEN  
  
FACULTY OF  
HEALTH  
NYÍREGYHÁZA



ACTA  
MEDSOC  
VOLUME 8.  
2017

# A kezelési szerződés koncepciója a Közös Referenciakeret tervezetében és a BGB-ben, kitekintéssel az Eütv. szabályaira: összehasonlító elemzés

Kiss János Márk

Debreceni Egyetem Marton Géza Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola

**Abstract. The medical treatment contract in the Draft Common Frame of Reference and the German Civil Code in the view of the Hungarian regulation.**

According to the major academical standpoint, the legal tie between the doctor (health care provider) and the patient is a contractual relationship, in which both parties are autonomous, as they also enjoy equal rights. The most legal systems' medical practice law have the same point of view. This is why several European countries (e.g. the Netherlands, the Czech Republic, Germany etc.) regulate the treatment contract as a nominate contract. However other legal systems do not regard the doctor-patient relationship as contractual.

Although the Hungarian Civil Code does not regulate the treatment contract as a sui generis contract, according to the law practice, the health care provider and the patients are in a horizontal, civil law relation. So it is a question to answer whether there is any practical reason to make treatment contract as a nominate contract in the Civil Code. The DCFR also names the treatment contract among its model rules. Its purpose is to provide a scheme for EU countries' legislation in order to create a more coherent European contract law. Since the DCFR is representing the EU standards, it might be used as a guideline in the elaboration of the treatment contract's concept.

The German Civil Code (BGB) is one of those regulations, which are nominating the doctor-patient relationship as a sui generis contract. Although they are not related, the BGB's concept is similar to the model rule set in the DCFR, and since it is an effective regulation, it might be able to reveal if the EU model is applicable in practice or not.

The purpose of this study is – by the comparison of the DCFR's and the BGB's concept – to provide a review of the necessity and viability of the setting of a sui generis medical treatment contract in the Hungarian Civil Code.

*Keywords:* medical treatment contract, DCFR, BGB, Eütv, doctor-patient relationship

**Absztrakt.** Kulcsszavak: kezelési szerződés, BGB, DCFR, Eütv., orvos-beteg jogviszony  
Az Európa-szerte egységes szakirodalmi álláspont szerint az egészségügyi szolgáltatás nyújtására irányuló jogviszony magánjogi, szerződéses kötelék, amelyben a felek autonómok, egyenjogúak és mellérendeltek. Az egészségügyi szolgáltatás nyújtásával összefüggésben a betegnek okozott károkkal kapcsolatos perekben kialakult hazai bírói gyakorlat szintén ezt a vonalat képviseli. Ennek ellenére sem a Ptk., sem az ágazati jogszabályok nem rögzítik önálló szerződéstípusként a „kezelési szerződést”.

A magán-egészségügyi szolgáltatások esetében magától értetődően szerződéses megállapodás hozza létre az ellátási kötelezettséget, ezzel szemben a társadalombiztosítási ellátásként nyújtott kezelés esetén erre nincsen szükség, itt a vonatkozó jogszabályok keletkeztetnek jogosultságot az ellátásra. Miként azonban a kezelési szerződés több európai szabályozásban is önálló szerződéstípust képez, ennek lehetősége hazánkban is felmerült. Kérdés tehát, hogy a fentebb leírtak ellenére járhat-e számottevő előnnyel a kezelési szerződés sui generis szerződéstípusként történő szabályozása. A tanulmány a fenti kérdésre keresi a választ a két olyan koncepció összevetésével, amely szerződéses kötelékként rendezi a felek jogállását.

A kezelési szerződés a Közös Referenciakeret tervezetében (DCFR) rögzített modell-szabály vizsgálata azért lehet tanulságos a fenti kérdés körüljárása szempontjából, mert az uniós standardokat megtestesítő ajánlásként megfelelő támpontot nyújthat a kezelési szerződés konstrukciójának kidolgozásához. A német polgári törvénykönyv (BGB) koncepciója azért került a vizsgálat spektrumába, mert számos közös vonást mutat a DCFR modellszabályával, így lehetővé teszi, hogy képet alkossunk az egységes európai uniós koncepcióra vonatkozó elképzelés gyakorlati megvalósíthatóságáról.

## Bevezető gondolatok

Az európai jogrendszerek nagy része magánjogi, szerződéses kötelékként tekint az egészségügyi szolgáltatás nyújtására irányuló jogviszonyra, amelyben a felek autonómok, egyenjogúak és mellérendeltek.<sup>1</sup> Ennek ellenére a legtöbb állam

---

<sup>1</sup>Id. Günther Brenner: *Arzt und Recht*, Stuttgart-New York, Gustav Fischer Verlag, 1983, 150-151.; Jobbágyi Gábor: *Orvosi jog*, Budapest, Szent István Társulat, 2010. 37.

szabályozása nem rögzítésű generis szerződéstípusként a kezelési szerződést, a jogviszony szerződéses jellege pedig kizárólag az orvos, illetve az egészségügyi szolgáltató magánjogi felelőssége kapcsán bír jelentőséggel, más országokban (pl. Finnország, Svédország) pedig fel sem merül, hogy ez a jogviszony kontraktuális kötelék volna.<sup>2</sup>

Hazánkban szintén az egészségügyi szolgáltatás nyújtásával összefüggésben okozott kártérítési, illetve személyiségi jogi perekben kialakult bírói gyakorlat minősíti szerződésnek az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti jogi kapcsolatot.<sup>3</sup>Ezt támasztja alá, hogy az Eütv.<sup>4</sup> pontos felsorolást ad a felek jogairól és kötelezettségeiről, illetve, hogy a törvény egészségügyi szolgáltatóról és egészségügyi szolgáltatásról beszél. A törvény tehát magánjogi fogalmak használatával minősíti polgári jogivá az orvos-beteg kapcsolatot.<sup>5</sup> A Ptk. mégsem rögzíti önálló szerződéstípusként a kezelési szerződést, felek jogállását a nép- és közegészségügyi tárgyú rendelkezéseket is tartalmazó Eütv. szabályozza.

Szintén árnyalja a képet, hogy az új Ptk.<sup>6</sup> megszüntette a kontraktuális és a deliktuális felelősség szabályai közötti átjárót, létrehozva egy új, az üzleti szféra jogviszonyaira szabott kárfelelősségi tényállást a szerződésszegésre vonatkozó szabályok körében. A Ptk. objektívizált kontraktuális felelősségi konstrukciónak<sup>7</sup> az egészségügyi szolgáltatással összefüggésben okozott károkért való felelősség megítélése során történő alkalmazása pedig –a szolgáltatás sajátosságait figyelembe véve – ellentétes lett volna a jogalkotói szándékkal. Az Eütv. ezért – a Ptk. salátatörvény néven ismert, módosító csomagot tartalmazó 2013. évi CCLII. törvénnyel történt módosítása óta –akként rendelkezik, hogy az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigényekre a Ptk. szerződésen kívül okozott kárért való felelősségre vonatkozó szabályait kell megfelelően alkalmazni.<sup>8</sup> A kártérítési felelősség szempontjából tehát már nem bír jelentőséggel, az egészségügyi szolgáltatás nyújtására irányuló jogviszony szerződésként történő minősítése.

A magán-egészségügyi szolgáltatások esetében a kezelés nyújtására irányuló megállapodás teremti meg az egészségügyi szolgáltató ellátási kötelezettséget,

---

<sup>2</sup>MauritsBarendrecht, Chris Jansen, Marco Loos, Andrea Pinna, RuiCascao, Stephanie van Gulijk: Principles of European Private Law, Service contracts, München, Sellier European Law Publishers, 2007., 796.

<sup>3</sup>A Legfelsőbb Bíróság Civilisztikai Kollégiumának emlékeztetője a civilisztikai kollégiumvezetők 2008. január 23-25. napján megtartott országos tanácskozásán megvitatott kérdésekről, <http://ibolyatibor.atw.hu/civkoll.pdf> (letöltés időpontja: 2014. október 9.)

<sup>4</sup>az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.)

<sup>5</sup>Jobbágyi Gábor (2010.): i.m. 37. o.

<sup>6</sup>a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.)

<sup>7</sup>Ptk. 6:142. §

<sup>8</sup>Eütv. 244.§ (2) bekezdés

ezzel szemben a társadalombiztosítási ellátásként nyújtott kezelés esetén erre nincsen szükség, itt a vonatkozó jogszabályok keletkeztetnek jogosultságot az ellátásra. Miként azonban a kezelési szerződés több európai szabályozásban is önálló szerződéstípust képez, ennek lehetősége hazánkban is felmerült. Kérdés tehát, hogy a fentebb leírtak ellenére járhat-e számottevő előnyökkel a kezelési szerződés sui generis szerződéstípusként történő szabályozása. Jelen tanulmány a fenti kérdésre keresi a választ két olyan koncepció összevetésével, amely szerződéses kötelekként rendezi a felek jogállását.

A kezelési szerződés a Közös Referenciakeret tervezetében (DCFR)<sup>9</sup> rögzített modellszabály vizsgálata azért lehet tanulságos a fenti kérdés körüljárása szempontjából, mert az uniós standardokat megtestesítő ajánlásként megfelelő támpontot nyújthat a kezelési szerződés konstrukciójának kidolgozásához. A német BGB<sup>10</sup> koncepciója azért került a vizsgálat spektrumába, mert számos közös vonást mutat a DCFR modellszabályával, így lehetővé teszi, hogy képet alkossunk az egységes európai uniós koncepcióra vonatkozó elképzelés gyakorlati megvalósíthatóságáról.

## A szabályozás célja

Az egészségügyi ellátás sajátos tárgyára, jelesül az emberi egészségre, testi épségre, illetve életre, mint az emberi személyiség leglényegesebb alkotóelemeire tekintettel, a betegnek a lehető legszélesebb körű kontrollal kell bírnia az őt érintő vizsgálatok, beavatkozások, valamint kezeléseket felett. Ez pedig olyan fokú autonómiát követel meg, amely a közjogijogviszonyoktól teljesen idegen. Természetesnek tűnik tehát, hogy az egészségügyi szolgáltatás nyújtása magánjogi keretek között történik, ami pedig a felek mellérendeltségét is feltételezi.

### A kezelési szerződés DCFR-belirögzítésének okai

Az Európai Közösségek célja, bár kezdettől fogva a tőke, a személyek, az áruk, valamint a szolgáltatások szabad áramlásának lehetővé tétele volt, az ezzel kapcsolatos intézkedések nem terjedtek ki a tagállami magánjogi szabályozások harmonizációjára. Az 1990-es évekre viszont megjelent a tagállamközi kereskedelmi tevékenységet korlátozó tagállami rendelkezések leépítésére, illetve a

---

<sup>9</sup>Principles, Definitions and Model Rules of European Private Law, Draft Common Frame of Reference

<sup>10</sup>Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738)

sz szerződési jogi szabályozások közelítésére vonatkozó igény.<sup>11</sup> Az Európai Civil Kódex Tanulmányi Csoportja,<sup>12</sup> illetve a Létező Európai Közösségi Magánjog Kutatócsoportja<sup>13</sup> 2005-ben kapott megbízást a Bizottságtól az európai magánjog közös elveinek, fogalmainak és modellszabályainak megfogalmazására, a Bizottság Egységesebb Európai Szerződési Jog Létrehozására Irányuló Akcióterve<sup>14</sup> keretében.<sup>15</sup> Ennek eredményeképp született meg a DCFR, amely a Bizottság célkitűzésének megfelelően az egyes szerződéstípusokra vonatkozó modell-szabályokat is tartalmaz.

A tervezet célja tehát a tagállami szerződési jogi szabályozások közelítése, amely során komoly jelentőséggel bírnak – az Unió által képviselt értékrendet is megtestesítő – alapelvek. A DCFR a szerződési alapelvek körében rögzíti a *gyengébb fél védelmének elvét*,<sup>16</sup> amely az Unió fogyasztóvédelmi, illetve a munkajogi tárgyú szabályozásaiban is megjelenik.

Kétségtelen, hogy az egészségügyi szolgáltatás igénybevételére irányuló jogviszonyban a beteg pozíciója gyengébb az egészségügyi szolgáltatóénál. A beteg az esetek jelentős részében – egészségi állapotából adódóan – rászorul az ellátásra, a kezelésre így feltétlenül – és gyakran azonnal – szükség van. Ezzel összefüggésben meg kell még említeni a beteg és a kezelést nyújtó egészségügyi dolgozó közötti információs aszimmetriát, amely probléma áthidalása szintén elengedhetetlen a beteg tényleges autonómiájának, illetve mellérendelt pozíciójának biztosításához.

Megjegyzendő, hogy az egészségügyi szolgáltatások nem tartoznak a szolgáltatási irányelv hatálya alá,<sup>17</sup> így az abban rögzített, a szolgáltatást igénybe vevő fél védelmét szolgáló garanciák nem vonatkoznak a betegekre. A páciens az egészségügyi szolgáltatással összefüggésben megillető jogok szabályozása így a tagállamok hatáskörében marad. A DCFR ezért a kezelési szolgáltatásokra vonatkozó szabályok körében speciális védelmet nyújt a betegnek.<sup>18</sup> A kezelési

---

<sup>11</sup> Török Éva: Az európai szerződési jog fejlődésének tendenciái, Debreceni Jogi Műhely, VIII. évf. 4. sz.

[http://www.debrecenijogimuhely.hu/archivum/4\\_2011/az\\_europai\\_szerzodesi\\_jog\\_fejlodesenek\\_tendenciai](http://www.debrecenijogimuhely.hu/archivum/4_2011/az_europai_szerzodesi_jog_fejlodesenek_tendenciai) (letöltés időpontja: 2016. november 28.)

<sup>12</sup> Study Group on a European Civil Code

<sup>13</sup> Research Group on Existing EC Private Law

<sup>14</sup> COM 2003/C 63/01 – Action Plan on a More Coherent European Contract Law

<sup>15</sup> DCFR General 1.

<sup>16</sup> a DCFR eredeti terminológiája szerint *protect the vulnerable*: a sebezhető védelme

<sup>17</sup> Az Európai Parlament és a Tanács 2006/123/EK irányelve a belső piaci szolgáltatásokról 2. cikk (2) bekezdés f) pont

<sup>18</sup> Principles, Definitions and Model Rules of European Private Law, Draft Common Frame of Reference (DCFR) 70. [http://ec.europa.eu/justice/contract/files/european-private-law\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/contract/files/european-private-law_en.pdf) (letöltés időpontja: 2017. január 8.)

szerződés alkalmazásának a társadalombiztosítási ellátásként nyújtott egészségügyi szolgáltatásokra való kiterjesztése pedig – a tervezet megfogalmazóinak elképzelése szerint – az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának olyan egységes jogi szabályozásának kialakítását szolgálná, amely alkalmas a világosság, a jogbiztonság, valamint a beteg, mint fogyasztó érdekeinek védelmére.<sup>19</sup>

A DCFR koncepciója mögött tehát a beteg pozíciójának erősítése, jogainak védelme húzódik. Fontos viszont kiemelni, hogy a tervezet fogyasztóként tekint a betegre, így a szerződés sajátos tárgyára tekintettel meghatározott speciális jogok és kötelezettségek is a „gyengébb fél” védelmét célozzák. Bár a fogyasztó pozíciójának sajátosságai a beteg státuszát egyaránt jellemzik, az emberi élet, testi épség, illetve egészség érintettsége miatt a beteget az egészségügyi szolgáltatással összefüggésben megillető jogok sokkal inkább az alapvető emberi jogokhoz, semmint a fogyasztói jogokhoz köthetők. Sőt, ezek a jogosultságok, önálló jogi kategóriaként, betegjogokként jelennek meg nem csak az Eütv-ben, hanem a vonatkozó nemzetközi egyezményekben, más államok egészségügyi jogi szabályozásában és a külföldi szakirodalomban is.

Bár a betegjogok az egészségügyi szolgáltatás igénybevételével összefüggésben, vagyis a kezelési szerződés keretei között illetik meg a beteget, nem eshetnek a fogyasztói szerződésekben szereplő szolgáltató kötelezettségeivel azonos megítélés alá. A betegjogok nem az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő fogyasztó vagyoni érdekeit védik, hanem a beteg, mint ember személyiségét. Ennek megfelelően a megsértésükhöz fűződő felelősség is eltérően alakul: a fogyasztói szerződésből eredő szavatossági igények (kijavítás, kicserélés) érvényesítésével kapcsolatos szabályok az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben csak szűk körben vagy egyáltalán nem alkalmazhatók. A betegjogok megsértése kapcsán csakis a nem vagyoni – illetve a személyiségi jogok megsértésével összefüggésben felmerült vagyoni – kártérítés jöhet szóba.

### **A kezelési szerződés megjelenése a BGB-ben**

A német jogirodalom, illetve bírói gyakorlat évtizedek óta határozottan szerződéses kötelekként tekint az orvos-beteg jogviszonyra.<sup>20</sup> Ezt az álláspontot a Szövetségi Alkotmánybíróság a következőképpen erősítette meg: *„Az orvos és a beteg közötti jogviszony Eberhard Schmidt szerint sokkal több, mint egy szerződéses kapcsolat. Az orvostika nem különül el a jogi szabályozástól,*

---

<sup>19</sup> DCFR 1954. [http://ec.europa.eu/justice/contract/files/european-private-law\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/contract/files/european-private-law_en.pdf) (letöltés időpontja: 2017. január 8.)

<sup>20</sup> Jobbágyi Gábor: Orvosi kezelési szerződés – új szerződésfajta a BGB-ben, In: Tanulmányok a 65 éves Lenkovics Barnabás tiszteletére, Budapest – Győr, Eötvös József Könyv-és Lapkiadó Bt. – Széchenyi István Egyetem Deák Ferenc Állam- és Jogtudományi Kara, 2015.,193.



*folyamatosan jelen van az orvos betegekkel való kapcsolataiban. Az etikai normák által támasztott követelmények jogi kötelezettségekként is megjelennek. Az orvosi tevékenység esetében az etikai szabályok sokkal jobban összefolynak a jogi normákkal, mint bármely más területen. Ez napjainkban is így van, a beteg önrendelkezési jogának figyelembevétele lényeges eleme az orvosi kötelezettségek körének.”<sup>21</sup>*

A Szövetségi Alkotmánybíróság a fentieket az orvosi felelősség kapcsán, azon belül is a tájékozott beleegyezés követelményével összefüggésben mondta ki. Mind a beteg autonómiája, mind pedig az abból fakadó tájékozott beleegyezés követelménye az emberi élet, testi épség és egészség érintettségével állnak összefüggésben. Nem elég tehát deklarálni az orvos-beteg kapcsolat szerződéses jellegét, meg kell határozni a beteg autonómiáját biztosítani képes, a páciens az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele során megillető jogokat.

A Németországban – egészen a BGB 2013-ban történt módosításáig – a beteget az egészségügyi ellátással összefüggésben megillető jogok nem voltak katalogizálva, így ezeket a bírói gyakorlat munkálta ki az egészségügyi szolgáltató kezelési hibákért való felelősségével kapcsolatos perekben. Bár a Szövetségi Orvosi Kamara (Bundesärztekammer) szakmai szabályzata<sup>22</sup> ezt megelőzően is tartalmazott betegjogi tárgyú rendelkezéseket ígtyöbbek között az emberi méltóság tiszteletben tartását,<sup>23</sup> a tájékoztatási kötelezettséget,<sup>24</sup> illetve a dokumentációs kötelezettséget,<sup>25</sup> átfogó betegjogi szabályozás nem létezett.

A kezeléssel érintettalapvető jogok, így különösen az élethez való jog, az emberi méltósághoz való jog, valamint az önrendelkezés jogának védelme azonban megköveteli a fenti jogok az orvos-beteg kapcsolat sajátosságainak figyelembe vételével történő specializálását. A jogbizonytalanság továbbá az egészségügyi szolgáltató helyzetét is megnehezíti, hiszen a betegjogok tételes felsorolása, illetve azok tartalmának pontos meghatározása hiányában nincsenek tisztában az esetleges felelősségre vonásukat megalapozó kötelezettségeikkel.

A jogbiztonsággal és az alapvető jogok védelmével kapcsolatos megfontolások mellett kiemelendő, hogy az orvosi felelősség – a gazdag bírói esetjognak köszönhetően – kiterjedt, komoly gyakorlati relevanciával bíró területté fejlőd-

---

<sup>21</sup>BVerfG, 25.07.1979 – BvR 878/74 (108)

<sup>22</sup>(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997

<sup>23</sup>MBO-Ä §7 (1)

<sup>24</sup>MBO-Ä §8

<sup>25</sup>MBO-Ä §11

dött, így e szempontból is indokoltnak tekinthető a betegjogok, illetve az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti kötelék törvényi szabályozása.<sup>26</sup>

A betegjogok szabályozására vonatkozó igény azonban nem jelenti automatikusan a kezelési szerződés *sui generis* szerződéstípusként történő rögzítésének szükségességét. Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának szabályozása körében – legalábbis Európában – figyelembe kell venni, hogy az esetek jelentős részében a beteg a társadalombiztosítás rendszerében nyújtott ellátásként veszi igénybe egészségügyi szolgáltatást, az ilyen ellátásokra pedig nem lehet tisztán – szerződéses megállapodás alapján nyújtott – szolgáltatásként tekinteni. A BGB módosítását is tartalmazó betegjogi törvény (PRG)<sup>27</sup> előkészítése során – az egészségbiztosítási vonatkozások kapcsán – felmerült tehát a közjogi szabályozás lehetősége is.

Az úgynevezett ellátási koncepció (Versorgungskonzeption) szerint az orvos az egészségügyi szolgáltatást a betegnek, mint biztosítottnak egészségbiztosítási ellátásként nyújtja, így az ellenszolgáltatást sem a beteg, hanem az egészségbiztosító teljesíti, így ez a jogviszony nem tekinthető magánjoginak.<sup>28</sup>

A Szövetségi Legfelsőbb Bíróság (Bundesgerichtshof) gyakorlata,<sup>29</sup> illetve a szakirodalmi álláspont<sup>30</sup> szerint a biztosított is az egészségügyi szolgáltatóval kötött szerződés alapján veszi igénybe az ellátást. Ezt támasztja alá betegautonómiájának elismerése, az orvos gyógymódválasztási szabadsága, illetve az orvos és a beteg közötti bizalmi kapcsolat. Ezek a magánjogi jegyek az egészségbiztosítási ellátásként nyújtott kezelés esetében is jellemzik az orvos-beteg köteléket, a jogalkotó ezért a magánjog szabályozás mellett döntött.<sup>31</sup>

Németországban tehát a kezelési szerződés BGB-beli rögzítését megelőzően a betegjogok az egészségügyi szolgáltatások igénybevételével összefüggésben keletkezett károkért való felelősséggel összefüggő bírói gyakorlat által kimunkált formában léteztek. Azonban, részben a fentebb említett alkotmányjogi megfontolások, de főként az egészségügyi szolgáltató felelősségre vonásának kereteit tisztázó szabályozás iránti igény miatt elengedhetlenné vált egy átfogó betegjogi szabályozás megalkotása. Az orvos és a beteg közötti kapcsolat határozottan magánjogi vonásaira tekintettel a jogalkotó az egészségügyi szolgáltatás-

---

<sup>26</sup> Dominik Franzki: *Der Behandlungsvertrag*, Einneuer Vertragstypus im Bürgerlichen Gesetzbuch, Göttingen, Universitätsverlag Göttingen, 2014., 42.

<sup>27</sup> Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20. Februar 2013. (PRG)

<sup>28</sup> Dominik Franzki: i.m. 50.

<sup>29</sup> BGH, 17.12.1985 - VI ZR 178/84 stb.

<sup>30</sup> Jobbágyi Gábor: i.m. 193.

<sup>31</sup> Dominik Franzki: i.m. 51.

sal összefüggésben a beteget megillető jogokat szerződéses kötelezettségként határozta meg.

A fentiek alapján kitűnik, hogy a DCFR és a BGB koncepciójának megalkotása mögött teljesen eltérő megfontolások húzódnak. A beteg érdekeinek védelme mindkét esetben elsődleges szempont volt. Azonban, míg a DCFR a beteget fogyasztóként kezeli, és gyengébb félként védi az egészségügyi szolgáltatóval, mint a gazdasági értelemben vett szolgáltatóval szemben, addig a BGB az emberi személyiség védelmét helyezi előtérbe. Kiemelendő továbbá, hogy Németországban már a betegjogok – meglehetősen kései – szabályozását megelőzően jelentős bírói gyakorlat alakult ki az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben elszenvedett károk miatti igényérvényesítések kapcsán. Ez pedig már önmagában indokolttá teszi a gyakorlat vívmányainak a jogi szabályozásba történő átültetését és ezzel jogviszony kereteinek rendezését.

Az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben elszenvedett károk miatti perek gyakorisága kapcsán megjegyzendő, hogy az, hogy a beteg úgy dönt, hogy magánjogi úton érvényesít igényt az egészségügyi szolgáltatóval szemben, fogyasztói szemléletre utal,<sup>32</sup> ez vitathatatlan. A személyes gyakorlati tapasztalataim azonban azt mutatják, hogy egy, a kezeléssel összefüggésben kárt elszenvedett beteg attitűdje, aki igényei érvényesítése érdekében tanácsért, illetve jogi képviseletért folyamodik, merőben eltér a fogyasztói igényt keresztülvinni kívánó ügyfélétől. Az igényérvényesítést ilyenkor a személyiségi jogi sérelmek motiválják, a beteget, mint „fogyasztót” megillető jogok megsértése kizárólag a követelés jogalapja körében bírnak jelentőséggel. Ezzel összefüggésben megjegyzendő, hogy a betegjogok sérelme is képezheti sérelemdíj iránti igény jogalapját, azonban az ilyen tárgyú jogviták középpontjában a testi épség, illetve egészség megsértésére tekintettel követelt kompenzáció áll.

## A „kezelési szerződés” a magyar jogban

Amint az a bevezetőben leírtakból is kitűnik, számos jogrendszerben, így hazánkban is az egészségügyi szolgáltatással összefüggésben elszenvedett károkért való felelősséggel összefüggésben merült fel először az egészségügyi szolgáltatás nyújtására irányuló szerződés kérdése.

Az elmúlt két évtizedben számos olyan felsőbb bírósági döntés született, amely a jogviszony kontraktuális természetének rögzítésén túlmenően megállapításokat tesz a szerződés tartalma tekintetében is. Kiemelendő a Pécsi Ítéletábla azon álláspontja, mely szerint, „*az [...] orvos és a beteg – az egészségügyi szolgáltató*

---

<sup>32</sup>Dósa Ágnes: Az orvos kártérítési felelőssége, Budapest, HVG-ORAC, 2010., 9.

*és a páciens – kapcsolata alapvető, lényegi elemeiben polgári jogi szerződéses jogviszony, amelyet az igénybevevő erre irányuló szándéka hoz létre. [...] Az orvosi jogviszony körében a szerződés célja a beteg egészségi, testi állapotának előnyös változása, amelynek érdekében a beteg nem csupán beleegyezik, de kifejezetten igényli az orvosi beavatkozás folytán megvalósuló «testi sértést», a szerződés célja és tartalma által meghatározott keretek között.»<sup>33</sup>*

Minthogy azonban a kezelési szerződést sem a Ptk. sem pedig egyéb jogszabály nem rögzíti önálló szerződéstípusként, felmerül a kérdés, hogy mit értünk a szerződés tartalma alatt. Nyilvánvaló, hogy a szerződés tartalmát jelentős részben az Eütv. szabályai teszik ki.<sup>34</sup> Az egészségügyi szolgáltatások nyújtására vonatkozó kógens rendelkezésekként a felek közötti jogviszony jellegére való tekintet nélkül állapítanak meg jogokat, illetve kötelezettségeket mindkét félre nézve. Az ellátásban résztvevő egészségügyi dolgozókat hivatásuknál fogva kötik továbbá az etikai normák és a szakmai szabályok.<sup>35</sup>

Hasonlóan összetett kérdés a szerződés tárgyát képező kezelés, mint szolgáltatás minősítése. Az Eütv. az egészségügyi tevékenység fogalmának meghatározásakor a beteg vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, egészségügyi rehabilitációjára, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozására irányuló egészségügyi tevékenységek összességéről beszél.<sup>36</sup> Később a törvény az egészségügyi szolgáltatások céljaként az egészség fejlesztéséhez, lehetséges mértékű helyreállításához, az egészségromlás mérsékléséhez való hozzájárulást, valamint a megváltozott egészségi állapotú egyének munkába és közösségbe való beilleszkedésének elősegítését jelöli meg.<sup>37</sup> Rögzíteni kell továbbá, hogy a beteg felgyógyulása nem kizárólag az orvostól függ, számos egyéb tényező is közrejátszik, melyek pontos felmérése és észlelése szinte lehetetlen.<sup>38</sup> A fentiekből kitűnik, hogy az egészségügyi szolgáltatás nyújtása végső soron eredmény elérésére irányul ugyan, e tevékenység fő tárgya viszont – az eredménykötelmekkel ellentétben – mégsem az eredményszolgáltatás. A törvény szóhasználata („hozzájárulás, elősegítés”) is arra utal, hogy itt az eredmény egy távolabbi célkitűzés. Az orvos

---

<sup>33</sup> Pécsi Ítéletábrla Pf.II.20.115/2009.

<sup>34</sup> Kemenes István: Az orvos kártérítési felelősségének egyes kérdései, Bíróági Döntvények Tára 2008/1. 5. oldal.

<sup>35</sup> Eütv. 77. § (3) bekezdés

<sup>36</sup> Eütv. 3. § e) pont

<sup>37</sup> Eütv. 75. § (2) bekezdés

<sup>38</sup> Törő Károly: Az orvosi polgári jogi jogviszony, Budapest, KJK, 1965., 23. o.

tehát nem a beteg gyógygyógyítását vállalja, hanem csupán az annak érdekében történő gyógykezelést.<sup>39</sup>

Ezzel szemben rögzíteni kell, hogy számos olyan orvosi tevékenységfajta létezik, amely esetében az eredmény elérése az uralkodó. Ilyen például a fogpótlás elkészítése, amely minden jogrendszerben, így a magyarban is eredménykötelelem.<sup>40</sup> A plasztikai beavatkozások esetén a beteg szintén eredményt vár el a beavatkozástól, a bírói gyakorlat ennek ellenére megbízási szerződésnek tekinti a plasztikai műtét elvégzésére irányuló megállapodást.<sup>41</sup>

E körben meg kell említeni, hogy a gondossági mérce eltér a Ptk-ban rögzített általában elvárhatóság követelményétől.<sup>42</sup> A már említett Eütv. 77. § (3) bekezdése ugyanis rögzíti, hogy minden beteget – az ellátás igénybevételének jogcímére tekintet nélkül – az ellátásában résztvevőktől elvárható gondossággal, valamint a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával kell ellátni. A Legfelsőbb Bíróság vonatkozó gyakorlata szerint a kártérítési felelősség alóli kimentés körében is ez a mérce tekintendő irányadónak.<sup>43</sup> Mivel pedig az ellátásban való részvétel ténye feltételezi az ahhoz szükséges képzettség meglétét, a kezelést nyújtó féltől elvárt gondosság az általános követelményhez képest fokozottnak tekinthető.

A bírói gyakorlat és az Eütv. tehát egy megbízási típusú szerződést körvonalaz, amelynek tartalmát az ágazati jogszabályi rendelkezések és az egészségügyi szférában dolgozóakra vonatkozó, a jogi szabályozás körén kívül eső – etikai és szakmai – szabályok határozzák meg. A jogtudomány hazai képviselőinek jelentős része<sup>44</sup> szintén így vélekedik. Jobbágyi Gábor szerint az orvos-beteg jogviszony nem megbízási. Érvei között szerepel a személyes munkavégzési kötelezettség és a megbízó (beteg) széleskörű utasítási jogának hiánya, továbbá az is, hogy a megbízási mindkét fél felmondhatja, az egészségügyi intézmény azonban kevés esetben tagadhatja meg a beteg ellátását.<sup>45</sup> Fontos továbbá kiemelni Papp Tekla álláspontját, mely szerint a kezelési szerződés az atipikus szerződések köréhez tartozik.<sup>46</sup>

---

<sup>39</sup> Tarr György: Gondolatok az orvosi jogról és az orvosi jogviszonyról, Magyar jog, XCIX. évfolyam I. szám, 26.

<sup>40</sup> Jobbágyi Gábor (2010): i.m. 38., PKKB. 31. P. 89.625/1994.

<sup>41</sup> LB. Pfv.III.22 627/1999.

<sup>42</sup> Ptk. 1:4. § (1) bekezdés

<sup>43</sup> EH 2008.1867.

<sup>44</sup> például Villányi László, Csanádi György, Eörsi Gyula és Lábady Tamás ld. Tarr György: i.m. 22-23.

<sup>45</sup> Jobbágyi Gábor (2010.): i.m. 43.

<sup>46</sup> Papp Tekla: Atipikus szerződések, Lectum Kiadó, Szeged, 2009. 18-23.

## A kezelési szerződés koncepciója a DCFR-ben és a BGB-ben

### A kezelési szerződés helye a DCFR és a BGB rendszerében

A DCFR a modellszabályok (ModelRules) körében az „egyes szerződések és az azokból folyó jogok és kötelezettségek” címet viselő IV. könyv, a szolgáltatási szerződésekről szóló C) részében helyezi el a kezelési szerződést. Ebben a részben megbízási és vállalkozási típusú szerződések egyaránt találhatók, kitűnik tehát, hogy a tervezet csupán a jogviszony tárgya alapján differenciál a szerződéstípusok között, így a kezelési szerződés, a DCFR rendszerében való elhelyezkedése alapján nem következtethetünk a szolgáltatás gondossági, illetve eredménykötelelem jellegére.

A BGB is hasonló megoldást követ, a kezelési szerződést ugyanis a kötelmi jogi könyv, az egyes szerződésekről szóló fejezetében, a szolgáltatási szerződés és hasonló szerződések címének egyik alcímeként szabályozza. A BGB egyébként háttérszabályaként rendeli alkalmazni a szolgáltatási jogviszony szabályait,<sup>47</sup> a kezelési szerződés tehát a szolgáltatási szerződés egyik altípusának tekinthető. A kezelési szerződés gondossági kötelmi természetű már a BGB rendszerében elfoglalt helye alapján kitűnik.

### A kezelési szerződés fogalma

A DCFR nem kezelési szerződés fogalmának rögzítése, hanem a fejezet alkalmazási körének megjelölése útján határozza meg felek pozícióját, illetve a szolgáltatás tárgyát .

*E fejezet azon szerződésekre vonatkozik, amelyekben az egyik fél, a kezelést nyújtó egészségügyi kezelés nyújtását vállalja, egy másik fél, a beteg számára.*

*A fejezet megfelelően alkalmazandó bármely egyéb olyan szerződés tekintetében, amely egy személy fizikai, illetve mentális állapotának megváltoztatására irányuló szolgáltatás nyújtására vonatkozik.*

*Amennyiben nem a beteg a szerződő fél, úgy egy olyan harmadik félnek tekintendő, akire nézve a szerződés az egészségügyi szolgáltató jelen fejezetben meghatározott kötelezettségeivel korrelációban jogokat keletkeztet.<sup>48</sup>*

A tervezetelsődlegesen kifejezetten az egészségügyi kezelésekre vonatkozásában rendeli alkalmazni a fejezet rendelkezéseit. Összevetve az egészségügyi szolgáltatás, az Eütv. 3. § e) pontjában rögzített fogalmával, a kezelési szerződés tárgyának DCFR-beli meghatározása pontatlannak tűnhet, fontos azonban, hogy

---

<sup>47</sup> BGB § 630b

<sup>48</sup> DCFR IV. C. – 8:101 (1)-(3)

az Eütv. közjogi tárgyú jogszabályként egy sor olyan tevékenységet, illetve ellátást is a szabályozási körébe von, amely tekintetében a III. fejezetben leírtak nem irányadók. Így például a köz-, illetve népegészségügyi vonatkozású egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben – a törvényben megjelölt kivételektől eltekintve – a betegjogok, az azokkal korreláló, az egészségügyi szolgáltató oldalán felmerülő kötelezettségekkel egyetemben változatlanul irányadók.

Figyelemreméltó viszont, hogy a DCFR a kezelési szerződés alkalmazási körébe von minden olyan szolgáltatást, amely egy személy mentális vagy fizikai állapotának megváltoztatására irányul.<sup>49</sup>E rendelkezés látszólag az (1) bekezdésben említett egészségügyi kezelés fogalmát rögzíti. Itt azonban a kezelési szerződés alkalmazási körének az olyan tevékenységekre történő kiterjesztéséről van szó, amelyek nem tekinthetők orvosi ellátásnak. Egyes szolgáltatások (pl. pszichoterápia) esetében magától értetődik a kezelési szerződés alkalmazása, a tervezet megfogalmazói azonban – a szolgáltatások színvonalának növelése, illetve a fogyasztók védelme érdekében – olyan tevékenységek vonatkozásában is lehetővé tennék a kezelési szerződés alkalmazását, mint a fodrászat vagy a kozmetika.<sup>50</sup>

A fejezet alkalmazási körével összefüggésben kiemelendő továbbá, hogy a tervezet rendezi a felek pozícióját a (társadalom)biztosítási szolgáltatásként nyújtott egészségügyi szolgáltatások tekintetében is, a modellszabály ugyanis egy olyan esetkört is említ, amikor nem a beteg a szerződő fél, hanem a jogviszonyból eredő jogok alanyaként, tulajdonképpen a kezelési szerződés kedvezményezettje.

A BGB – a Ptk. által is követett módszerrel – a kezelési szerződés fogalmának megjelölése útján rögzíti a jogviszony kereteit:

*A kezelési szerződés által az orvosi kezelést vállaló fél (Kezelést nyújtó), a vállalt kezelés nyújtására, a másik fél (Páciens) pedig az általa vállalt ellenszolgáltatás teljesítésére köteles, amennyiben ez nem egy harmadik fél kötelezettsége.*

A BGB szerinti kezelési szerződés-fogalom egyetlen és – látszólag – jelentős eltérése DCFR (1) bekezdéséhez képest az ellenszolgáltatásra vonatkozó rendelkezés. Az, hogy a tervezet nem tartalmaz ilyet, nem jelenti azt, hogy az Európai Unió az egészségügyi szolgáltatások ingyenességét preferálná. Az egészségügyi szolgáltatás finanszírozása azonban az esetek zömében egy harmadik fél – többnyire az állami egészségbiztosító – bevonásával történik, az ezzel kapcsolatos részletszabályok kidolgozása viszont több, mint amire a DCFR koncepciója, mint – hangsúlyozottan – modellszabály hivatott.

E körben fontos még megemlíteni, hogy a BGB szerint a beteg ellenszolgáltatás teljesítésére vonatkozó kötelezettsége szubszidiárius, csak abban az esetben áll

<sup>49</sup> DCFR IV.V. 8:101. (3) bekezdés

<sup>50</sup> DCFR 1953. [http://ec.europa.eu/justice/contract/files/european-private-law\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/contract/files/european-private-law_en.pdf) (letöltés időpontja: 2017. január 8.)

fenn, ha az nem a már említett harmadik fél kötelezettsége. A fentiek alapján tisztán látszik, hogy a BGB elsődleges célja nem a magánszférában nyújtott egészségügyi szolgáltatások szerződéses kereteinek kidolgozása volt, hanem az egészségügyi szolgáltatás nyújtására irányuló jogviszony szabályozása. Egy – kifejezetten a magán egészségügyi szolgáltatások körében irányadó – fogyasztóvédelmi célt szolgáló rendelkezési azonban mégis ki kell emelni: a BGB §630c (3) bekezdés alapján, amennyiben a kezelés az ellátás díját nem a harmadik fél viseli, a kezelést nyújtó fél köteles írásban tájékoztatni a beteget a díj mértékéről.

Figyelembe véve ezzel szemben a DCFR által célzott – a belső piac működését, azon belül is a szolgáltatásnyújtás szabadságának legteljesebb körű érvényesülését szolgáló – jogharmonizációt, megállapítható, hogy a tervezet – azzal együtt, hogy meghagyja a kezelési szerződés a társadalombiztosítási ellátásként nyújtott egészségügyi szolgáltatások vonatkozásában történő alkalmazásának lehetőségét – a magánszférában, fogyasztók számára nyújtott szolgáltatásokra koncentrál.

### **A gondossági mérce**

A DCFR a fejezet alkalmazási körét követően az egészségügyi szolgáltató kötelezettségeit taglalja, melyek közül az elvárható szaktudás és gondosság követelménye bír kiemelkedő jelentőséggel. A tervezet ugyanis e körben – kógens éllel – meghatározza az egészségügyi szolgáltatás nyújtása során követendő mércét:

*A kezelést nyújtó szaktudására és gondosságára vonatkozó követelmény megköveteli különösen, hogy a kezelést nyújtó olyan gondossággal és szaktudással birtokában nyújtsa szolgáltatását, amelyet egy ésszerű kezelést nyújtó tanúsítana az adott körülmények között.*<sup>51</sup>

A DCFR által meghatározott gondossági mérce tehát lényegében megegyezik az Eütv.-ben rögzített, az ellátásban résztvevőktől elvárható gondosság követelményével.<sup>52</sup> Az ezzel összefüggésben fentebb leírtak megismétlésétől eltekintően ehelyütt csupán annyit rögzítetek, hogy a fenti rendelkezés alapján nyilvánvaló, hogy az egészségügyi szolgáltató nem a beteg meggyógyítására, mint eredmény produkálására, hanem az annak érdekében – a tőle általában elvárható gondossággal – történő ellátásra vállal kötelezettséget. A kezelési szerződés tehát a DCFR koncepciója szerint is gondossági kötelezettséget keletkeztet.

A DCFR a fentiekhez hasonló követelményt támaszt a kezelés során alkalmazott eszközök, gyógyszerek, anyagok, felszerelések és a kezelés nyújtására szolgáló helyiség tekintetében. Ezeknek ugyanis meg kell felelniük a professzio-

---

<sup>51</sup> DCFR IV. C.-8:104 (1)

<sup>52</sup>Eütv. 77. § (3) bekezdés



nális gyakorlatban elfogadott minőségi követelményeknek, valamint a vonatkozó jogszabályi rendelkezéseknek.<sup>53</sup>

A BGB a kezelési szerződés teljesítése vonatkozásában nem határoz meg sajátos gondossági követelményt, így a BGB §630b-ben foglalt rendelkezés alapján alkalmazandó szolgáltatási szerződésre vonatkozó szabályok körében alkalmazott adott helyzetben elvárható teljesítés követelménye irányadó.<sup>54</sup> A BGB §630a (2) bekezdése alapján azonban – eltérő megállapodás hiányában – a kezelés időpontjában elismert szakmai standardoknak megfelelően kell nyújtani a kezelést.

A BGB tehát a gondosság körében nem differenciál, ehelyett a fenti keretszabállyalbeemeli a szakmai szabályokat a szerződésből eredő kötelezettségek körébe. A hazai szabályozás is hasonlóan alakul, az Eütv. 77. § (3) bekezdése ugyanis az ellátásban résztvevőktől elvárható gondosság követelményén kívül a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartását is előírja.

Kérdéseket vethet fel a mindenkori szakmai, etikai szabályok, illetve irányelvek betartására vonatkozó kötelezettség diszpozitivitása. Ezek biztosítják ugyanis az ellátás megfelelő színvonalát, így elhagyásuk meglehetősen hátrányos volna a beteg szempontjából. A páciens önrendelkezési jogát figyelembe véve mégis értelmet nyerhet az eltérés lehetősége. A beavatkozás folyamán ugyanis felmerülhetnek olyan helyzetek, amikor nincs lehetőség a beteg tájékozott beleegyezésének megszerzésére. A beteg halálával vagy maradandó károsodásával fenyegető közvetlenül helyzetekben az ilyen eredmény elkerülése a kezelést nyújtó orvos – a beteg beleegyezése hiányában is – köteles megtenni – a szakmai protokoll szerinti – szükséges intézkedéseket.<sup>55</sup> Előfordulhat azonban, hogy a beteg – pl. vallási meggyőződése okán – a szakmai szabályok szerint alkalmazandó beavatkozásba nem egyezne bele.<sup>56</sup> A felek – a szakmában megszokott beavatkozás helyett alternatív kezelés alkalmazására vonatkozó – megállapodása ilyen esetben feloldhatja az emberi élet, testi épség és egészség védelméhez fűződő társadalmi érdek és a beteg önrendelkezési joga, illetve – a lábjegyzetben

---

<sup>53</sup> DCFR IV. C.-8:103 (1)

<sup>54</sup> BGB § 612 abs. (1)

<sup>55</sup> vö. Eütv. 125. §, illetve 18. § (1) bekezdés a) pont.

<sup>56</sup> A Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kara által 2016-ban, Az egészségügyi ellátás aktuális jogi és etikai kérdései címmel szervezett V. Betegjogi szakmai nap egyik workshopja a Jehova Tanúi Egyház tagjainak orvosi ellátásával kapcsolatos kihívásokról szólt. A Bibliában található kijelentések értelmezése alapján számukra ugyanis az allogénvértranszfúzió (azaz a teljes vér, vörösvértestek, fehérvérsejtek, vérlemezkék, és a plazma használata) illetve a preoperatív autológ vérgyűjtés elfogadhatatlan. <http://semmelweis.hu/betegjogi-konferencia/files/2012/02/Program-2016-honlapra.pdf> (letöltés időpontja: 2016. október 26.)

jelölt esetben felmerült – vallásszabadsághoz fűződő alapvető joga közötti döntés problémáját.

### **Betegjogi tárgyú és egyéb rendelkezések a BGB-ben és a DCFR-ben**

A DCFR és a BGB egyaránt rögzíti az egészségügyi szolgáltató tájékoztatási kötelezettségét, a tájékozott beleegyezés követelményét, az egészségügyi dokumentáció vezetésére vonatkozó kötelezettséget, valamint – utóbbival összefüggésben – a dokumentáció megismerésének jogát. E rendelkezések részletekbe menő tárgyalásától jelen keretek között eltekintek, az egyes betegjogok, illetve – a DCFR és a BGB esetén – az egészségügyi szolgáltató kötelezettségeinek tartalma a kezelési szerződés hazai szabályozása szempontjából nem bír relevanciával.

Fontos viszont, hogy míg az Eütv. a betegjogokat, illetve az egészségügyi szolgáltató és az ellátásban résztvevő egészségügyi dolgozók a beteget megillető jogosultságokkal korrelációban lévő kötelezettségeit közjogi éllel egy, a teljes egészségügyi ágazatra kiterjedő hatállyal szabályozza, addig a BGB és a DCFR szerződéses kötelezettségekként tekint rájuk. A DCFR esetében ez a szemlélet magától értetődik, hiszen, bár említi a kezelési szerződés a közfinanszírozású egészségügyi szolgáltatások tekintetében történő alkalmazásának lehetőségét, a tervezet a magánszférában, szolgáltatásként nyújtott kezelésekre koncentrálna. A BGB esetében – bár felmerült egy közjogi alapokon nyugvó szabályozás lehetősége – a régóta egységes bírói gyakorlat megállapításaira tekintettel döntöttek a betegjogok szerződéses kötelezettségekként történő rögzítése mellett.

A DCFR rendelkezései körében – az egészségügyi szolgáltató és a beteg kapcsolata szempontjából – a fent ismertetett és elemzett rendelkezéseken kívül komoly jelentőséggel bírnak az egészségügyi szolgáltató szervezetek kötelezettségei. E körben a tervezet azokat az eseteket szabályozza, amikor az egészségügyi szolgáltató önálló jogviszony alapján egy harmadik személyhez köthető egészségügyi intézményben kezeli a beteget. Ilyenkor az intézmény köteles tájékoztatni a beteget arról a körülményről, hogy nem ő a szerződő fél. Amennyiben pedig a beteg számára nem ismert – a szerződés szerinti – egészségügyi szolgáltató személye, az intézményt kell egészségügyi szolgáltatónak tekinteni, hacsak ésszerű időn belül nem tájékoztatja a beteget vele jogi kapcsolatban lévő egészségügyi szolgáltató személyéről.<sup>57</sup>

A fenti rendelkezés szintén a beteg, mint gyengébb fél védelmét szolgálja, azonban – a hazai szabályozást, illetve gyakorlati tapasztalatokat figyelembe véve – nem kifejezetten fogyasztóvédelmi céllal. Társadalombiztosítási ellátásként nyújtott egészségügyi szolgáltatások esetében is gyakran előfordul ugyanis, hogy nem az intézményt fenntartó közszolgáltató, hanem egy vele önálló jogviszonyban álló másik egészségügyi szolgáltató nyújtja a kezelést. Ez viszont a

---

<sup>57</sup> DCFR IV. C. – 8:111: Obligations of treatment-providing organisations (1)-(2)

beteg számára nem feltétlenül egyértelmű, ez pedig megnehezítheti a szerződésből eredő igények érvényesítését. A tervezet fent ismertetett rendelkezései ezért azt hivatottak kiküszöbölni, hogy e helyzetből adódóan hátrány érje a beteget.

Ez a megoldás a hazai szabályozás számára sem ismeretlen, az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény (Eütev.) 19/A. § értelmében ugyanis *a beteg, illetve hozzátartozója az egészségügyi szolgáltatás során vagy az azzal összefüggésben keletkezett kára megtérítésére vonatkozó igényét közvetlenül a közszolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltatóval szemben érvényesítheti, függetlenül attól, hogy az egészségügyi közszolgáltató milyen jogviszonyban foglalkoztatta a kárt okozó egészségügyi dolgozót.* Az Eütev. fenti rendelkezése, ugyan nem ír elő tájékoztatási kötelezettséget az egészségügyi közszolgáltató, mint – a kezelésre irányuló jogviszony szempontjából – harmadik személy számára, az esetleges igényérvényesítés esetére lehetővé teszi, hogy a beteg bármelyik féllel szemben fellépjen.

A kezelési szerződés BGB-beli rögzítése kapcsán szó esett az egészségügyi szolgáltatások nyújtásával összefüggésben okozott károkkal kapcsolatos perekben kialakult bírói gyakorlatról, amely nem csupán a betegjogi természetű rendelkezésekre volt hatással. A BGB *Bizonyítási teher a kezelési, illetve tájékoztatási hibákért való felelősség esetén* címet viselő § 630h szakasza vélelmeket állít fel, amelyek által megkönnyíti a kezelési hibákból eredő károkkal kapcsolatos jogviták rendezését.

## Összegző gondolatok

A jogviszony leglényegesebb ismérveit tekintve a DCFR és a BGB szabályozása – első ránézésre – azonos irányt követ. A kezelési szerződést egyaránt gondossági kötelemnek tekintik, a teljesítés zsinórmértékét pedig mindkét koncepció a szolgáltatás sajátosságait szem előtt tartva határozza meg. A beteg életét, testi épségét és egészségét, mint az emberi személyiség leglényegesebb elemeit érintő egészségügyi szolgáltatással összefüggésben őt megillető jogokat az egészségügyi szolgáltató oldalán megjelenő kötelezettségekként szabályozzák.

Összevetve a fentieket a hazai szabályozással, az a következtetés vonható le, hogy az elemzés tárgyát képező koncepciók annyiban térnek az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti jogviszony az Eütv. által meghatározott kereteihez képest, hogy *expressis verbis* rögzítik az egészségügyi szolgáltatásra irányuló jogviszony szerződéses voltát. A felek jogállása szempontjából ez nem bír jelentőséggel, hiszen az Eütv-ben katalógizált betegjogok ugyanúgy biztosítják a beteg autonómiáját és mellérendelt helyzetét, mint BGB-ben és a DCFR-ben rögzített – lényegüket tekintve azonos tartalmú – szerződéses kötelezettségek.

Ugyanez mondható el a szolgáltatás nyújtása körében irányadó gondossági mércekről, illetve alkalmazandó szakmai és etikai normákról.

A kezelési szerződés BGB-beli rögzítése mögött húzódó megfontolásokra visszatekintve az állapítható meg, hogy a német jogrendszernek a polgári jogi kódex módosítását megelőzően komoly hiányossága volt a betegjogok szabályozásának hiánya. Az Eütv. ezzel szemben e vonatkozásban kielégítő szabályozást nyújt, így a jogbiztonsággal, illetve az alapvető jogok és az emberi személyiség védelmével aggályok nem jöhetnek szóba a magyar szabályozás esetében. A BGB egyetlen nívója az egészségügyi szolgáltató felelősségére vonatkozó szabályozás, amely azonban a tevékenység jellegéhez köthető, nem pedig a felek viszonyához.

A DCFR kapcsán fontos kiemelni, hogy a tagállami szerződési jogi szabályozások harmonizációjának egyik eszközeként elsősorban a magán-egészségügyi szolgáltatásokra lett szabva. Hazánkban azonban a lakosság többsége társadalombiztosítási ellátásként vesz igénybe egészségügyi szolgáltatásokat, melyek esetében a jogszabály keletkeztet ellátási kötelezettséget. A beteget a kezeléssel összefüggésben megillető jogok szerződéses kötelezettségként történő rögzítése még úgy is idegen a kezelés nyújtására irányuló jogviszonytól, hogy határozottan elismerjük a beteg egyenjogúságát, autonómiáját és mellérendeltségét.

Látni kell továbbá, hogy az egészségügyi ellátásokkal összefüggő – feltétel nélküli érvényesülést kívánó – betegjogok alkalmazási köre szélesebb a DCFR, illetve a BGB szerint a kezelési szerződésénél (lásd pl. sürgős szükség esetén nyújtott egészségügyi ellátás, közegészségügy, népegészségügy). Az emberi élet, testi épség és egészség védelmére, mint kiemelt társadalmi érdekre tekintettel az ágazatban irányadó, a társadalmi igényeknek megfelelő ellátás biztosítását célzó szakmai és egyéb követelmények érvényesülési körének meghatározásaezért nem eshet ki a közjogi szabályozás alól. Ha tehát a Ptk. vagy akár az Eütv. a DCFR-hez vagy a BGB-hez hasonló módon, akár a felek autonómiájának és mellérendeltségének deklarációja, akár a magán egészségügyi szolgáltatások megfelelő szabályozása érdekében önálló szerződéstípusként rögzítené a kezelési szerződést, az ágazati szabályozásra továbbra is szükség lenne a jelenlegi formájában.

## Felhasznált irodalom

- Dominik Franzki: Der Behandlungsvertrag, Ein neuer Vertragstypus im Bürgerlichen Gesetzbuch, Göttingen, Universitätsverlag Göttingen, 2014.

- Dósa Ágnes: Az orvos kártérítési felelőssége, Budapest, HVG-ORAC, 2010.
- Günther Brenner: Arzt und Recht, Stuttgart-New York, Gustav Fischer Verlag, 1983,
- Jobbágyi Gábor: Orvosi jog, Budapest, Szent István Társulat, 2010.
- Jobbágyi Gábor: Orvosi kezelési szerződés – új szerződésfajta a BGB-ben, In: Tanulmányok a 65 éves Lenkovich Barnabás tiszteletére, Budapest – Győr, Eötvös József Könyv-és Lapkiadó Bt. – Széchenyi István Egyetem Deák Ferenc Állam- és Jogtudományi Kara
- Kemenes István: Az orvos kártérítési felelősségének egyes kérdései, Bíró-sági Döntvények Tára 2008/1.
- MauritsBarendrecht, Chris Jansen, Marco Loos, Andrea Pinna, RuiCascao, Stephanie van Gulijk: Principles of European Private Law, Service contracts, München, Sellier European Law Publishers, 2007., 796.
- Papp Tekla: Atipikus szerződések, Lectum Kiadó, Szeged, 2009.
- Tarr György: Gondolatok az orvosi jogról és az orvosi jogviszonyról, Magyar jog, XCIX. évfolyam I. szám
- Törő Károly: Az orvosi polgári jogi jogviszony, Budapest, KJK, 1965.
- Török Éva: Az európai szerződési jog fejlődésének tendenciái, Debreceni Jogi Műhely, VIII. évf. 4. sz. [http://www.debrecenijogimuhely.hu/archivum/4\\_2011/az\\_europai\\_szerzodesi\\_jog\\_fejlodesenek\\_tendenciai](http://www.debrecenijogimuhely.hu/archivum/4_2011/az_europai_szerzodesi_jog_fejlodesenek_tendenciai) (letöltés időpontja: 2016. november 28.)

### **Feldolgozott jogszabályok és egyéb dokumentumok**

- A Legfelsőbb Bíróság Civilisztikai Kollégiumának emlékeztetője a civilisztikai kollégiumvezetők 2008. január 23-25. napján megtartott országos tanácskozásán megvitattott kérdésekről. <http://ibolyatibor.atw.hu/civkoll.pdf> (letöltés időpontja: 2014. október 9.)
- A Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.)
- Az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény (Eütev.)
- Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.)
- Az Európai Parlament és a Tanács 2006/123/EK irányelve a belső piaci szolgáltatásokról.
- BürgerlichesGesetzbuchin der Fassung der Bekanntmachungvom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738)
- COM 2003/C 63/01 – Action Planon a More Coherent European Contract Law
- GesetzzurVerbesserung der Rechte von Patientinnen und Patientenvom 20. Februar 2013. (PRG)

- (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997.
- Principles, Definitions and Model Rules of European Private Law, Draft Common Frame of Reference (DCFR)  
[http://ec.europa.eu/justice/contract/files/european-private-law\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/contract/files/european-private-law_en.pdf)  
(letöltés időpontja: 2017. január 8.)

**Feldolgozott bírósági és alkotmánybírósági határozatok**

- BGH, 17.12.1985 - VI ZR 178/84
- BVerfG, 25.07.1979 – BvR 878/74 (108)
- EH 2008.1867
- LB. Pfv. III.22 627/1999.
- Pécsi Ítéltábla Pf.II.20.115/2009.
- PKKB. 31. P. 89.625/1994.

**Kiss János Márk** ügyvédjelölt, doktorandusz

A szerző jogász, oklevelét a Debreceni Egyetem Állam- és Jogtudományi Karán szerezte 2015-ben. Jelenleg a Debreceni Egyetem Marton Géza Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola II. évfolyamos, levelező tagozatos doktorandusza, emellett a Nyíregyházi Ügyvédi Kamara névjegyzékébe felvett ügyvédjelölt. Kutatási területe az egészségügyi szolgáltatások magánjogi aspektusaira terjed ki.

---

UNIVERSITY  
OF DEBRECEN  
  
FACULTY OF  
HEALTH  
NYÍREGYHÁZA



ACTA  
MEDSoc  
VOLUME 8.  
2017

---

# **Intervention and competences of social workers in the process of regulating parental rights and obligations concerning a minor child**

Katarína Chovancová

Catholic University in Ružomberok, Faculty of Theology in Košice

**Abstract.** The goal of this paper is to examine the social worker's options of intervention in the process of regulating parental rights and obligations concerning a minor in Slovakia. Because this research is in its early stages, the aim of this paper is to provide the general description of this process of social and legal protection of minors in Hungary. The first part of this paper describes the theoretical background of the process. The second part examines the methodology of the research used in this paper. The paper then subsequently provides the aforementioned description based on the interviews of the social workers at Centre for Child Welfare and Family and also employees of the district office from the Custody Department. The society considers the work of a social worker an easy one, however, such practice requires certain skills and qualifications which are not only personal, but also professional. For this very reason the second part highlights the relevance of the social worker's competences, which are an inseparable part of every worker. The preliminary results of the research of the competences of the social workers in the RPRO process from both countries are presented via narrative method.

*Keywords:* Competences. Intervention. Research. Social and legal protection of child. Social work.

## Introduction

The principle of subsidiarity is one of social work principles. The focus of this principle is to always evaluate any kind of problem at its smallest level. We only advance to higher level when the resources of the lowest level prove to be insufficient (Matoušek, 2003). Thus, we can conclude that this principle considers the society to be constructed from the bottom to the top, mainly in natural order (an individual, family, town, region, country, international society). The abovementioned hierarchy suggests that this principle is aimed at the need to help and support (Uháľ, 2006).

Family is the most important part of any society and therefore it must be protected. Social workers specialized in the field of social and legal protection of children often encounter various kinds of family problems. Parents' divorce is usually the origin of these problems and it frequently causes family crises. The fact that long-lasting family problems are the main cause of dysfunctional families must also be mentioned. Today we can see that there are families which don't give the essential features of the development of children living in it could jeopardise much. (Bodonyi, Busi, Hegedűs, Magyar, Vizely, 2006)

## Theoretical basis

### **Intervention**

Several types of social support are available especially for those families that are unable to help themselves. When family is unable to fulfil its role in society, other social units are obliged to help this social institution called family (Šúl'ová, 2014). Pope Leo XIII. in his *Rerum Novarum* claims that if a family finds itself in exceeding distress without any prospect of extricating itself, it is right that extreme necessity be met by public aid, since each family is a part of the commonwealth (RN 11). In accordance with the Act No. 305/2005 of Social Protection of Children and Social Guardianship (hereinafter referred to as SPOCHaSG), every citizen is obliged to notify the authorities of any abuse of children rights. This obligation concerns not only legal but also natural persons. The authorities of SPOCHaSG can be notified in written form, telephonically, in person or via email. Similarly in Act No. 1997 XXXI, of the protection of children and guardianship administration by §17, the institutions and person must give an indication of child endangerment to Centre for Child Welfare and Family. To regulate the parental rights and obligations (hereinafter referred to as the RPRO process), the social worker has to follow these steps:



- registration
- analysis
- establishment of a social plan aimed at a child
- intervention – implementing changes concerning social situation
- conclusion (Levická, 2002)

The divorce is considered to be a large societal issue. Its reasons and consequences prove to be even larger. The priority of the social worker's in this area (in Slovakia called *Guardian Ad Litem*) or in Hungary a *Family Assistant, Case Supervisor and Office worker* is the protection of child's best interests and elimination of the consequences of the divorce on the child. Direct work with client is important with both the parents and the children. The fact that the family cannot exist together as a unit has a large impact on the child, but the behaviour of the parents after the divorce has more serious consequences. Parents in most cases do not want to find an effective solution to a problem because of the feelings of injustice from the side of their ex spouse. In these specific cases the direct intervention of the social worker is needed. The strengthening and developing of parenting skills, becomes for development in problem situations (Mihályné, Bárány, Szombathelyiné, 2015). As part of the professional training in Slovakia (2014) mandated by university, an opportunity presented itself to observe the work of a social worker, mainly while recording a case in legal proceedings. At the same time a few shortcomings in the intervention process were spotted.

### **Competences of social workers**

The term "competence" is derived from Latin word *competentia*, which can be translated as authority, domain, qualification or the ability to perform certain action. Other synonyms are frequently used instead of the word competence, such as expertise, efficiency, capacity, required quality and others. Veteška and Turecki define competence as the capability to perform a particular activity. However, Mertens defines competence as a combination of knowledge and skills that enable an individual to work in various domains and, mainly, it allows him to handle the changes in his carrier.

Based on these definitions we can say that semantic meaning of the term competence is far from being homogenous.

By combining all mentioned meanings, we can also conclude that to be competent means to possess certain powers for particular scope of activity in particular domain. It also means to act responsibly with an expert knowledge in a particular domain.

However, it has to be noted that the possession of such competence doesn't necessarily guarantee successful outcome of specific situations. *D. McClelland* in his *Testing for competence rather than for intelligence* (1973) claims that

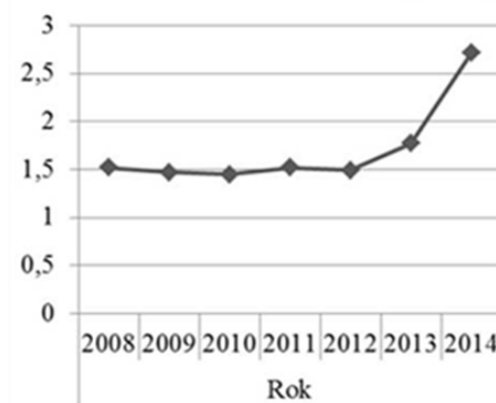
“Critical thinking and decision making are not the only things that make a good social worker. “The most important part is to be able to take advantage of one’s competences. However, the profession of social worker is often considered to be simple by general public (Chovancová, 2015). Still, marriage crises are very intense and they are one of the most common social problems, since couples usually enter into marriage based on reciprocal feelings. The social worker have to accept a client personality. It is very important that the problems staff dealt together with the client and respect his dignity. The client has the right to choose from the various alternative solutions, except where the child may be at risk. (Szili – Darók, 2008) It is true that some cases ensuring child’s rights and obligations might seem simplistic, but in reality relations between parents are often heavily undermined and the intervention of social workers is frequently required, sometimes lasting several years. Above-mentioned cases of intervention are presented in the Picture 1. and Table 1.

	YEAR						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Number of cases	71	73	74	81	80	52	35
	837	829	759	629	782	622	415
Number of investigations	109	108	108	124	120	93	96
	267	718	436	326	849	538	206
Number of investigations per one case	<b>1,52</b>	<b>1,47</b>	<b>1,45</b>	<b>1,52</b>	<b>1,49</b>	<b>1,77</b>	<b>2,71</b>

Table 1: Field social work in natural environment of the client.

The results are compiled by the author of this research based on the statistics V (MPSVR SR) 12-01 (provided by The Ministry of Labour, Social Affairs and Family of the Slovak Republic).

Throughout the years 2008-2012, the number of investigations per one case has drastically changed. The increase in investigations per one case is obvious even in 2013, but this number is even greater in 2014. From 2012 to 2014 this number has increased by up to 46,23 %. Even though the number of investigated families has decreased, the workload of social workers has significantly increased.



Picture 1. Number of investigations per one case.

## Methodology

The qualitative research was chosen to achieve the goal of this article. This type of research focuses especially on the understanding of the particular situation while the researcher is expected to reflect primarily his own opinions and propose his own solutions (Šedová, 2007). This qualitative research investigates each individual case, presents different links and facts. Acquired experience in this particular domain also makes a contribution. This methodology allows us to acquire detailed description and the insight into the issues of social work.

### **Methodology of qualitative research**

Data for this dissertation are acquired by means of semi-structured in-depth interviews thanks to their flexibility. The interview allows us to understand an opinion of other and the answers are recorded in suitable form. It was already mentioned in the theoretical part of this research that the social worker has to follow specific steps and methods during the intervention. That's why the structure of research questions was drawn up for the purposes of this research. However, various authorities of social and legal protection of children function differently in foreign countries and foreign social workers cooperate differently with their clients. That's why it was necessary to adapt the questions for the purposes of our research. Similar approach was employed in the case of social competences. The process called open coding was used to analyse the data of the research and the results are presented using the "show cards" method.

Based on the answers of the interviewees from individual countries, the aim of the research is to elaborately analyse the intervention process. Open code method and the “show cards” method have been used to analyse data and subsequently present results of this dissertation.

Because the research has not yet been finished, this article instead presents the general description of workings behind the social and legal protection of children in the RPRO process in Hungary. The outcome of social worker’s competence research is presented via narrative method.

### **Aim**

The main aim of the dissertation is to come up with any possibilities to improve the work and the competences of social workers of SPOCHaSG in the RPRO process in the Slovak republic.

Secondary aims were also defined to ensure the main aim is accomplished:

1. To find out the methods used in the RPRO process in the following countries: Hungary and Poland.
2. To find out how social workers put their specific competences to use.

### **Collecting data**

The semi-structured interview was realized during one month internship in Hungary from 15th February to 15th March at Debrecen Reformed Theological University in 2016. Employees of Centre for Child Welfare and Family as well as employees of the district office from the Custody Department participated in the interviews.

### **The research sample**

Currently, the research sample consists of 4 social workers from *Centre for Child Welfare and Family* and of 4 office workers from *the Custody Department*.

### **Research questions**

#### **Primary research question**

What are the methods used by social workers and which competences use in the RPRO process?

#### **Specific research question 1.**

Social evidence: How do you usually start cooperation with your client?

#### **Sample interview questions:**

What methods do you use in your cooperation with a client?

What all ranked within the administration to work with the client in the process of RPRO to a minor child at this stage?

**Specific research question 2.**

Analysis/diagnostic: How you obtain relevant information from the client?

**Sample interview questions:**

What is the investigation in the natural surroundings of the client?

What will be assessed, monitored in the investigation within the RPRO to a minor child?

**Specific research question 3.**

Establishment of a social plan aimed at a child: How progress the planning with family in the RPRO to a minor child?

**Sample interview questions:**

How you do the planning in relation to your client, if is with you?

How does the planning within the internal and external networking?

**Specific research question 4.**

Intervention- implementing changes concerning social situation:

**Sample interview question:**

What can you propose within the RPRO?

In what way are you trying to actively engage clients on solving their own problem?

**Specific research questions 5.**

Conclusion: How and when is the end of cooperation with the family?

**Sample interview questions:**

What services are you use to further provide?

Which competences do social workers use and how do they take advantage of them?

**Specific research questions 6.**

Which competencies are most used in the process in RPRO to a minor child?

**Sample interview questions:**

What skills should a social worker employ to perform required competences?

From your point of view, which method proves to be the most efficient?

What part of your knowledge do you use most frequently to perform such competence?

**Another questions**

What is your opinion on mediation? Are you using the mediation as a training method or are you prefer a working with a mediator?

What is your opinion on supervision? Have you an opportunity to participate on supervision? Have you more kinds of supervision in your institution? Which kind of supervision do you prefer?

## Results

The answers to the individual questions aimed at intervention and competence are presented below. Due to the fact that the size of the article is limited by the number of pages, the process of intervention is presented via descriptive method. Description of both the intervention and competences are analysed on the basis of observation and on the basis of the answers of the participants.

### **Social worker's intervention in the RPRO process in Hungary**

The Centre for Child Welfare and Family (hereinafter referred to as Centre) is the place where a family having problems should seek help. The Centre's predominant role is to aid children and their parents in crisis situations with methods of social work and to provide psychological counselling, mediation and other services right in the Centre. After assessing the social situation of their clients, the social workers are obliged to draw up a 6 months long social plan aimed at helping a child. Besides the interviews, an opportunity presented itself to witness the work of family assistant both in the Centre and natural environment of the client (household of the family).



Picture 2. Centre for Child welfare and family.

As can be seen from the Picture 2. the principal figures in the Centre are case managers and family assistants. The family assistant is highlighted in the picture, because he is the first person to make contact with a family. They investigate the household of the family and other institutions if need be (school, medical centre ...). They are the first person to make contact with parents and a child. Family assistant helps a family in their natural environment and multiple times in the

Centre, where special rooms for such purpose are available. Inquiring about child's opinion on their parent warrants the consent from parents. Should the family assistant's intervention prove insufficient to aid the family in the period of 6 months (e.g. the disputes between the parents continue after the RPRO process and the child is still endangered) the parents are forced to sign a *cooperation agreement*. By signing the agreement, the parents agree to use all possible services provided by family assistants to eliminate the problem. This case requires drawing up a new social plan, this time for one year. The family assistants are also obliged to inform the Custody Department in the district office about such case. The department is bound to find solution to the family issue with legal methods such as fines for violating the assigned custody arrangement or not paying the alimony. The department can also issue supervised contact with a child and rarely prohibit the contact with one parent entirely. The Custody Department is represented by an officer, while the family assistant still maintains contact with the family.

It was already mentioned that the employee of the Custody Department is an office worker who is obliged to start a hearing no later than 8 days after he was notified of the breach of the child rights. This hearing<sup>1</sup> takes place in the department. The worker is obliged to contact all persons involved in the case, such as parents, children and a family assistant who was assigned to the family. Various types of evidence are being examined during this hearing; the family assistant introduces encountered problems, lists services used by a family and presents their personal experience with this family. Both parents and a child are interrogated during this hearing.

In some cases the relationships between former spouses are undermined to such an extent that they ignore the decisions issued by the authorities and they neglect their parental rights and obligations. In such case, the Custody Department is entitled to further regulate rights and obligations regarding a minor<sup>2</sup>.

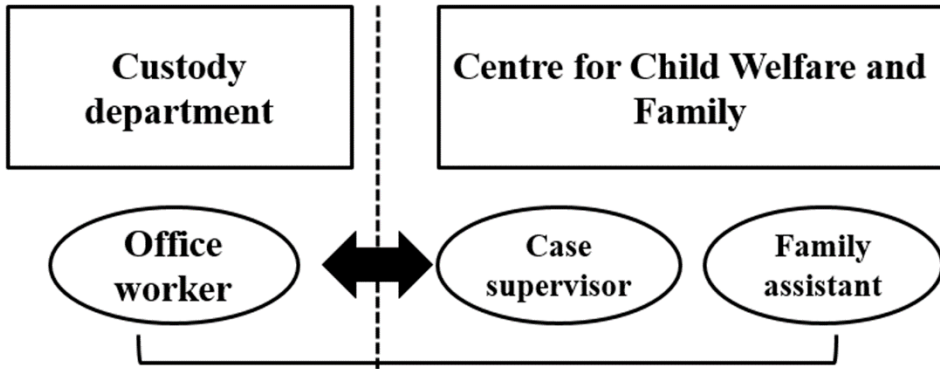
As can be seen from the Picture 3., a family cooperates not only with family assistants, but also with case supervisors. The supervisors help those families

---

<sup>1</sup>According to the respondents, the hearing concerning one particular case may take place multiple times, especially in cases of lengthy inquiry. However, the office worker is obliged to issue a decision to amend or revoke the parental rights and obligations no later than 60 days after the commencement of the hearing.

<sup>2</sup>It has to be noted that the Custody Department can begin the RPRO process only two years after the court mandated divorce and child custody.

that are currently in the hearing at the Custody Department.<sup>3</sup> For example, one of the parents may be allowed to only meet a child under the supervision of an expert. In such case, this parent may only meet his child during specific hours at the Centre of the Child Welfare and Family, accompanied by the case supervisor. During the visit, the case supervisor uses the social work methods to monitor the situation and ask for child's opinion.



Picture 3. Cooperation with family assistant and case supervisors.

### Various competences of social workers in the RPRO process

#### a) Always put the welfare of a child first

The interviewees usually claimed that the most important part of this competence is to *know how to adjust the communication to child's age*, especially when a social worker tries to find out child's opinion. Older children are usually asked straight about their opinion, for they are able to perceive the reality rationally. However, younger children need more time and support. Respondents also emphasized the ability to *understand child's non-verbal communication*. *Sensitive approach* is also closely related to the profession of a social worker, because younger children usually cannot rationally understand the divorce of their parents, but they experience it rather emotionally. All the Slovak interviewees also mentioned that to find out the child's opinion, you have to *create a feeling of safety*. A Child should not feel like being in court.

The interviewees working in the Centre also mentioned the *implementation of games* into the process, especially for younger children. They claimed that

<sup>3</sup>The employees of the Centre for Child Welfare and Family were divided into family assistants and case supervisors on 1.1.2016



playing games is the most efficient way to find out a relevant answer without putting pressure on a child. During her internship, the author of the research also witnessed the communication between a social worker and a child by means of a game, not only in natural environment of a child but also in the Centre's room specially designed for communication with children. Experienced interviewees also stated that ***the communication by means of a game*** is the most efficient way to find out child's opinion, but even under these conditions some children do not wish to share their feelings. In such a case, it is very important to be able to ***spot and identify signs*** showing that certain facts and memories are unpleasant to the child. A social worker need to be aware of such signs, because it is the child's way of expressing that something is wrong. However, Matoušek claims that a social worker should not try to determine cause of a problem too early. Sometimes the cause of the problem might seem clear, but a social worker should never be hasty in making conclusions (Matoušek 2008). Majority of social workers agrees that avoiding certain topic is a bad sign, but the child must be given time to build the trust towards a social worker. In these cases, ***building of trust*** proved to be the most significant competence. This process may sometimes take few months. Some of interviewees also mentioned the competence to ***respect child's boundaries***. As was already mentioned, three kinds of people can obtain child's opinion in Hungary: case supervisors, family assistants and office workers from the Custody Department. The interviewees from this department claim that their competences include mainly decision making. Still, they try to use their communicative methods to help a child and they often remind both parents that even though they are no longer spouses, they still have parental responsibilities. Interviewees also state that a social worker ***should not be biased*** and must be ***impartial*** to be able to assess the situation. One of the interviewees also mentioned ***empathy***, but right after he added that a social worker should not be too emotional, especially when trying to find out child's opinion. This competence is really difficult to master, because some children are emotionally unstable, which could influence a worker.

#### **b) The competence to cooperate with a client, colleagues and non-clients**

- with clients

It is imperative ***not to underestimate the client*** and his problems. At some point, the social worker might deem the problems easily resolvable, but the client is unable to find an adequate solution by himself due to certain circumstances, e.g. bad mental state. Some of the interviewees highlighted ***the personal contact with the client***, so that the client feels a genuine concern for his wellbeing. Other interviewees mention ***efficient communication***. It is imperative ***to prepare the plan of social work*** with the family toward the capabilities and abilities of the

client and to **explain what is expected** of the client and most importantly to define boundaries.

- with colleagues and non-clients

The interviewees stated that **mutual trust** between the colleagues is very important, especially in the case of endangered child. Centre workers conduct the investigations in pairs. They prefer **direct personal contact** when negotiating time and date of meeting. When cooperating with non-clients, telephone contact is greatly appreciated. Some interviewees stated that **case conferences** are very beneficial in assessing adequate decision of a case. The conferences serve to have a situation evaluated by other involved experts. The interviewees acknowledged that the case conferences markedly alleviate their work with the clients.

### c) The competence to guide the client to independence

To guide both parents to independence, social workers need to be able to **estimate mental preparedness** of the clients to hold responsibility for the emerged situation. However, the interviewees noted that a long-term cooperation with a psychologist or a psychiatrist is usually required. However, the mind-set of the former spouses proves to hinder this process, because they act solely on their own accord and have no interest to do anything else. As the interviewees claimed, the most efficient method to guide a person is **commendation**. A good example would be leaving a parent with their child alone after some time during the supervised contact to express trust. This method allows the social workers to **elevate and reinforce** the positive attributes of a parent. Expressing **trust towards a client** was also mentioned as important competence- social workers express their interest to aid a parent and their child.

According to some interviewees, **gaining the client's trust** is also the way to improvement. The parent starts to re-evaluate their situation and tries to improve the status quo, for example by learning how to adequately communicate with their former spouse etc. However interviewees also noted that this change is in most cases impossible.

Another efficient way is to **withdraw from the conflict** between spouses by retreating to the background and enabling the spouses to solve the problem on their own. A social worker must be readily available to intervene in case of failure. The workers also report positive experience concerning the cooperation with other institutions such as the police, schools and medical centres. Such institution immediately report when a child is in danger. The positive fact remains that the same person who was assigned to the family in the first place is the one to resolve their problems if they are still unable to solve them on their own after intervention. This proves to be a great advantage for that social worker, because they have prior knowledge of the family's situation and are able to effectively continue their work.

**d) The competence to contribute to the organization**

This competence encompasses *the ability to follow the laws and regulations of the organization*, to set one's own competences, to handle one's own work and to grasp the general knowledge of a worker's institution. Some interviewees emphasised the following of the ethical codex of social worker.

**e) The competence to make a decision**

The term *objectivity* was often mentioned by the employees of the Custody Department. Some have pointed out that a social worker needs to be objective, not to mention sensitive, and *emotionally intelligent*. They also need to have control of their emotions. According to the opinion of one of the employees, a person with no sensitivity should not be working in this domain at all. Simultaneously, it is important to *maintain emotional distance* from the client. As the interviewees stated that it requires a great deal of patience to follow all the possible *working procedures* and verify all the evidence and other related information. All these duties help to correctly assess the situation and only then make correct decision.

**f) Ability to effectively communicate with an adult client**

All the interviewees mentioned that the key to this competence was to firstly try to talk to parents and give them some advice. The parents must be *explained* why some facts are important. The workers try to *make them understand* what kind of impact their behaviour and their acts can have on their children. Even though parents may consider their behaviour to be positive, it may have negative impact on their child. The advice is typical first step, but it usually proves to be unsuccessful. Each individual *personality must be considered*, because in some cases the opinion of a worker is not sufficient enough and whole situation must be explained in detail. This type of conversation requires *the mastery of theoretical knowledge* in the field of social work.

Parents usually blame each other during such conversations. In such cases, a worker is obliged to step in and *warn* the parents that they are obliged to *respect each other*. Anger, blame and hatred are frequently part of this process and a worker should *communicate within boundaries*, which means that they must refuse to be provoked by clients and cannot let sympathy overwhelm them. A worker also needs to *communicate at client's level*. He should not give advice to a client who is mentally devastated. A worker's competence to be *empathic* is also very significant for the process of getting close to him. (Table 2.)

COMPETENCIES		SKILLS
<b>Always put the welfare of a child first</b>		<i>know how to adjust the communication to child's age, understand child's non-verbal communication, sensitive approach, create a feeling of safety, implementation of games, the communication by means of a game, spot and identify signs, building of trust, respect child's boundaries, should not be biased, empathy</i>
<b>The competence to cooperate</b>	<b>with a klient</b>	<i>not to underestimate the client, the personal contact with the client, efficient communication, imperative to prepare the plan of social work, explain what is expected</i>
	<b>With colleagues and non-klients</b>	<i>mutual trust, direct personal contact, conferences</i>
<b>The competence to guide the client to independence</b>		<i>estimate mental preparedness, commendation, elevate and reinforce, trust towards a client, gaining the client's trust, withdraw from the conflict</i>
<b>The competence to contribute to the organization</b>		<i>the ability to follow the laws and regulations of the organization, handle one's own work and to grasp the general knowledge of a worker's institution, following of the ethical codex of social worker</i>
<b>The competence to make a decision</b>		<i>objectivity, emotionally intelligent, maintain emotional distance, working procedures</i>
<b>Ability to effectively communicate with an adult client</b>		<i>explaining, make them understand, personality must be considered, the mastery of theoretical knowledge, warn, respect each other, communicate within boundaries, communicate at client's level, empathic</i>

Table 2. Summary off skills in competencies.

### **Suggestions, evaluation and conclusion**

In Slovakia the social worker called *Guardian Ad Litem* is the person who usually establishes the first contact with a family. The worker represents the Central Office of Labour, Social Affairs and Family in Slovakia (hereinafter referred to as ÚPSVaR), the department of SPOCHaSG). This worker is assigned to a family by court order after the start of proceedings.

The role of *Guardian Ad Litem* is mainly to represent a child in legal proceedings, to examine the situation in the family, ascertain the opinions of the child and, during the whole process, fulfilling the needs for safety and assurance associated with building emotional bonds of the child toward both parents.

As was mentioned before, several shortcomings were spotted during the professional training and the interviewing of the social workers. These shortcom-

ings considerably influence the intervention process of the social worker. The lack of direct work with the client due to the administrative workload together with too many cases assigned to a single social worker proved to be the most important issues. As opposed to Hungary, where in the RPRO process three people from two institutions can be involved, in Slovakia only one *Guardian Ad Litem* is involved in this process. From examining the description of RPRO process in Hungary, we can propose the implementation of new position of “*family assistant*” in the RPRO process in Slovakia for the sake of improvement of the process. This implementation of family assistant would spell several other benefits for the *Guardian Ad Litem* in specific steps of the process, but mainly in their joint cooperation. A detailed analysis of the benefits and possibilities of this position will be presented after the research has concluded. In my opinion, the implementation of this position would markedly improve the development of the social and legal protection of minors in Slovakia.

## Competences - conclusion

A social worker is the one to manage his own active participation in a case. The participant’s answers suggest that it is very important for workers to mirror their own actions, emotions, and reasoning while working on a family case, because it helps them stay on top of things. A social worker is considered qualified only when he can achieve set objectives effectively and appropriately. This includes good knowledge of appropriate tools, such as social work methods and procedures. However, the social work as helping profession can be effective only when each individual social worker has met both qualification and personality requirements. Together, these two make for professional competences.

In the current state of our research, Hungarian participants have provided much more detailed information considering social worker’s competences than Slovak participants. It is also reflected in the abovementioned fact. The only such profession in the Slovak system of social and legal protection of children is that of a *guardian ad litem*, which results in less effective cooperation with families. A *guardian ad litem* cannot fully devote himself to the family, what is then reflected in his practical skills. There are three such specialised professions in Hungarian system, which offers much more possibilities for workers to deal with families effectively.

## References

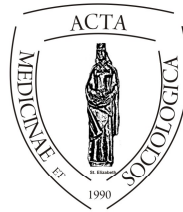
1. Bodonyi Edit, Busi Etelka, Hegedűs Judit, Magyar Erszébet, Vizely Ágnes (2006): *Család, gyerek, társadalom*. Budapest, Bölcsész Konzorcium.
2. Chovancová Katarína. (2015): Kompetencie sociálnych pracovníkov ako súčasť profesionalizácie odboru. In: Lýdia Lešková, *Zasvätení a poslaní pre sociálne služby a odkaz bl. Sára Salkaházi*. Prešov, Vydavateľstvo Michal Vasko. 159-167.
3. Korintus Mihályiné, Kovácsné Bárány Ildikó, Szombathelyiné dr. Nyitrai Ágnes (2015): *Napközbeli gyermek ellátás*. In: Rácz Andrea, *A gyermekvédelem megújulási alternatívái*, Budapest, Rubeus egyesület elnöke. [http://rubeus.hu/wp-content/uploads/2015/08/gyermek\\_es\\_ifjusagvedelmi\\_tanulmanyok\\_otodik\\_kotet.pdf](http://rubeus.hu/wp-content/uploads/2015/08/gyermek_es_ifjusagvedelmi_tanulmanyok_otodik_kotet.pdf)
4. LEV XIII. (2008): *Rerum Novarum*. In : *Dokumenty sociálnej náuky cirkvi*. Trnava, Vydavateľstvo SSV.
5. Levická Jana (2002): *Metódy sociálnej práce*. Bratislava, Vydavateľstvo VEV.
6. Matoušek Oldřich (2003): *Slovník sociální práce*. Praha, Vydavateľstvo Portál.
7. Szili-Darók Ildikó (2008): *Szociális problémamegoldás a szociális munka eszközeivel*. Budapest, Kiadja a Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Intézet
8. Šed'ová Klára a kol. (2014): *Kvalitatívni výzkum v pedagogických vědách*. Praha, Vydavateľstvo Portál.
9. Šuľová Michaela (2014): *Program ProFamily – sanačný program pre rodiny*. Ružomberok, Vydavateľstvo Verbum.
10. Uhál' Martin (2006): *Sociálna náuka cirkvi v základných princípoch*. Košice, Vydavateľstvo TypoPress.
11. Zákon 305/2005 Z.z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
12. 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról.

### **Katarína Chovancová**

A Kassai Katolikus Egyetem Teológiai Karán (Košice of Catholic University of Theological Faculty) végzett szociális munkásként. Jelenleg ugyanezen Kar PhD hallgatója. Kutatásának középpontjában a gyerekek és a fiatalok védelme áll. Munkája során sporton keresztül is foglalkozik veszélyeztetett gyerekekkel, mely ezen célcsoport számára kiváló személyiségfejlesztésre is lehetőséget ad.

---

UNIVERSITY  
OF DEBRECEN  
  
FACULTY OF  
HEALTH  
NYÍREGYHÁZA



ACTA  
MEDSOC  
VOLUME 8.  
2017

---

# Az oktatási mobilitás helyzetképe egy határmenti térségben

Takács Tamara

Nyíregyházi Egyetem, Pedagógia és Pszichológia Intézet,  
Szociálpedagógia Intézeti Tanszék

**Absztrakt.** Kutatásunk az európai globalizáció kontextusában készült, mely a felsőoktatásra is hatással van. A felsőoktatás globalizálódása a Bologna folyamatban manifesztálódik, amely az oktatás egységesítését, átjárhatóságát és a hallgatói mobilitás növekedését szolgálja. Magyarországra elsősorban a határon túli magyar diákok érkeznek. Egyben ők jelentik kutatásunk adatközlőit.

Vizsgálatunkban kvalitatív mélyinterjú módszerrel használtunk. 46 fővel készítettünk életútinterjút a következő megoszlásban: 21 fő a Partiumi Keresztény Egyetemen (Nagyvárad), 11 fő a Babeş-Bolyai Tudományegyetemen (Kolozsvár), 14 fő a Debreceni Egyetemen folytatta tanulmányait a megkérdezés idején. A megkérdezettek között, közös kapcsolódási pontot jelent, hogy mindannyian magyar kisebbségi létbe születtek és hogy születési helyük, vagy a felsőoktatási intézményük révén kötődnek a partiumi régióhoz. A megkérdezett diákok a következő alcsoportokba sorolhatóak: azok a diákok, akik a szülőhelyükön tanulnak; azok, akik az oktatási mobilitás csatornáján keresztül az anyaország felsőoktatásában végzik teljes egyetemi képzésüket; illetve azok, akik felsőoktatási éveiket megelőzően Magyarországon telepedtek le. Jelen tanulmányban a fenti csoportok tagjait az oktatási mobilitás szempontjából vizsgáljuk és hasonlítjuk össze. Arra kerestük, hogy a választ, hogy adatközlőink tanulmányi célú mobilitása, milyen irányú és indíttatású, illetve milyen tapasztalatokkal zárul.

*Kulcsszavak:* oktatás, felsőoktatás, hallgatói mobilitás, vándorlás, nemzetiségi alapú hallgatói mozgás, anyanyelvű oktatás, globalizáció

**Abstract. Education mobility in the border area.**

Our study was made in the context of the European globalization, which has an effect on higher education, too. The globalization of the higher education is manifested in the Bologna process that serves the integration and permeability of education and the increase of students' mobility. Above all Hungarian students from abroad come to Hungary. Thus, they are the informants of our study.

Our method was qualitative interview. All in all we made 46 interviews. We have asked 21 people at the University of Partium, 11 people at the University of Babeş-Bolyai and 14 people at the University of Debrecen. We analysed these students by childhood history, school carrier, relationship, identity, value and future plans. Among the interviewee the common joint is that every one of them was born into a minority and they are connected to the Partium region through their birthplace or higher educational institute. Two counties of this region belong to Hungary, one belongs to Ukrain and four belong to Romania. In the future, this region, connecting three countries, could ease the professional, communicational, cultural and economical flow between countries, by the strengthening of the regional politics of the European Union.

The basic problem centres on the decision-making situations that are closely attached to the destiny of minorities. By a cross-sectional study we would like to get a broad picture of the decision of the higher educational students in connection with their studies and their own future. We would like to reveal the facts of counter attractions in this special field from the students, living in the bumper zone of world trends and minority being. The interviewees experience the effect of forces that could come from the opposite way and could influence the migration, in a different way. Thus, they explain their decisions adjusting them to their own destiny. In the empirical study, through the content-analyze of the students' interviews, we try to find the answer to the motivation of choosing the higher education and its personality- and destiny-forming effect and the motives of the educational-based migration, and from all of these the characteristics of acting types.

*Keywords:* globalization, student mobility, educational-based migration, education, higher education, mother tongue education

## Bevezetés

Jelen tanulmányban áttekintjük a nemzetközi oktatási mobilitásra vonatkozó ki és belépési adatokat, vagyis azt, hogy a diákok választása alapján, melyek a legnépszerűbb célországok illetve világviszonylatban honnan érkeznek a legmobillabb hallgatók. Ezt követően áttekintjük a mobilitás feltételeit, az országok választásának mozgatórugóit, majd a fogadó és a kibocsátó országok szempont-



rendszerét. Részletesen elemezzük a Bhandari és Blumenthal (2009) által a nemzetközi szakirodalomba bevezetett elmezsere fogalmát, mely a mobilitás sokszínűségére utal. Külön fejezetben tárgyaljuk a mobilitás hazai és romániai tendenciáit, mely kutatásuk területi vonatkozását is jelenti. A tanulmány empirikus fejezeteiben, ebben a határmenti térségben mozgó hallgatók nemzetiség alapú tanulmányi mobilitását vizsgáljuk.

Az európai uniós politikában újra fontos kérdéssé vált a hallgatók tanulmányi mobilitása. Számos ösztöndíjprogram született, amelyek hozzásegítik a diákokat a külföldi egyetemek képzéseiben való részvételhez. Lehetőségük van egy-egy szemeszter idejére beleszerezni valamelyik külföldi egyetem világába. Illetve arra is, hogy Európa, más-más országában végezzék el a BA, az MA vagy a PhD-képzést. Az 1988-as Magna Charta Universitatum, az egyetemek legfontosabb értékei közt említi a hallgatói és a tanári mobilitást. Az 1999-es Bolognai Nyilatkozat pedig már a hat alapelv közé sorolja azokat. A nemzetközi mozgás elősegítésének célja az európai elit kinevelése, a friss diplomások vonzásával tudja Európa ellensúlyozni demográfiai veszteségét (Hrubos 2011).

Cél az egységes európai munkaerőpiac létrehozása, a munkavállalói mobilitás megteremtése (Pongrácz 2011). További közvetett cél a nemzetek közeledése egymáshoz. A külföldi képzésben részt vevő hallgatók, miközben bővítik nyelvismeretüket és szakmai kompetenciájukat, megismerhetik egy másik ország kulturális értékeit. A hazatérő diákok akár szakmai akár kulturális területen kamatoztathatják így szerzett ismereteiket. Ezzel az eszközzel az országok, nemzetek közötti ellentétek, előítéletek is nagymértékben tompíthatóak. „Számos közvetett előnnyel számolhatunk: mint például a felsőoktatási intézmény elismertségének növekedése, képzési kínálat bővülése, fajlagos oktatási költségek csökkenése minőségre való egyidejű törekvéssel, a kapcsolati háló bővülése. A nyilvánvaló gazdasági előnyök mellett ugyanakkor számításba kell venni a mobilitásból potenciálisan fakadó migráció társadalmi költségeit, az eltérő kulturális háttérből származó integrációs feszültségeket” (Hatos 2007:4).

A tanulmányi mobilitás oktatáspolitikai közege az Európai Unióban adott. Külön nyelvi illetve angol nyelven folyó szakmai kurzusokkal, részidejű, illetve teljes képzésekkel fogadják a külföldi országok diákjait. A külföldi képzésben való részvétel gondolata kecsegtető lehetőséget jelent a hallgatók számára, mégis csupán kisebb hányaduk vállalkozik rá. A fogadó ország nyitottsága mellett szükséges a felmerülő költségek fedezése is, melynek forrását az alacsony ösztöndíjak miatt elsősorban a család gazdasági tőkéje jelenti. Ez visszatükröződik a külföldi képzésben résztvevő hallgatók összetételében is. Az oktatási mobilitás szereplői azok a diákok, akiknek a szülei a társadalmi hierarchián viszonylag magasan helyezkednek el. A mobilitás gyakorlati kivitelezéséhez több olyan kritérium szükséges, amellyel leginkább a magasan kvalifikált szülők gyermekei rendelkeznek. Az egyik ilyen kritérium az angol vagy a célország nyelvének

ismerete. Fontos a jó önérvényesítő képesség, továbbá az oktatási mobilitásba való anyagi beruházás. A családok racionális döntésmélet útján mérlegelik, hogy érdemes-e az oktatási mobilitásba beruházni. A magasabban kvalifikált szülők látják annak későbbiekben bekövetkező hasznát. A külföldi nyelvgyakorlás, a szakmai és kultúrák közötti ismeretek bővülése a későbbi előmenetel szempontjából előnyt jelenthet. Így a társadalmi egyenlőtlenségek az oktatási mobilitáson keresztül újratermelődnek. „A magasan képzett és/vagy tehető szülők gyermekei felülreprezentáltak a mobilitásban. Az Erasmus ösztöndíjasok esetében például a támogatás csak a megélhetési költségek valamivel több, mint 40%-át fedezi, a többit saját forrásból – jórészt családi segítség révén – teremtik elő az ösztöndíjasok” (Hatos 2007:4).

Ugyanakkor az oktatás expanziójával párhuzamosan az oktatási mobilitás expanziója is várható, származástól függetlenül egyre szélesebb rétegeket bevonva. Ezzel a folyamattal párhuzamba állíthatóak az országok is. A gazdaságilag fejlettebb, magas egy főre jutó GDP-vel rendelkező országok nagyobb szerepet vállalnak az oktatási mobilitásban is. Ez elsősorban a diákok választásaiban jelenik meg, hiszen a fejlettebb országok a közkedvelt célországok.

A nemzetközi mobilitásban résztvevő hallgatók száma nagy mértékben emelkedett az új évezredben. 2010-ben világszerte a körül-belül 130 millió diákból 2,6 millió vesz részt a hallgatói mobilitásban. A diákok választásai alapján (22 százalék) az USA tekinthető legközkedveltebb célországnak. Ezt követi az Egyesült Királyság 14 százalékkal, majd Németország 10 százalékkal. Az életszínvonal mellett az angol és a német nyelvhasználat is hozzájárul a diákok vonzásához (Berács 2010).

Hasonló eredményeket találunk az egy évvel korábban megjelent nemzetközi szakirodalomban is: A mobil diákok 72 százalékát a nyolc legnépesebb ország fogadta: Egyesült Államok (20%), Egyesült Királyság (13%), Németország (8%), Franciaország (8%), Ausztrália (7%), Kína (7%), Kanada (5%) és Japán (4%). A kibocsátást tekintve a legtöbb hallgatót a kelet-ázsiai és az európai országok küldik, ők teszik ki a mobil diákok 29 százalékát. Kína dobogós helyen áll 15 százalékkal, melyet India, Dél-Korea, Japán és Németország követ. Afrika átlag feletti eredményeket ért el ezen a téren 6 százalékkal. A legkevesebb diákot, alig fél (0,4) százalékot az Amerikai Egyesült Államok küldik (Bhandari, Blumenthal 2009). 2010-ben a kibocsátás tekintve továbbra is dobogós helyen áll Kína ahol a diákok 19 százaléka vesz részt a nemzetközi mozgásban. Ezt követi India 7 illetve Korea 5 százalékos részvétellel (Derényi 2014). A legnépesebb fogadó országok 2011-ben is tartják pozíciójukat a következő sorrendben: Egyesült Államok, Egyesült Királyság, Ausztrália, Franciaország és Németország (Kasza 2014).

Az Egyesült Államok világviszonylatban kevés hallgatót bocsát külföldi tanulmányútra. Azonban az amerikai hallgatók tanulmányi mobilitása is jelentősen

emelkedett az utóbbi években. 1985-ben még csak hozzávetőlegesen 50 000 diák, míg 2005-ben már 205 983 diák vett részt a nemzetközi diákcsereben. Hatvan százaléku nyugat-európai országokat látogatott meg. Ezen belül is a leginkább preferált országok sorrendben a következők: Anglia, Olaszország, Spanyolország és Franciaország (Obst et al. 2007).

A Bologna reformok versenyképesebbé és vonzóbbá tették az európai felsőoktatást az Európán kívüli országok számára is, azonban azt megelőzően is népszerű volt. Ide érkezett és érkezik világszinten a legtöbb diák (Wachter 2009). 2003-ban a 32 EURODATA országban<sup>1</sup> 1,1 millió külföldi diák tanult. Negyvenhárom százaléku (470.000 fő) EURODATA övezetből, nyolc százaléku más európai országból, míg negyvenhat százaléku (510.000 fő) a kontinensen kívülről érkezett. Ha országonkénti bontásban nézzük, a legtöbben Kínából érkeztek (6%), melyet sorrendben a következő országok követnek: Németország (5%), Görögország (4%), Franciaország (4%), Olaszország (4%), Törökország (3%), Spanyolország (2%), Lengyelország (2%). Az EURODATA országok diákjai ugyanebben az évben főképp németországi és angliai tanulmányutakon vettek részt. Huszonegy százaléku Németországot, tizenkilenc százaléku Angliát, nyolc százaléku Franciaországot, öt százaléku Spanyolországot, tizenhárom százaléku pedig Amerikát választotta tanulmányai helyszínéül. Érdekes hogy az EURODATA országokon kívül eső európai országokba szinte nem is mentek (Lanzendorf 2006).

A fenti adatok alapján azt mondhatjuk, hogy az Európai Unió igen sikeresen kerül ki a hallgatókért vívott nemzetközi versenyből. Továbbá hogy az európai diákok Európán belüli mozgása is igen jelentős. Tehát az Európai Unió az Európán belül és kívül történő mozgásokat tekintve egyaránt élvonalban jár. Az Európán belüli országok azonban nem egységesek, jelentős eltéréseket találunk országonként. Anglia, Franciaország és Németország fogadja a diákok kétharmadát. Belgiumban és Romániában igen alacsony a külföldi hallgatók aránya (Wachter 2009).

A demográfiai csökkenés miatt a külföldi diákok, a fogadó országok számára jelentős hallgatói bázist jelenthetnek a jövőben. Képzésük által az egyetemek sikerrel küzdenek a fennmaradásért. További előnyt jelent, hogy a fogadó ország intézményeiben képzett, és kulturálisan szocializált munkaerőre tehetnek szert.

---

<sup>1</sup> A tanulmány a következő országokat sorolja az EURODATA országok körébe: Ausztria, Belgium, Bulgária, Ciprus, Csehország, Dánia, Egyesült Királyság, Észtország, Finnország, Franciaország, Görögország, Hollandia, Írország, Izland, Lengyelország, Lettország, Liechtenstein Hercegség, Litvánia, Luxemburg, Magyarország, Málta, Németország, Norvégia, Olaszország, Portugália, Románia, Spanyolország, Svájc, Svédország, Szlovákia, Szlovénia, Törökország.

A demográfiai csökkenés zsákutcájából kivezető utat a külföldi hallgatók felé való nyitás és a felnőttképzés jelentheti (Polónyi 2011b).

A fogadó ország szempontjából az oktatási mobilitás további haszna, hogy az odaérkező hallgatók bekapcsolódnak a fogyasztók körébe. Tandíjat fizetnek, ami a célország számára gazdasági előnyökkel jár. „Ha a rendszerszintű hasznosulást vesszük számításba, gazdasági és emberi erőforrás gazdálkodási szempontból közvetlenül azon országok járnak jobban, ahol a fogadott hallgatók aránya magasabb, mint a külföldön tanuló hallgatóké. A közvetlen gazdasági előnyök mellett – belső fogyasztás növekedése, szolgáltatások iránti kereslet növekedése, tandíj bevételek” (Hatos 2007:4).

Sok esetben a tanulmányi mobilitás végleges letelepedéssel zárul, ebben az esetben beszélhetünk oktatási migrációról. Ez munkaerőpiaci szempontból hasznos a csökkenő születésszámmal küzdő országok számára. Így kvalifikált, fiatal munkaerő kerül be az országba. Ez a mozgás a fejletlenebb országok felől a fejlettebb országok felé irányul, és hozzájárul a célország demográfiai mutatóinak javulásához (Kovács 2004). Az oktatási mobilitáson keresztül letelepülők társadalmi beilleszkedése is könnyebb, hiszen az egyetemi évek lehetőséget kínáltak a nyelv és a kultúra alapos megismerésére, a kapcsolatháló kiépülésére, egyszóval a társadalmi beilleszkedésre. A fogadó ország ingyen jut hozzá a humán tőkéhez. A felsőoktatáson keresztüli munkaerő elszívása minimális képzési költségekkel jár.

A bevándorlási politika terén szigorú USA is engedményeket tesz, hogyha a képzett munkaerő befogadásáról van szó. Obama Befektetés Amerika jövőjébe című írásában hangsúlyozza, hogy vízumkedvezményel szeretné vonzóbbá tenni Amerikát a friss diplomások, a hallgatók és az egyetemi oktatók számára (Polónyi 2011a). Ez annak köszönhető, hogy letelepedésük esetén pozitív hatások prognosztizálhatóak. Az eddigi kutatási eredmények szerint bevándorlók gyermekei nagyfokú érdeklődést mutatnak a tudományok és a technológia iránt. 2005-ben a bevándorlók amerikai születésű gyermekeinek 50%-a PhD végzettséget szerzett. Az amerikai középiskolákban a legjobb eredményeket elért diákok 60%-a második generációs bevándorló. Az 1995 és 2005 között keletkezett műszaki cégek negyedét bevándorlók alapították. Főleg indiai, angliai, kínai, taiwani és japán migránsok. 450 000 embernek adnak munkát, és 52 milliárd dollár összbevételre tesznek szert (Bhandari, Blumenthal 2009).

A kibocsátó ország szempontjából a mobilitás sok esetben károkat és veszteséget okoz. A gazdasági élet tekintetében pénzmozgás kifelé irányul. A diákok külföldi országokban költik el ösztöndíjukat és egyéb hazai területről származó pénzforrásaikat. A migráció során éppen a szakképzett, fiatal, tehetséges munkaerő kerül ki. Kelet-Európa, közelebbről tekintve Magyarország is elsősorban kibocsátó országnak számít. A fiatal és képzett munkaerő-elvonás nem csupán gazdasági, hanem demográfiai hátrányokkal is jár. A magyarországi bevándorlás

alacsony intenzitású. Magyarország nem jelent vonzerőt sem az alacsonyabb, sem a képzettebb rétegek számára (Melegh 2011).

A fenti tendenciákat figyelembe véve, felmerül az a kérdés, hogy a külföldön tanuló diákok visszatérnek-e a hazájukba? Ők rendelkeznek a külföldi országban szerzett szaktudással, nyelvtudással és kulturális ismeretekkel, így nagyobb eséllyel indulhatnak a munkakeresés útján, és gazdagítják a hazai kutatásokat. Visszatérésük esetén a kedvező hatású, gazdaságot serkentő agycseréről, míg elvándorlásuk esetén agyelszívásról beszélhetünk. Az elmecsere fogalmát Bhandari és Blumenthal (2009) vezette be a kutatói közgondolkodásba. A „*brain drain*” (agyelszívás)<sup>2</sup> és „*brain gain*” (agy haszon, nyereség) fogalmak mentén bevezetik a „*brain circulation*” (elme forgalom, keringés) és „*brain exchange*” (elmecsere) kifejezéseket. E fogalmak utalnak a mobilitás sokszínűségére. Számos ország erőfeszítéseket tesz azért, hogy külföldön tanult diákjait hazavonzza, annak érdekében, hogy a globális mobilitás nyertesei legyenek és részesüljenek a „*globális tudásból*”. Taiwan ezt a gazdasági és politikai reformokból adódó gyors gazdasági fejlődéssel érte el. Malaysia adómentességgel kompenzálja az alacsony jövedelmet a külföldről hazatérők esetében. Hiszen az „*elmecsere*” gazdasági haszonnal és az ország nemzetközi versenyképessé tételével jár (Bhandari, Blumenthal 2009). Bár ebben a fogalomban kétségtelenül benne foglaltatik, az hogy a kimenő diákokat felváltják más, külföldről érkező hallgatók. Így a mobilitás által ténylegesen megvalósul a sokszínű „*elmecsere*” és „*keringés*”.

További tényező, hogy a globalizáció kontextusában a felsőoktatás piacvezérelt, ahol a termék a tudás. A profit a nemzeti és multikulturális végzettségek közti nyereség. A fejlődő országok intézményei között verseny folyik a tanárokért és a diákokért. Diákok, tanárok, intézmények, programok nemzetközi mozgását teszik lehetővé. Az oktatás a szolgáltató szektor része lett, amely nemzetközi piacra is termel, importál, exportál (Varghese 2009). A felsőoktatásban megjelenő hallgatói mozgás mindenképpen üzlet (Polónyi 2011a). A nemzetközi versenyben a küzdelem eszköze a reformpedagógiai módszerek bevezetése, az oktatás versenyképessé tétele, továbbá az állami pénzeszközök növelése, a költséghatékony oktatás megteremtése. A nemzetközi mobilitás fő kihívásai közé tartozik a külföldi hallgatók számára vonzóvá tenni a felsőoktatást, továbbá a külföldön tanuló diákokat hazahívni (Bhandari, Blumenthal 2009).

---

<sup>2</sup> Fordítás a szerzőtől.

## Az oktatási mobilitás magyarországi jellemzői

2000-ben 6987, 2010-ben pedig 8079 magyarországi hallgató tanult valamelyik külföldi intézményben. A magyar hallgatók által legközkedveltebb célországok 2000-ben: Németország, Egyesült Államok és Ausztria. 2011-ben pedig Ausztria, Németország és az Egyesült Királyság (Kasza 2014). A nemzetközi szintén mozgó hallgatók alig több mint fél (0,6) százaléka vesz részt a magyarországi felsőoktatásban (Berács 2010). 2006-ban az összes Magyarországon tanuló diák három és fél százaléka külföldi. Ez az arány beleilleszkedik az európai országok átlagánál alacsonyabb kelet-európai országok sorába. Csehországban (7%) magasabb, míg Romániában és Szlovákiában alacsonyabb, egy-egy százaléknyi a külföldi hallgatók aránya (Kasza 2011).

A hallgatói mobilitás Polónyi (2011b) megközelítésében a következőképpen csoportosítható: rész illetve teljes képzésben tanuló diákok. Mindkét csoport esetén beszélhetünk nemzetiségi alapú hallgatómozgásról, amely alatt az anyaország illetve a volt gyarmattartó ország felé irányuló mozgást értjük. Az anyaországban továbbtanuló kisebbség számára a nyelv jelenti a fő vonzerőt és kapcsolódási pontot. Ennek következtében, mind Romániát mind Magyarországot elsősorban a határ menti kisebbségek tagjai választják, akik egy külföldi országban, mégis a saját anyanyelvükön folyó képzésben vehetnek részt. Nem kell számukra külön idegen nyelvű kurzusokat hirdetni, bekapcsolódhatnak az anyaországi oktatásba. Ez jelentős könnyebbséget jelent a fogadó egyetemeknek.

A képzés színvonala mellett a képzés nyelve is hozzájárul a célország kiválasztásához. Ebből a szempontból a határon túli magyarok számára Magyarország az egyik kiemelt célterület. A magyarországi részképzésben „gyakorlatilag a határon túl élő magyar ifjúság” vesz részt (Berács 2009:14), „jelenleg nincs nagy igény a külföldi hallgatók részéről magyar nyelvű képzés iránt, egyedül a határon túli magyarok jelentenek kivételt” (Hubert 2009:29).

„A legtöbb hallgató, (54%), a szomszédos országokból származik, és gyakorlatilag a határon túl élő magyar ifjúságot jelenti, Ausztriát leszámítva. Ők természetesen magyar nyelven tanulnak, és létszámuk tükrözi az adott országban lévő magyar ajkú kisebbség nagyságát” (Berács 2009:14). Hatos Pál így ír erről: „a Magyarországon tanuló külföldi hallgatók aránya 2003/2004-es tanévben az összes hallgatói létszám 3,2 százalékát (mintegy 13 000 hallgató) tette ki. A külföldi hallgatók közel 60 százaléka, a környező országokból érkezik és magyar nyelvű képzésekben vesz részt. Ők szinte kizárólag határon túli magyar közösségekből érkeznek” (Hatos 2007:1). Magyarországon a határmenti hallgatókat követően az orvosképzésre érkező diákok jelentik a mobilitás következő fő bázisát. Mindkét csoport jelentős része a Debreceni Egyetemen tanul (Polónyi 2011b).

A Bologna Füzetek statisztikai adatai alapján a 2007/2008-as tanévben a magyarországi képzésben részt vevő külföldi hallgatók részaránya a következő megoszlást mutatja: a szomszédos országokból érkeznek a hallgatók ötvennégy százaléka, azaz 8236 fő, a többi európai országból a hallgatók 23,8 százaléka, azaz 3579 fő, más földrészekről pedig a hallgatók 16,8 százaléka, azaz 2467 fő. A szomszédos országokból érkező hallgatók országonkénti bontása pedig a következő megoszlást mutatja. Romániából 3133 fő, Szlovákiából 2178 fő, Ukrajnából 1372 fő, Szerbiából 1310 fő érkeznek hazánkba (*Berács 2009:16*). Jávor András szerint a Debreceni Egyetemre 2980 külföldi hallgató jár. Valamivel több mint 2000 fő angolul tanul, 7-800 fő pedig magyarul. A 2010-es jelentkezői arány a következő megoszlásokat mutatja: 136 819 fő (97,5%) magyar, 3129 fő (2,3%) szomszédos ország, 317 fő (0,2%) más ország. Botos Máté eredményei szerint a Pázmány Péter Katolikus Egyetemen körülbelül négy százalékra, míg Kerülő Judit szerint a Nyíregyházi Főiskolán négy-öt százalékra tehető a határon túli hallgatók aránya. Jávor felhívja a figyelmet arra, hogy számuk csökkenő tendenciát mutat a határon túli, elsősorban romániai magyar nyelvű egyetemek erősödésének következtében (Fábrí 2011).

A 2009-es UNESCO jelentés szerint elsősorban az a diák tekinthető mobilnak, aki nem állampolgára annak az országnak ahol tanulmányait átmeneti jelleggel folytatja (Motivans 2009). Kérdés, hogy ezen túl az állampolgárságot igénylő határon túli magyar hallgatók miként jelennek meg a készülő statisztikai adatok közt. Hiszen igaz, hogy más országból érkeznek, de azonos állampolgársággal rendelkeznek. Amennyiben nem a földrajzi mozgás, hanem az állampolgárság a fő csoportosító elv a mobil diákok szelekciójánál, úgy a Magyarországra érkező hallgatók létszáma jelentős mértékben zsugorodni fog a közeljövőben.

A nemzetközi mozgásban résztvevők körét leszűkítve kutatásunk alanyaira, a határ menti régiókból érkező diákokra, a következő két alapesettel találkozhatunk: Az egyik Magyarországon kezdi meg egyetemi éveit, és ott is fejezi be. Diplomáját valamely magyarországi egyetemen szerzi meg. A másik csoport tagjai Magyarországon ideiglenesen, egy vagy több szemeszterig vannak jelen. A kibocsátó ország valamelyik intézményének hallgatója, tanulmányait vagy az anyanyelvén, vagy az ország hivatalos nyelvén folytatja. A hallgatói mobilitást követően visszatér, és hazájában fejezi be egyetemi éveit. Diplomáját a kibocsátó ország valamely felsőoktatási intézménye állítja ki.

Amennyiben a tanulmányi mobilitás célja a letelepedés, úgy a határ menti régiókból érkező hallgatók nem rész-, hanem teljes egyetemi képzésen vesznek részt. Ebben az esetben a diploma megszerzését követően dől el, hogy oktatási mobilitásról vagy migrációról beszélhetünk. Az előbbi azt jelenti, hogy a hallgató csupán tanulmányainak idejét tölti külföldön. Azt követően hazájában illeszkedik be munkaerőpiacra és alapít családot. Az oktatási migráció esetében a tanulmányi mobilitás jelenti a migráció csatornáját. Célja a választott ország társadalmába és

munkaerőpiacába történő beilleszkedés. Megkülönböztethetünk egy harmadik lehetőséget is, amelyben a végső letelepedés egy harmadik országban történik meg. Ezt a lehetőséget teremti meg a közös európai szellemiség, az országok oktatási rendszereinek harmonizálásával, a közös európai oktatáspolitikai kialakításával. A mobil hallgatók bátrabb és merészebb életstratégiával rendelkeznek. Külföldi tanulmányútjaik során megtanulnak beilleszkedni egy új élethelyzetbe, alkalmazkodóbbakká válnak. Megjelenik esetükben a kettős kötődés, a kibocsátó és a fogadó ország iránt egyaránt elkötelezettek. Az informális csatornákon keresztül kialakult baráti kapcsolatok a későbbiekben lehetőséget jelentenek a fogadó intézmény környezetében való letelepedésre (Pusztai, Nagy 2005). Ezt a tendenciát erősíti az, hogy az anyaországban szerzett diplomát, a kibocsátó országok sok esetben nem ismerik el. Az ország hivatalos nyelvén újból állam-, illetve különböző vizsgát kell tenni a hazai bizottság tagjai előtt.

Az anyaországba érkező diákok anyanyelve és nemzetisége megegyezik a fogadó országéval, de eltér a kibocsátó ország többségi népességétől. Az empirikus kutatásban bemutatjuk, hogy gyakran nem érzik otthonosan magukat a hallgatók a célországban. A kibocsátó országban szerveződő kisebbségi közösségek jelentik azt a társadalmi mezőt, ahol igazán otthonosan mozognak. Tehát az eredeti lakóhely társadalmába történik meg a tényleges beilleszkedés, a kisebbségi szubkultúrák csatornáin keresztül. Ugyanakkor a szomszédos országokból érkező magyar diákok oktatási mobilitása magában rejtje a végleges letelepedés lehetőségét. A magyar nyelvű szakismeretek kevésbé kamatoztathatóak a kibocsátó ország munkaerőpiacán, többek között ez a tényező is hozzájárul ahhoz, hogy „tanulmányi mobilitásuk az esetek jelentős többségében bár statisztikailag pontosan nem meghatározhatóan – Magyarországra történő letelepedést is eredményez” (Hatos 2007:1).

A Magyarországon tanuló határon túli hallgatók egyharmada tervezi, hogy választott intézménye helyszínén integrálódjon a munkaerőpiacba, egy-egy tizedük szeretne hazájába visszatérni vagy egy harmadik országban letelepedni. További egyharmaduk a bizonytalanok csoportját gazdagítja. A szülőföldön továbbtanulók 36 százaléka tervezi a további helyben maradást, 8 százaléku külföldi munkahelykeresésben gondolkodik, egynegyedük azonban bizonytalan azzal kapcsolatban, hogy hol szeretné leélni az életét (Pusztai, Nagy 2005).

## Romániai diákok Európában

A fentiek alapján Magyarország szempontjából Románia tekinthető az egyik fő kibocsátó országnak. Ezért szeretnénk betekintést nyújtani Románia helyzetébe, hiszen adatközlőink többsége jelenleg is itt él. *Roman, Monica* és *Suciu, Christina*



eredményei szerint mind Magyarországra, mind Romániába elsősorban a környező határ menti településekről érkeznek, saját kisebbségi tagjai a felsőoktatásba, cserediákként. A különböző kelet- és közép-európai országokból 9730 diák tanult Romániában. Köztük jelentős részarányt képvisel a Moldvai Köztársaságból érkező több mint 4200 diák. További hasonlóság, hogy mindkét ország esetében nagyobb a kimenő, mint a bejövő mobilitási arány (Roman, Suciú 2007).

A rendszerváltozást megelőzően a szovjet rendszer hatása érvényesült a romániai pedagógiai gyakorlatban. A leendő értelmiség vezető rétegének képzése Moszkvában történt (Ortan 2004). Ez is kifejezi, hogy az oktatási mobilitás során tanulmányi okból meglátogatott célország nagy hatást fejt ki a kibocsátó ország tudományos életére, s már a rendszerváltás illetve a globális folyamatok térnyerése előtt is meghatározó jelenségnek számított. A romániai totalitárius rendszer bukását követően Románia is beléphetett a nemzetközi szintérré. Az addig lezárt határok megnyíltak, lehetőséget teremtve a diákok földrajzi mozgásának. Ebből a szempontból nem elhanyagolható Románia csatlakozása az Európai Unióhoz. Az azt megelőzően vízumköteles ország állampolgárai ma már személyi igazolvánnyal utazhatnak a többi európai uniós országba. Diákjai számára elsődleges célországnak a nyugat-európai országok számítanak, hiszen a tengerentúlra még nem utazhatnak szabadon. Évente több száz diák és oktató vesz részt a különböző csereprogramokban (Roman, Suciú 2007). A külföldi ösztöndíjak során felmerülő költségek nagy részét a diákok szülei fizetik. Míg a magasan kvalifikált szülők megengedhetik maguknak, hogy biztosítsák gyermekeik számára a külföldi ösztöndíjprogramokban való részvétellel járó anyagi költséget, addig a hátrányos helyzetű szülők gyermekei kiszorulnak az európai mobilitási lehetőségekből (Dobre 2007).

A romániai diákok oktatási mobilitása a legtöbb esetben migrációban teljesedik ki. A célországban vállalnak munkát és telepednek le. Így a romániai cserediákprogramok tovább erősítik az agyelszívás jelenségét. A diákok által közkedvelt célországok fiatal és képzett munkaerőt vonzanak el a kelet-európai térségből. Ezt a veszteséget növeli a külföldi családalapítás által fokozódó demográfiai veszteség. A nyolcvanas éveket követően folyamatosan növekszik azoknak a romániai hallgatóknak az aránya, akik az oktatási mobilitás csatornáján keresztül Nyugat-Európába vándorolnak. Az itt élő magyar ajkú kisebbség számára Magyarország, míg a román nemzetiségű diákok számára Nyugat-Európa jelenti a fő vonzerőt. 2004-ben a romániai hallgatók 2,4 százaléka vett részt az európai mobilitási programokban, meghaladva ezzel a 2,2 százalékos európai átlagot. Legkedveltebb célországok közé tartozik Franciaország, Németország, Magyarország és Olaszország. Nem elhanyagolható részarányuk ment az Amerikai Egyesült Államokba. Az OECD adatai szerint 2004-ben, a romániai hallgatók 4474 fővel Franciaországban, 4220 fővel Németországban, 3320 fővel az Ame-

rikai Egyesült Államokba, 3147 fővel Magyarországon és 1225 fővel Olaszországban képviseltették magukat (Roman, Suciú 2007).

Románia esetében a kimenő mobilitási arány 3,2 százalékos, amely az 1,5 százalékos bejövő mobilitási aránnyal párosulva 1,7 százalékos nettó mobilitási veszteséget eredményez. Ez a helyzet azonos a legtöbb közép- és kelet-európai országban, hiszen a fő vonzerőt Nyugat-Európa és az Egyesült Államok jelentik, ahol a nettó áramlás pozitív. Fialat és képzett illetve képzést folytató lakosságot integrálhatnak így. A fogadó országok részesülnek a külföldiek tehetségéből, ami Románának mint kibocsátó országnak veszteség, hiszen elvándorló fiataljai hozzáadott értéket jelenthetnének a társadalom fejlődésében (Roman, Suciú 2007).

*Roman, Monica és Suciú, Christina* 2004-es adatfelvétele során a romániai diákok ötvenöt százaléka úgy nyilatkozott, hogy elsősorban a jobb életszínvonalbeli kilátások miatt költözne el. Tehát az életszínvonalbeli különbségek teszik Romániát kibocsátó országgá, meghatározva ezzel a migráció fő mozgatórugóját. A megkérdezettek csupán huszonhárom százaléka nyilatkozott úgy, hogy nem szeretné elhagyni az országot, amelyben él. Az elvagyódók ötvenhárom százaléka egy nyugat-európai országban, húsz százaléka az Amerikai Egyesült Államokban szeretné leélni életét (Roman, Suciú. 2007).

A fenti adatok ellenére jelen tanulmányban bemutatott kutatás egyik fő eredménye hogy az erdélyi magyar fiatalok jelentős része a szülőföldön kíván maradni. Felmerül a kérdés, hogy vajon a kisebbségben élő magyarok jobban ragaszkodnak-e Romániához, mint a többségben élő románok? Vagy inkább arról van szó, hogy a rendszerváltozást követően az elvagyódó magyar kisebbség gyorsabban telepedhetett le az anyaországban, mint az elvagyódó románok, akiknek nyelvi és kulturális különbségekkel kell egy választott célországba érkezniük? Ez lehet az oka, hogy a mintában szereplő – hazai egyetemeken tanuló – diákok már az otthonukhoz erősebben ragaszkodóak köréből kerültek ki? A kutatás kvalitatív jellege miatt ezt nem jelenthetjük ki kategorikusan, azonban ez a jelenség mindenképpen figyelemre méltó.

## Empirikus eredmények

Vizsgálatunkban kvalitatív mélyinterjú módszerrel használtunk. Negyvenhat fővel készítettünk életútinterjút a következő megoszlásban: huszonegy fő a Partiumi Keresztény Egyetemen (Nagyvárad), tizenegy fő a Babeş-Bolyai Tudományegyetemen (Kolozsvár), tizennégy fő a Debreceni Egyetemen folytatta tanulmányait a megkérdezés idején. A megkérdezettek között, közös kapcsolódási pontot jelent, hogy mindannyian magyar kisebbségi létbe születtek és vagy

a születési helyük, vagy a felsőoktatási intézményük révén kötődnek a partiumi régióhoz. Jelen alfejezetben adatközlőink tanulmányi mobilitását mutatjuk be.

A Partiumi Keresztény Egyetem diákjai az adatfelvétel idején nem vehettek részt az Erasmus ösztöndíj programokban az intézmény akkreditációs problémái miatt. Így a Balassi Intézet által szervezett ösztöndíjprogramokra jelentkezhettek. Ezen keresztül a budapesti, a debreceni és a szegedi egyetemre juthattak el. A Balassi Intézeten által felkínált ösztöndíj összege havi 41 400 Forint, ami mellé kollégiumi férőhelyet is kaptak a diákok. Ez a szakmai fejlődés mellett anyagi fellendülést is jelentett számukra. A hallgatók a magyarországi egyetemen bármilyen kurzust látogathattak. Továbbá lehetőségük volt potenciális migrációjuk elsődleges célországát megtekinteni. A hallgatói mobilitás mellett az oktatói mobilitás is jelen volt, hiszen a magyarországi egyetemekről számos vendégtanár tanított a Partiumi Keresztény Egyetemen. Így a magyarországi alapítású és finanszírozású egyetemre, anyagi és tudástőke konvertálódott át a magyarországi képzőhelyekről. Az interjúalanyok véleménye megegyezett abban, hogy a magyarországi egyetemek felszereltebbek, mind a tárgyi feltételeket, mind a könyvtárállományt illetően. A képzést színvonalasnak tartották. Viszont hiányolták az otthon megszokott családi légkört. A következő interjúidézetek az ezzel kapcsolatos reflexiókat mutatják be:

*„Már másodjára vagyok itt, Debrecenben, a hittudományin. Voltam egy hónapot februárban, és most két és fél hónapot nyertem. Az állami vizsga dolgozat miatt jöttem, hogy azt megírjam. Könyvtár. Meg hogy vezessék, két vezető tanár van, egy ott egy itt.” [P11, turisztika, teológia-szociális munka szakos, fiú]*

*„Az egyetem, ami nagyon tetszett, a felszereltsége összehasonlítva az ittenivel. Látszik, hogy nem úgy lett az egész épület kialakítva, mint itt, hogy kaptak valahova egy épületet, beköltöztek, és akkor legyen egyetem, és csináljuk valahogy, ahogy megy. Látszik, hogy az tényleg egy egyetemnek lett építve. És más a légkör is kicsit. Meg főleg a felszereltség. Minden teremben projektor, nagyobb a könyvtár. Szerintem ez szükséges a diákoknak, egész más oda járni. De nagy közösség nem volt kialakulva. Állandóan cserélődtek az emberek. ... Főként azért mentem ki, mert kellett anyag a szakdolgozathoz, teológiából.” [P19, szociológia-teológia szakos, fiú]*

*„Megtudtam, ha megnyerem még ösztöndíjat is kapok. Havi 40 000 Forint, a Balassi Intézettől. Így aminek nagyon tudok örülni, hogy 'anyumék' nem kell, hogy pénzt küldjenek nekem semmilyen formában. Nekem elég, ahogy én élek. Keveset eszek. Nem költekezek pluszba.” Viszont „ott nincs ilyen élet, mint itt. Senki nem ismer senkit kivéve a kisebb közösségeket.” [P20, reklámgrafika szakos, fiú]*

A narratívák, melyek az interjúalanyok szó szerinti idézetei, arra utalnak, hogy az anyaország egyetemén nem találták meg az otthon megszokott közösségi életet, viszont az oktatás színvonalát magasabbnak, az eszközökkel valló ellátottságot jobbnak tartották a külhoni kisebbségi egyetemnél. *P11* számára a szakdolgozatírásban jelentett segítséget, *P19* kiemelte a tárgyi feltételekben megjelenő különbségeket, *P20* számára pedig anyagi fellendülést is eredményezett a tanulmányút. A diákok tapasztalatait az oktatók is igyekeztek integrálni a képzésekbe, ami kedvezően hatott a kibocsátó intézményre:

*„Most már kialakult egy munkastilusom. Főként a gyermekillusztrációkat szeretem. Népmesés stílusban dolgozom. Budapesten a részképzésen alakult ki. ... Az oktatás jobban tetszett. Az oktatás színvonala nagyon tetszett és voltak olyan tanárok, akik pozitívan álltak hozzánk. ... **Mi elmondunk ezt a különbséget az itteni tanárainknak és most próbálják ők is behozni ezeket. Kezdenek kiállításokat szervezni a diákok munkáiból.**”*  
[*P18, reklámgrafika szakos, fiú*]

A megkérdezettek számára a magyarországi tanulmányutak elsődleges célja a könyvtárak felkeresése és a szakdolgozatírás volt. A hallgatók kiemelték a magyarországi képzés és felszereltség színvonalát. A különböző ösztöndíj programok által azok a diákok is bekapcsolódhattak a magyarországi képzésekbe, akik anyagi gondok, vagy lokális kötődésük miatt a romániai magyar képzések köréből választottak.

A Babeş-Bolyai Tudományegyetem az adatfelvétel idején akkreditált felsőoktatási intézmény, ezért diákjai részt vehettek az európai csereprogramokban. A megkérdezettek közül ketten Csehországba, ketten pedig Magyarországra utaztak a tanulmányi ösztöndíj keretében. A Partiumi Keresztény Egyetem diákjaival szemben, nem tartották színvonalasabbnak a magyarországi képzést, az egyetemeiket hasonló színvonalon értékelték.

*„Ez egy Európai Unió ösztöndíj, Erasmus. Az egyetemen meghírdették, és átlag szerint döntenek el, hogy ki megy és ki nem. ... Tetszik az egyetem, hasonlít a miénkhez. Érződik rajta, hogy ugyanolyan színvonalú. Ami nem tetszik nekem benne, hogy itt szétszórva vannak az emberek. Nálunk otthon csoportokban vagyunk. És azért megvan annak a hangulata, ha ugyanazokkal az emberekkel jársz órára. Szerintem ott jöttünk mi össze. ... Az elején volt olyan, hogy álltam az ablakban és néztem kifelé, és azon gondolkodtam, hogy bennem most annyi erő van, hogy gyalog hazamennék. Annyira honvágyam volt és annyira hiányzott minden.”* [B01, informatika szakos, lány]

*B03 így emlékszik vissza pécsi ösztöndíjára: „Konkrétan rossz élményem nem volt, csak nem éreztem túl jól magam. Lehet, hogy az is közrejátszott, hogy unatkoztam. De rosszindulatú emberekkel nem találkoztam. ... Nem tűntek valami barátságosnak ott az emberek. Nálunk, aki később kapcsolódik be az oktatásba, nem is lehet észrevenni, hogy később jöttek. Leültetjük őket, beszélgetünk velük, és ha megyünk valahova, akkor őket is hívjuk. Mi akárhova megyünk leülünk, és megbeszéljük hol találkozunk. Amikor ott volt a gólya buli akkor vártam, hogy oda jöjjenek hozzám és megbeszéljük, de nem jött oda senki. Másnap egy csoporttársam megkérdezte, miért nem voltam a gólya bulin.” [B03, informatika szakos, lány]*

*„Csehországban voltam ösztöndíjjal, de nem vágyok vissza, pedig nagyon jók voltak a körülmények.” [B06, informatika szakos, fiú]*

Míg a Balassi Intézet által szervezett magyarországi részképzéseken, a hallgatók kedvük szerint állíthatták össze az általuk látogatott kurzusokat, tanulmányi teljesítményükről nem kellett elszámolniuk a küldő intézmény felé. Addig az Erasmus programban résztvevőknek, meghatározott számú kreditet kellett összegyűjteniük, külföldi tanulmányaik során, majd arról elszámolniuk a küldő intézmény felé. A megkérdezett diákok beszámolóiban közös, hogy a kedvező körülmények ellenére egyikük sem érezte igazán jól magát a tanulmányi ösztöndíj során. A fogadó és a küldő intézmény összehasonlítása során kiemelték, hogy hazai egyetemen szervezettebb az informális közösség, jobb közösségi hangulat uralkodik, mint a magyarországi egyetemen. Ennek ellenére a határon túli egyetemeken tanuló interjúalanyok érdeklődtek a legnagyobb mértékben a külföldi tanulmányi utak iránt, közülük is elsősorban a Partiumi Keresztény Egyetem diákjai. A magyarországi felsőoktatásban tanuló interjúalanyok a legkevésbé. Közülük csupán a magyarországi társadalomba nehezen beilleszkedő, D14 vett részt egy koppenhágai Erasmus programban, ahol nagyon jól érezte magát. A csoport többi tagja a megkérdezés idején, nem tervezte külföldi ösztöndíj programban való részvételt. Többségük nem vágyott egy harmadik országba sem ideiglenesen, sem végleges letelepedés céljából. Ezt azzal magyarázták, hogy nem szívesen vállalták volna még egyszer az új környezetbe való beilleszkedés nehézségeit. Melynek oka az, hogy mobilitásukat nem változatosság kedvelésé, hanem az anyanyelvű környezetbe való bekerülés motiválta.

*„Nem vonz a külföldi részképzés. Félek is egy kicsit megint egy új helyre beilleszkedni. Mennyire éri meg az állandót valami változóért felcserélni, annyira nem szeretem a változatosságot.” [D11, informatika szakos, fiú]*

*„Most azt érzem, nem mennék külföldre. Utazgatni szeretek, de ha azt mondaná valaki, menjek el Angliába pár hónapra ösztöndíjjal, akkor én*

*azt mondanám, miért mennék el. Ennyi környezetváltás elég volt nekem, hogy most azt mondjam, itt nagyon jól vagyok, és akkor én nem akarok sehova menni. Nem is fordult meg soha a fejembe, hogy elmenjek.” [D21, pedagógia-történelem szakos, lány]*

*A fenti véleményekkel szemben az egyetlen Magyarországon tanuló, külföldi tanulmányúton résztvevő megkérdezett a következőképp vélekedett: „Nagyon jó volt ott. A laborok is jobban felszereltek. Ott tapasztaltam meg először, hogy mit jelent kutatónak lenni. Ha volt egy ötletem kipróbálhattam, egyenrangú félként kezelik a diákokat. Meg más kultúra.” [D14, biológia szakos, lány]*

Ebbe a csoportba tartozó megkérdezettek közül D14 az egyetlen, aki külföldi ösztöndíj programban való részvételéről számolt be. Koppenhágában töltött egy szemesztert. Nagyon jól érezte magát Dániában, ami összhangban volt Magyarországról való elvágyódásával. Annak ellenére, hogy viszonylag korán, középiskolás éveitől került be a magyarországi közoktatásba, mégis ő volt az, aki a megkérdezett interjúalanyok közül a leginkább elvágyódott a megkérdezés idején.

Az interjúalanyok többsége arról számolt be, hogy hosszútávon, Magyarországon tervezik életüket. Sokan közülük ezt azzal magyarázták, hogy elég volt egy költözés, egy nagy horderejű változás, az életükben, stabilitásra vágytak. Az áttelepült interjúalanyok esetében az volt megfigyelhető, hogy a szülőhelyhez való ragaszkodás áttevődött az anyaországra. Ragaszkodtak ahhoz, hogy Magyarországon éljék le életüket. Az anyanyelven való mindennapi kommunikáció és továbbtanulás sok esetben a migráció mozgatórugója, amit az anyaországban kaptak meg. Megtapasztalták, mit jelent kisebbségben élni, egy harmadik célországban való letelepedésük újból kisebbségi léthelyzetet eredményezett volna.

Mind a szülőhelyen, mind a Magyarországon tanuló diákokra az volt a jellemző, hogy elsősorban a tanulmányaik helyszínén tervezték jövőjüket. Terveik közt nem szerepelt a migráció. A Magyarországon lakók esetében legfőképp azért, mert ezáltal értelmüket veszítik a korábban meghozott migrációs áldozatok. Nem tervezték a külföldön való tanulást és munkavállalást sem ideiglenesen, sem véglegesen. A szülőföldön található egyetemek köréből választó minta alanyai szintén ragaszkodtak tanulmányaik helyszínéhez. Esetükben ez egyet jelentett a szülőföldön maradás szándékával. Kötődésük erős lokális identitásukra utalt, mely a magyarság megőrzésének vágyából és a jövőbe vetett fejlődés reményéből táplálkozott.

Összességében a Babeş-Bolyai Tudományegyetem diákjai voltak a leginkább elégedettek saját képzésük színvonalával. Szerintük a romániai magyar nyelvű képzés követelményei magasabbak a magyarországinál. A Partiumi Keresztény Egyetem diákjai ellenben úgy gondolták a magyarországi képzés színvonalasabb a hazai képzésnél. A diákok véleménye összhangban volt az Európai Egyetemek

Szövetségének hivatalos besorolásával. Az európai kritériumok alapján felállított rangsor szerint a Babeş-Bolyai Tudományegyetem a legjobbak közt, a Partiumi Keresztény Egyetem pedig a mezőny végén található.<sup>3</sup> Mindkét oktatási intézmény megkérdezettjei között a magyarországi tanulmányutak örvendtek a legnagyobb népszerűségnek. A Magyarországon tanulók azonban csekély számban érdeklődtek a külföldi országok iránt.

Minden interjúalany erősen ragaszkodott a szülőföldhöz, vagy legalább a magyar földhöz és a magyarsághoz, továbbá a családhoz, barátokhoz, vagyis a társadalmi tőke is igen fontos szerepet töltött be értékrendjükben. A határon túli magyar kisebbségek számára az elsődleges célországnak Magyarország tekinthető. Többségük nem szeretne egy harmadik országba vándorolni. Az Európai Unió mobilitást elősegítő politikáját figyelembe véve, ez is egyfajta „*otthon, illetve szülőföldön maradásnak*” tekinthető, hiszen leginkább az anyaországba vándorolnak, nem a gazdaságilag fejlettebb nyugat-európai országokba.

## Következtetések

Jelen tanulmányban áttekintettük a hallgatói mozgások sokszínű és összetett jelenségét. A legnépszerűbb célországok főként az angol nyelvű képzéseket is biztosító USA, Anglia, Franciaország és Németország. Éppen a legközkedveltebb fogadó ország, küldi a legkevesebb hallgatót a nemzetközi szintérre. Az adatokból úgy tűnik a hallgatói mozgások megegyeznek a nemzetközi vándorlások mutatóival, a gazdaságilag fejletlenebb országok felől a gazdaságilag fejlettebb országok felé tartó mozgásokat látunk. Ennek következtében a hallgatói mozgások végleges letelepedés esetén, a vándorlások humán erőforrásainak mozgásával összeadódva növelik a területi és regionális különbségeket. A humán tőke mozgása, a fiatal és magasan képzett munkaerő vándorlása, a kibocsátó országok gazdasági hátrányait, a fogadó országok előnyeit növeli.

Hazai vonatkozásban azt láthatjuk, hogy Magyarország elsősorban kibocsátó országnak tekinthető. A Magyarországra érkező hallgatók jelentős csoportját alkotja a határmenti magyar kisebbség, akiknek az anyaország jelenti az elsődleges célországot. Ezért az empirikus fejezetekben a nemzetiség alapú hallgatói mozgásokat vizsgáltuk, főként a határmenti területek magyar anyanyelvű diákjainak magyarországi felsőoktatási intézményekben való tanulását, akik a magyar nyelv ismerete miatt előszeretettel választanak magyarországi képzőhelyet. A kutatás során arra a következtetésre jutottunk, hogy a szülőhelyen tanuló

---

<sup>3</sup> [http://eduline.hu/felsooktatasi/2011/9/8/20110908\\_romania\\_egyetemi\\_rangsor](http://eduline.hu/felsooktatasi/2011/9/8/20110908_romania_egyetemi_rangsor)  
Letöltés ideje: 2011. 09.08.

magyarajkú diákok szívesen vesznek részt a Magyarország felé irányuló hallgató mobilitás által elérhető képzésekben. A tanulmányutak által megismerik elsődleges célországukat, szakmai tapasztalatokra tesznek szert, hozzáférnek a magyar nyelvű szakirodalmakhoz, mely a szakdolgozatírás elengedhetetlen feltétele. A szociális- és társas közegbe viszont kevésbé tudnak beilleszkedni, a rövidnek mondható tanulmányi idő alatt. Azok viszont, akik a teljes képzést Magyarországon töltik, a tanulmányi idő végére beilleszkednek az anyaországba. A szakmai, nyelvi és kapcsolati szempontok miatt, legszívesebben a tanulmányok helyén alapítanak családot és vállalnak munkát. Ez utóbbi csoport már a képzési idő alatt sem szívesen hagyja el az anyaországot, egy-egy szemeszternyi időre sem annak érdekében, hogy egy harmadik ország képzésbe betekinthesse. A kisebbségi létből többségi létebe kerülve már nem szeretnék megtapasztalni az újból kisebbségi létet eredményező mobilitást sem ideiglenesen sem véglegesen.

## Felhasznált irodalom

1. Berács József (2009): Egyetemek nemzetköziesedése és a diákmobilitás. In: Kurucz Katalin (szerk): *A nemzetköziesedés folyamata a magyar felsőoktatásban. Bologna Füzetek 3.* Budapest, Tempus Közalapítvány, 13-25.
2. Berács József (2010): A Magyarországon tanuló külföldi hallgatók összetétele. In: Kurucz Katalin (szerk): *Bologna Füzetek 4. Mobilitás Magyarországon. Lehetőségek és teendők. A 2010. január 19-i konferencia előadásainak összefoglalói.* Budapest, Tempus Közalapítvány, 15-21.
3. Bhandari, Rajika – Blumenthal, Peggy (2009): Global Student Mobility: Moving Towards Brain Exchange. In: Bhandari, Rajika – Laughlin, Shepherd (eds): *Higher Education on the Move. New Developments in Global Mobility.* Institute of International Education, New York, 1-17.
4. Derényi András (2014): A felsőoktatás nemzetköziesítése: globális pillanatkép. In: Veroszta Zsuzsanna (szerk): *A mozgás tere. A magyar felsőoktatás és a nemzetközi mobilitási folyamatok.* Budapest, Balassi Intézet, 11-53.
5. Dobre, Raluca (2007): Băncile au oferte sârace de credite pentru studii. (Tanulmányutak alulfinanszírozása) *Compact*, 4. June.
6. Fábri István (2011): Demográfiai változások és a felsőoktatási intézmények rekrutációs stratégiáinak összefüggései. *Felsőoktatási Műhely*, 1. 13-29.
7. Hatos Pál (2007): *Nemzetközi hallgatói mobilitás: magyarországi helyzetkép.* In: <http://www.scholarship.hu/LinkClick.aspx?fileticket=1eAC6R-7PhM%3D&tabid=144&language=hu-HU> (letöltés 2010. 06. 23.)
8. Hrubos Ildikó (2011): Örök felsőoktatási érték – változó hangsúlyokkal. *Educatio*, 2. 208-219.



9. Hubert József (2009): Nemzetköziesedés az intézményfejlesztési tervek tükrében. In: Kurucz Katalin (szerk): *A nemzetköziesedés folyamata a magyar felsőoktatásban. Bologna Füzetek 3.* Budapest, Tempus Közalapítvány, 26-39.
10. Kasza Georgina (2014): A nemzetközi hallgatói mobilitás statisztikai megragadása. In: Veroszta Zsuzsanna (szerk): *A mozgás tere. A magyar felsőoktatás és a nemzetközi mobilitási folyamatok.* Budapest, Balassi Intézet, 53-83.
11. Kovács László (2004): Quo vadis Európa? A népességszám alakulása a XX. században és a XXI. század első felében. *Magyar Tudomány*, 7. sz.
12. Lanzendorf, Ute (2006): Foreign students and study abroad students. In: Kelo, Maria – Teichler, Ulrich – Wachter, Bernd (eds): *EURODATA. Student mobility in European higher education.* Bonn: Lemmens Verlags- & Mediengesellschaft, 7-54.
13. Melegh Attila (2011): A globalizáció és migráció Magyarországon. *Educatio*, 2. 166-180.
14. Motivans, Abert (2009): *Global Education Digest, Comparing Education Statistics Across The Word*, Montreal, UNESCO Institute for Statistics.
15. Obst, Daniel – Bhandari, Rajika – Witherell, Sharon (2007): Meeting America's global education challenge: Current Trends in U.S. Study Abroad and The Impact of Strategic Diversity Initiatives. *Ile study abroad white paper series*. Issue Number 1.
16. Ortan, Florica (2004): *Introducere în pedagogie și științele educației.* (Bevezetés a pedagógiába és a neveléstudományba.) Oradea, Editura Universității din Oradea.
17. Polónyi István (2011a): A külföldi tőke és munkaerő szerepe. *Educatio*, 2. 139-149.
18. Polónyi István (2011b): Keresztúton a hazai felsőoktatás. *Felsőoktatási Műhely*. 2011/1. 29-43.
19. Pongrácz Kornélia (2011): „És mégis mobil a föld” – Nemzetközi hallgatói mobilitás a 21. század elején. *Educatio*, 2. 284-286.
20. Pustai Gabriella – Nagy Éva (2005): Tanulmányi célú mobilitás Magyarország keleti határvidékein. In: *Educatio*, 2. 360-384.
21. Roman, Monica – Suciu, Christina (2007): International Mobility of Romanian Students in Europe: From Statistical Evidence to Policy Measures. (Romániai diákok nemzetközi mobilitása Európában: a statisztikai tényektől a politikai elemzéseig.) *The Romanian Journal of European Studies*, No. 5-6. Special issue on migration.
22. Varghese, N.V. (2009): GATS and Transnational Mobility in Higher Education. In: Bhandari, Rajika – Laughlin, Shepherd (eds): *Higher Education on the Move. New Developments in Global Mobility.* Institute of International Education, New York, 17-29.

23. Wachter, Brend (2009): Increasing Europe's attractiveness for international students: What can we learn from the Bologna Process? In: Bhandari, Rajika – Laughlin, Shepherd (eds): *Higher Education on the Move. New Developments in Global Mobility*. Institute of International Education, New York, 49-65.

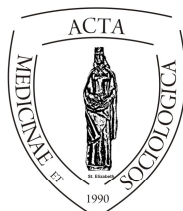
**Takács Tamara**

2009-től Nyíregyházi Egyetem adjunktusa, az Alkalmazott Pedagógia és Pszichológia Intézet, Szociálpedagógia Intézeti Tanszéken. Doktori tanulmányait a Debreceni Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Humán Tudományok Doktori Iskola, Neveléstudományi Doktori Programjában folytatta. Értekezésének címe: *Közösségi kötődés és identitás egy határmenti felsőoktatási térségben*, melyet 2015-ben védett.

---

UNIVERSITY  
OF DEBRECEN

FACULTY OF  
HEALTH  
NYÍREGYHÁZA



ACTA  
MEDSOC  
VOLUME 8.  
2017

---

# Felnőtt fejvel tanulni – egy nyíregyházi felzárkóztató képzés tanulságai

Nyilas Orsolya

Nyíregyházi Egyetem, Társadalom – és Kultúratudományi Intézet

**Abstract. Adulthood learning - lessons of a catching-up program in Nyíregyháza.** Adult population does not consider education as an investment to their own, long term human capital. They recognize it rather as compulsion, or a mean to avoid unemployment, even though one of the most important factors in reducing the disadvantaged situation. After all, during training one can acquire– best case scenario- not only knowledge, but the workers attitude to integrate into society, as well as the sense of social usefulness and a new vision for future appears ahead of the adult learner. In Hungarian andragogic discipline Durkó Mátyás views the care for the whole personality and individual development as highly important tasks of the adult education renewal (Durkó, 1999). The aim of the high priority project, code number GINOP-6.1.1-15 (GINOP-Economic Development and Innovation Operative Programme) “Training for the underqualified and for the public employed” is to encourage people with low educational attainment, who lack competences or qualifications required in the labour market, to participate in the adult training. The project is aimed to provide the possibility for these people to acquire the labour market relevant qualifications, knowledge, skills and competences. In the present study we took into considera-

tion the experience we gained through such training, examining the participants' joy, success, and hardships through the eyes of an andragogue. We did all these by using the method of observation and focus group interviews.

*Key words:* adult education, disadvantage

**Absztrakt.** A felnőtt populáció jellemzően nem tekinti hosszú távú, saját emberi tőkéjébe való befektetésnek, ha oktatásáról, képzéséről van szó. Sokkal inkább érzik kényszernek, esetleg a munkanélküliség elkerülésének egyik eszközét látják benne, holott a hátrányos helyzet mérséklésére alkalmas eszközök közül, a képzés az egyik legfontosabb tényező. Hiszen a képzés folyamán – jó esetben - nem csak az ismeretszerzés, hanem a társadalomba integrálódni képes munkavállalói attitűd elérése is bekövetkezik, megjelenik a társadalmi hasznosságérzet és új jövőkép bontakozik ki a felnőtt tanuló előtt. A magyar andragógiai diszciplínában Durkó Mátyás kiemelkedően fontos feladatnak tekintette a felnőttnevelés megújításában a teljes személyiség gondozást és az egyéniség fejlesztését (Durkó, 1999). A GINOP-6.1.1-15 kódszámú „Alacsony képzettségűek és közfoglalkoztatottak képzése” című kiemelt projekt célja, hogy ösztönözze az alacsony iskolai végzettséggel, munkaerőpiacon keresett kompetenciával vagy szakképesítéssel nem rendelkező felnőtt lakosság részvételét az oktatásban, képzésben, és lehetőséget biztosítson számukra a munkaerő-piaci szempontból releváns képzettség, ismeretek, készségek, kompetenciák megszerzésére. Jelen tanulmányban egy ilyen képzésben szerzett tapasztalatainkat vettük számba, andragógus szemmel vizsgálva a képzésben résztvevők örömeit, sikereit, nehézségeit. Mindezt megfigyeléssel és interjúkkal, fókuszcsoporthoz tartozó interjúk segítségével tettük.

*Kulcsszavak:* felnőttképzés, hátrányos helyzet

## Bevezető

Alapvető különbség az iskoláskorúak és a felnőttek tanulásában, hogy a gyerekek a tanultakat egy távoli jövőben akarják alkalmazni, míg a felnőttek a lehető leghamarabb szeretnék látni tanulmányaik gyakorlati hasznosulását. De nemcsak a képzési tartalmak kidolgozásánál fontos a tanultak hasznosíthatósága, hanem a felnőttoktatónak is tudában kell lennie annak a ténynek, miszerint a tanulásban erős motiváló tényező az, ha az elsajátított tudás, a kifejlesztett kompetenciák alkalmazhatóságáról már a képzés során meggyőződhet a tanuló. A felnőttek tanulási döntéseiben fontos tényező a tanulás útján elérendő cél meghatározása, amely fakadhat belső és külső indítékokból. A tanulmányok teljesítésében számos motívum felbukkan, amelyek többnyire egy végcélban sűrűsödnek össze, mégpe-

dig a továbbtanulás vagy a munkaerő-piaci elhelyezkedés kapcsán kitűzött célban. A felnőttek tanulása kevésbé ilyen egyértelműen lineáris szerkezetű. Hacsak nem kötelezettek valaki vagy valami által egy tanulmányi út bejárására, akkor szabadon dönthetnek a tanulás módjáról, tartalmáról, időzítéséről. Ebben a döntésmechanizmusban a tanulás útján elérni kívánt cél maga is motivációként funkcionálhat. Az sem újszerű megállapítás, hogy a felnőttek tanulása többnyire kényszer, mintsem érdeklődés vezérelte folyamat, legyen szó munkahelyi képzésről, közmunka programok képzéseiről, a felzárkóztató képzésekről nem is beszélve.

## Alacsony végzettség és a társadalmi helyzet

Napjainkra sajnálatos tényé vált, hogy egyre többen sodródnak a társadalom peremére, az esélytelenek képzési hátránnyal küzdenek, és nem képesek bekapcsolódni a munka világába. A képzetlenek, munkanélküliek, esetleg más szempontból is hátrányos helyzetűek életformájává vált a munkanélküliség, a kulturális hátrányt pedig átszármaztathatják a következő generációra. Bár a felnőttoktatás és -képzés önmagában nem oldja meg a szegénység, a diszkrimináció és a szociális depriváció okozta problémákat, de képes hozzájárulni ezeknek a konfliktusoknak a feloldásához (Koltai, 1999).

Ferge Zsuzsa (2010) megállapította, hogy az egyéni döntések is erős társadalmi befolyás alatt születnek. Az iskolába történő beruházás mértéke sokkal nagyobb, ha naponta órákig tart az oda és visszautazás, és sokkal kisebb, ha néhány perc gyaloglásnyira van a középiskola. A kockázatok sokkal magasabbnak tűnnek ott, ahol a középiskolát szinte soha senki nem végezte el (egyetemről meg főiskoláról még csak nem is hallottak személyes ismerőstől), mint ott, ahol a személyes környezetben csaknem mindenki sikeresen elvégzett valamilyen egyetemet vagy főiskolát. Ebben a felvetésben racionális döntési helyzet az iskolaválasztás is, a továbbtanulás vagy a tovább nem tanulás melletti döntés is. Az iskolák folytatása vagy az iskolai karrier megszakítása mellett szólhatnak olyan mérlegelések, mint hogy „megéri-e a várható munkaerő-piaci előnyök érdekében beruházni, költeni a további iskoláztatásra?”. Vagy hogy „nem jelent-e túl nagy kockázatot az, hogy csak a jó eredménnyel elvégzett magasabb iskolának van munkaerő-piaci értéke, a rossz eredménnyel megszerzett diplomának nincsen?”. Természetesen ezek az egyéni (vagy szülői) mérlegelési szempontok jelentősen befolyásolják az iskolai karrier alakulását, és bár a „módszertani individualizmust” és a racionális döntések elméletét sokan kritizálják, azt még a kritikusok is kénytelenek elismerni, hogy az egyéni döntéseknek fontos társadalmi szerepük, jelentőségük van (Sen, 2009, idézi Ferge 2010). Az alacsony iskolázottság megértéséhez mind az egyéni, mind a társadalmi meghatározottságokat

figyelembe kell venni. Olykor a középiskola választása túl kockázatos, túl költséges, és túl kicsi haszonnal járó befektetésnek tűnik akkor, ha nincs mód a költségek finanszírozására, a gyerekkor meghosszabbítására, vagy ha a környezetben a magasabb végzettségűek sem tudnak semmilyen munkát találni. Másrészt az iskolaválasztást nagyban befolyásolhatják divatok, munkákhoz és szakmákhoz tapadó pozitív vagy negatív értékek, megbecsültségek vagy lenézettségek (Farkas, 2013).

A klasszikus oktatásszociológia által megállapított legerősebb társadalmi összefüggés: a szülők alacsony iskolai végzettsége, és ezzel együtt járó alacsony társadalmi státusza hat legerősebben a gyerekek alacsony iskolai végzettségére. Az alacsony iskolai végzettségű gyerekek szüleinek igen nagy arányban alacsony végzettségűek a szülei is. A másik jelentős meghatározó tényező a területi egyenlőtlenségek leképeződése az alacsony iskolázottságra. Az iskolai hátrányok települési, területi elvű sűrűsödését a hazai szakirodalom gyakran írja le a szegregáció fogalmával. A hátrányok ebben a felvetésben nem statisztikai összefüggésre, hanem erőteljes és csaknem átjárhatatlannak tűnő elkülönülésre is utal a jobb és rosszabb iskolák, gyakorlatilag a jobb és rosszabb lakókörnyezetben fellelhető iskolák és diákjaik között (Fazekas-Köllő-Varga, 2008; Kertesi-Kézdi, 2009a; Kertesi-Kézdi, 2009b).

## Iskolai végzettség és foglalkoztatás

A magyarországi munkaerőpiac az európai államokhoz hasonlóan folyamatosan szűkül. A munkaerő-piaci feltételek Magyarországon 1989 után átalakultak, tömegessé vált a munkanélküliség, amely leginkább az alacsony képzettségű csoportokat érintette. A munkaerőpiacról leszakadó rétegekhez elsősorban az iskolában sikertelen csoportok sorolhatók, így az általános iskolai végzettséggel nem rendelkezők, a speciális általános iskolába járók, akik nem tanulnak tovább középfokon, vagy onnan lemorzsolódnak, és a munkaerő-piaci igényeknek meg nem felelő szakképzésben részesült fiatalok (Farkas, 2013).

Az alacsonyabb iskolai végzettségűek az átlagosnál nagyobb valószínűséggel tapasztalják meg a munkanélküliséget. A legfeljebb általános iskolai végzettségűek és a felsőfokú iskolai végzettségűek között a munkanélküliség által érintettek arányában 2,5-szeres a különbség. A legfeljebb az általános iskola 8. osztályát végzettek körében 2012-ben jelentős mértékben nőtt azok aránya, akik több alkalommal voltak munkanélküliek, illetve azoké, akik jelenleg is azok. A munkanélküliség területi különbségeit tükrözi, hogy míg a Budapesten, Pest, illetve Győr-Moson-Sopron megyékben élő 19–64 évesek több mint 72%-a még soha nem volt munkanélküli, addig Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 51,5, Nógrád

megyében 52,2, Borsod-Abaúj-Zemplén megyében csak 52,4% ez az arány. Továbbá e megyékben jelentős azok aránya, akik már több alkalommal voltak munkanélküliek (KSH, 2012).

A negatív szelekciós hipotézis szerint az iskolai végzettség szerepét illetően megkérdőjelezhetők a pusztán csak a munkaerőpiac strukturális átalakulására építő magyarázatok. A képzettség emelkedésével a munkaadók elvárásai változnak, a korábban képzettséget nem igénylő állásokat is iskolázottabb munkavállalókkal töltik be. Másrészt a képzetlenek csoportjának összetétele is átalakul, egyre homogénebb csoportot alkotnak: egyre többen vannak köztük azok az előnytelen származású munkavállalók, akik a munkaadók által megkövetelt minimális kompetenciával sem rendelkeznek. Az iskolai végzettséggel nem rendelkezők gyakorlatilag kiszorulnak a munkaerőpiacról (Öry, 2005).

## Az iskolai végzettség „értéke”: a kompetenciák

A kompetenciák szerepének növekedése napjainkban egyre erőteljesebben összefügg a munkaerőpiac változásaival. Szoros a kapcsolat az alapkészségek és a foglalkoztatás vagy munkanélküliség között (Köllő, 2007). Kemény István elemzéseiben a szakma, a szakképzettség legfontosabb tartalma az iskolázottság mellett az univerzalitás. Az igazi szakember az univerzális szakember, így például az esztergályos, aki rajz után el tudja készíteni a munkadarabot, méghozzá kevés fogással, gyorsan. Egy villanyszerelő, aki ha kell porszívót javít, ha kell, akkor kapcsolási rajzról bekábelez egy házat, stb. Természetesen ez az univerzalitás ez egyfajta mobilitási képességet is jelent, nemhogy lehet máshol is dolgozni a szakmában, hanem épp attól lesz valaki univerzális szakember, hogy világot látott, hogy több helyen, többféle a szakmájához tartozó munkában is megállta a helyét (Kemény, 1992).

Az alacsony végzettségű munkavállalás nem feltétlenül „tudás-nélküliséget” jelent, hanem sokkal inkább sajátos, nem túl magasra értékelt tudások és képességek azok, amelyek az alacsony végzettségű emberek bér munkás foglalkoztatása során értékesednek. Ez a tény összecseng Köllő János (2009) azon megállapításával, miszerint az alacsony végzettségű emberek általános kompetenciái, különösen nyelvi, szövegértési, kommunikációs kompetenciái lényegesen alacsonyabbak a fejlett országok alacsony végzettségűek mutatóinál. Köllő példáját idézve: egy teherautósofőrnek a kocsi vezetéséhez sem most, sem korábban nem volt szüksége különösebben magas iskolai végzettségre. Míg azonban egy régi gazdaságban a teherautó sofőrjének a vállalat egyik telephelyéről kellett valamit átvinnie a másikra, addig ma a határokon átkelve, vámot és beutaztatást kell intéznie, fizetési-pénzügyi műveleteket kell rendeznie, stb. Ehhez alapvetően

nem iskolára, hanem írni-olvasni tudásra van szüksége, amit ma a munkaadók leginkább abban látnak biztosítottak, akinek az érettségije is megvan.

Az alacsony iskolai végzettség nem is feltétlenül az elsajátított ismeretek kicsiny mennyisége miatt teremt hátrányt, hanem a további ismeretek befogadására való felkészültségekben, attitűdökben, a fejlődést megalapozó kommunikációs készségekben és képességekben (Öry, 2005; Kerülő, 2009). A munkakörök betöltéséhez ma már nem elég a megfelelő végzettség, szakképzettség, gyakorlat. A fejlődés következtében gyorsan változó munkakörülmények miatt megjelent az olyan munkaerő iránti igény, aki megújulásra képes, azaz e változásokhoz gyorsan alkalmazkodik, folyamatosan átképezhető, fejleszhető. Olyan dolgozókat keresnek, akik nemcsak a szakmájukhoz kapcsolódó tudással rendelkezzenek, hanem a hatékony munkavégzéshez szükséges tulajdonságokkal is, mint a jó kommunikációs és problémamegoldó készség, meggyőző érvelés, gyors helyzetfelismerő-képesség, kompromisszumkészség, flexibilitás, mobilitás, teherbírás, stressztűrés, nyitottság és kreativitás. Mindez azt jelenti, hogy a munkaerőpiaci kirekesztődés egyik legerősebb magyarázó tényezője az alacsony iskolai végzettség és a kompetencia hiánya. Ugyanakkor az elkövetkezendő időkben a végzettség még inkább fontos lesz, elsődleges a készségekkel szemben, a kompetenciákat csak a végzettség birtokában vizsgálják a munkaadók a potenciális munkavállalók körében (Öry, 2005).

Az Európai Bizottság is megfogalmazta, hogy munkahelyteremtés a két elmentéses póluson várható: a magasabb szintű és az alacsonyabb szintű tudást igénylő munkakörökben. Ugyanakkor az alacsonyabb végzettséget, készségeket igénylő munkahelyeken is egyre inkább elvárás a nem rutin feladatok ellátása. Eppen ezért szükséges hangsúlyt fektetni a készségek fejlesztésére, és arra, hogy a készségek illeszkedjenek a munkaerőpiachoz. Érdemes az élethosszig tartó tanulásra fordított kiadásokat növelni, figyelembe véve azt a szempontot, hogy a humán erőforrásba való befektetés gazdaságilag megtérül. A gyors változások miatt az újonnan kialakuló munkahelyekhez új típusú készségek szükségesek, így nemcsak a munkanélküliek, hanem a már dolgozók alkalmassá tétele, foglalkoztathatóságuk fejlesztése is fontos szempont kell, hogy legyen. A kompetenciák fejlesztésének feltétele a magas minőségű alapoktatás, a lemorzsolódás megelőzése, valamint az oktatásban, képzésben való részvétel fejlesztése. A felnőttképzések lehetőséget adnak a résztvevők kompetenciáinak fejlesztésére, melyek növelhetik az egyének kereseteinek nagyságát. A különböző készségek, képességek megléte további mérhető munkaerőpiaci előnyökkel járhat, hatással lehet a foglalkoztatási esélyek javulására (Varga, 2006). Ezért Magyarországon elsősorban az érettségit nem szerzett felnőttek esetében lenne a legnagyobb szükség az alapkészségeket pótló képzésekre (Köllő, 2007).



## A hátrányos helyzetű felnőttek tanulását nehezítő tényezők

Ezen tényezők jó része a tanulón kívülről származhat, például tanulását nem támogatja közvetlen családi vagy munkahelyi környezete. A nem megfelelő oktatási környezet is számos nehézség forrása lehet: az intézmény légköre nem támogató, nem segíti a hiányzó előzetes ismeretek pótlását, a felzárkóztatást, nem elég rugalmasak, az oktatásszervezés formái, a felnőtt nem tud alkalmazkodni, nincs választási lehetősége. Külső nehezítő tényező lehet a nem megfelelő tanári, oktatói munka, az andragógiai ismeretek és kompetenciák hiányos volta, a tanárok elutasító attitűdje, stb. Érdemes megjegyezni, hogy e tényezők hatása erősen függ attól, hogy a tanulóknak milyen fejlett a nehézségekkel történő megküzdési képessége (Bajusz, 2005). A hátrányos helyzetű felnőttek tanulását nehezítő tényezők másik csoportja inkább magából a tanuló felnőttből ered. Gyakori, hogy korábban rögzült szokások és hiedelmek akadályozzák a tanulást, különösen a tanuló önképét negatívan befolyásoló felfogások, mint például a gyakran elhangzó „én ezt már nem tudom megtanulni” meggyőződés. Az életkor előrehaladtával a képességek, a testi erő fogyatkozásával csökken a felnőttek tanulói önbizalma. Alábecsülik képességeiket, túlságosan sokat aggódnak teljesítményük miatt. Erős gátja a felnőttkori tanulásnak a megszegyenüléstől való félelem, valamint a korábbi rossz iskolai élmények hatása. (Kerülő, 2009). A negatív érzések mellett a stressz, illetve a stresszkezelési technikák hiánya a felnőtt tanuló nagy problémája. A felnőtt, ha hosszú ideig stressz állapotban van, csökken a kommunikációs képessége, rosszabb tanulási teljesítményt mutat (Farkas, 2013).

A korábbi tanulási technikák fejletlenségével függ össze a meglévő tudás és az új ismeretek összekapcsolásának nehézsége. Nem mindig, vagy csak segítséggel sikerül felidézni a korábban már tanultakat. A nehézséget növeli, ha a felnőtt emlékezetében a meglévő tudás elkülönült elem, nehéz előhívni, összefüggések nélkül összekapcsolni, különösen akkor, ha a tanulási tapasztalatok és technikák nem eléggé fejlettek. Ennek egyik oka lehet, hogy fiatalabb életkorban a tanulás célja nem a teljesítőképes tudás megszerzése volt, hanem az ismeretelsajátítás. A tanulási motiváció csökkenését eredményezheti, ha a felnőtt tanuló számára a tanulás értéke nem „itt és most” jelentkezik, ezért nem is vállalkoznak szívesen hosszú időtartamot felölelő tanulási programokra. (Kerülő, 2009; Farkas, 2013; Bajusz 2009).

## Alacsony képzettségűek és közfoglalkoztatottak képzése

A tartós munkanélküliség jelenléte, a munkanélküliek számának és körének szélesedése napjaink egyik legégetőbb gazdasági és társadalmi problémája. A piaci alapokra építő oktatási rendszer következtében a rosszabb anyagi körülmények között élő, nehezebben tanuló, eleve hátrányos helyzetű társadalmi rétegek tanulási esélyei nagy léptékben csökkennek. Ez a hátrány egyrészt folyamatosan halmozódik, hiszen az alacsony iskolázottság következtében a munkaerőpiacon is előnytelen pozícióba kerül az egyén, másrészt könnyörtelenül újratermelődik a jelenség. Az Európai Unió Lifelong Learning Munkaprogramjának egyik legfontosabb célkitűzése az Európai Unión belüli oktatási és képzési rendszerek minőségének és hatékonyságának növelése, különös tekintettel a 24 és 64 év közötti populáció körében (Eurostat, 2012). A felnőttképzés eredményességének azonban több tételtől függ.

Alapvető fontosságú a kitűzött célok eléréséhez a tanterv gondos megtervezése, hozzá a megfelelő minőségű tananyag elkészítése, természetesen a felnőttképzés módszertani alapelveinek figyelembevételével. Az eredményes munka érdekében meghatározó szerepe van a tanári munka minőségének is, így a képzési folyamat eredményességének legjelentősebb fokmérője a felnőttoktató szakmai, módszertani, emberi felkészültsége, rátermettsége. Nem kétség, hogy a tanulás hatékonysága nagymértékben növelhető, ha az oktató jól ismeri a felnőtt tanuló sajátosságait, elvárásait és az eredményes tanulást biztosító ismeretszerzési folyamat mozzanatait. Több szakember is egyetért abban, hogy a képzési piac elvárásainak változásai, és a megrendelők igényeinek növekedése egyre sajátosabbá teszi azt az elvárást, miszerint a felnőttoktató a szakismeretek mellett biztos felnőttképzési, módszertani ismeretekkel és jártassággal is rendelkezzen, amely elengedhetetlen ahhoz, hogy az oktatott ismeretanyagot a felnőttkorban tanulók összetételének megfelelő, legjobb módszerválasztással és a legeredményesebben tudja oktatni (Farkas, 2013; Bajusz-Németh, 2011). A tanár-diák viszonyban az alá-fölérendeltség helyett a partneri viszony a kívánatos és célravezető felfogásmód. A szakmai felkészültség mellett az empátia, a rugalmasság, az előítélet mentesség, a hitelesség a felnőttoktató kívánatos személyiség jegyei.

A fent említett szempontoknak és elvárásoknak a figyelembevétele a hátrányos helyzetű felnőttek esetében fokozottabban érvényesek. A hátrányos helyzetű és speciális csoportokkal foglalkozó andragógusoknak speciális kompetenciákkal is kell rendelkezniük. A célcsoportok iskolai végzettsége alapján külön kiemелendő az alacsony iskolázottságúak célcsoportja, akár tartós munkanélküliek, akár gyesen, gyeden lévők, netán 45 év felettiak. Az ilyen célcsoportok ese-

tében a képzés fő célja többnyire a hiányzó alapkészségek és az alpműveltség pótlása, a munkaerő piacon keresett és használható kompetencia elsajátítása. Amennyiben a képzés fő célja a hiányzó alapkészségek pótlása, úgy bizonyos tanítóktól elvárt módszertani felkészültséggel kellene rendelkeznie a felnőttoktatóknak (Bajusz, 2009).

A GINOP-6.1.1-15 kódszámú „Alacsony képzettségűek és közfoglalkoztatottak képzése” című kiemelt projekt célja, hogy ösztönözze az alacsony iskolai végzettséggel, munkaerőpiacon keresett kompetenciával vagy szakképesítéssel nem rendelkező felnőtt lakosság részvételét az oktatásban, képzésben, és lehetőséget biztosítson számukra a munkaerő-piaci szempontból releváns képzettség, ismeretek, készségek, kompetenciák megszerzésére. Jelen tanulmányban egy ilyen képzésben szerzett tapasztalatainkat vettük számba, andragógus szemmel vizsgálva a képzésben résztvevők örömeit, sikereit, nehézségeit. Mindezt megfigyeléses módszerrel valamint fókuszcsoporthoz tartozó interjúk segítségével tettük.

Az alapvégzettséget meg nem szerzett vagy alulképzett felnőttek esetében jellemző motivációhiány oka legtöbb esetben a korábbi rossz iskolai tapasztalatokban, a tanulási kudarcélményekben keresendő, valamint abban, hogy családjuk, környezetük, s így önmaguk számára sem érték a tudás, illetve a tudásszerzés folyamata (Farkas, 2010; Kerülő, 2009; Bajusz-Németh, 2011). Környezetükben nem jelenik meg mintaként az az életforma, mely természetes folyamatként kezeli akár az iskolai, akár az iskolarendszeren kívüli tanulás felnőttkori megjelenését. Mivel munkaerő-piaci helyzetük is labilis, a külső motivációs tényezők hatására sem ülnek vissza az iskolapadba. Így nem alakul ki az a motiváció, melynek hatására létrejöhetne a tanuláshoz szükséges anyagi fedezetet, a családban a tanuló felnőtt segítségét szolgáló munkamegosztást és nyugodt érzelmi háttérrel megteremtő attitűd (Farkas, 2010; Kerülő, 2009).

A GINOP-6.1.1-15 kódszámú „Alacsony képzettségűek és közfoglalkoztatottak képzése”-nek a lényege, hogy a már meglévő hat elemi osztály befejezése után a 7-8. osztályt is sikeresen elvégezzék a hallgatók, ezzel lezáruljanak – a korábban valamilyen oknál fogva félbemaradt – általános iskolai tanulmányaik. A nem a megszokott keretek között zajló oktatás rendkívüli előnye, hogy mindössze fél éves időintervallum alatt elvégezhetik a hallgatók a nappali képzésen egyébként két évig tartó 7. és 8. osztályt. A hallgatók szempontjából igen fontos tény továbbá, hogy a tanfolyam ideje alatt úgynevezett megélhetést biztosító juttatást is kaptak havonta a képzésben résztvevők. Emellett lehetőség volt helyközi autóbussz bérletek térítésére is. Sokaknál ezek a juttatások jelentették a legfőbb motivációs erőt, ami sejteti nehéz anyagi helyzetüket, szociális gondjaikat.

A képzési program 11 modulból (tantárgyból) álló tananyagcsomagot tartalmazott: magyar nyelv és irodalom; matematika; fizika; kémia; informatika; környezetvédelem - földünk és környezetünk; biológia; pályaaorientáció; történelem és állampolgári ismeretek, művészeti ismeretek; idegen nyelv (angol). A tananyag-

csoporthoz az alábbi kompetenciák megszerzésére irányulnak: Matematikai ismeretek (a mindennapi élethez kapcsolódó számítási műveletek önálló elvégzése, ezáltal a szakmai számítások megalapozása), Magyar nyelv és irodalom (magabiztos írás-olvasás, a különböző műfajú olvasott anyag lényegének, illetve önálló gondolatoknak a megfogalmazása szóban és írásban), Informatika (tudja kezelni az alapvető informatikai eszközöket, ismeri a szövegszerkesztés és táblázatkezelés alapjait, tud az interneten keresni és levelezni), Történelem és társadalomismeret (ismeri a legfontosabb társadalmi-történelmi változásokat, azok jelentőségét, ismeri a politikai jogok gyakorlásához szükséges intézmények szerepét), Természetismeret (ismeri a kémia, fizika, biológia és a földrajz témaköreit, ezeket felismeri a hétköznapi tapasztalatokban, illetve környezetében), Idegen nyelv (megért és válaszol tagoltan feltett, egyszerű, önmagát és közvetlen környezetét érintő kérdésekre, tud köszönni, bemutatkozni, és elemi szükségleteit ki tudja fejezni, el tud olvasni egyszerű tájékoztató feliratokat, ki tud tölteni egy személyes adatait, kérő űrlapot), Pályaorientáció (ismeri saját képességeit, lehetőségeit a munka világában, rendelkezik a munkavállaláshoz szükséges pozitív jövőképpel).

## A nyíregyházi képzés tapasztalatai

A nyíregyházi csoport 2015 májusában 15 fővel indult – 4 férfi és 11 nő -, végül 6 fő fejezte be sikeresen. Korösszetétel alapján igen változó a kép, a legfiatalabb hallgatók 18-20 év közöttiek, a legidősebb pedig a 60. életévét is betöltötte.

A 4 férfi a „B” kategóriás jogosítvány és építőgép kezelői jogosítvány nyolc általános iskolához való megkötése miatt jelentkezett a képzésre. Az egyik nő résztvevő fő motivációs ereje is a jogosítvány megszerzése volt – a sikeres záróvizsgát követően elmesélte, hogy bár még mindig ez az álma, de egyelőre anyagi gátjai vannak a megvalósításnak.

A szakmában való elhelyezkedés illetve a továbbtanulás csak néhányukat motiválta, ami korcsoportonként is megoszlást mutat. Középfokú végzettségre inkább a fiatalabb korosztály szeretne szert tenni a későbbiekben (9 fő), az idősebbek (6 fő) inkább valamilyen biztos megélhetést, anyagi háttérrel jelentő szakmát tanulnának, mint például szakács, fodrász.

A tanfolyami oktatást egy általános szűrés előzte meg, melynek célja volt, hogy a képzésre legalkalmasabb – legmotiváltabbak, leginkább rászorultak, mentálisan legrátermettebbek – kerüljenek be a tanfolyamra. A teszt két részből állt: egy nyelvi és egy matematika szintfelmérőből. A nyelvi teszt több feladatból állt, így árnyaltabb képet adott a kitöltőjéről, alaposabban mutatta meg meglévő ismereteit illetve bizonytalanságait. A kis- és nagybetűk megkülönböztetése, ékezetek megléte vagy hiánya, tulajdonnevek helyesírása okozta a legtöbb

problémát. Az eredmények a vártnak megfelelően rendkívül vegyes képet mutattak. Született néhány száz százalékos dolgozat, de 40 százalék alatti eredmények, sőt nulla pontos feladatsorok is előfordultak.

Az oktatás minden munkanapon délelőtt – hétfőtől péntekig – napi 6 órában, azaz 3X2 vagy 2X3 modulban zajlott. Az órarend összeállításánál fontos feladat volt, hogy az egyes modulok ne legyenek túlságosan tömbösítve, tehát ne legyen egyik modulból sem túlságosan sok egy nap vagy egymást követő napokon. Ennek figyelembe vétele lényeges volt a tananyag könnyebb elsajátítása szempontjából. A tanuláson és az ismeretszerzésen túl a hangsúly a résztvevők képességfejlesztésén volt, melyet differenciált oktatás formájában igyekeztek a tanárok megvalósítani. Bár csoportbontás nem történt a kis létszám miatt, a gyorsabban haladó tanulók plusz feladatokkal illetve több önálló, egyéni munkával bővítették ismereteiket. A kitűzött célok eléréséhez szóbeli és írásbeli dolgozatok illetve modulzáró vizsgák teljesítésén keresztül vezetett az út.

Az igen vegyes csoportösszetétel miatt – minden tantárgy esetében – először ismétléssel egybekötött szintfelmérést végeztek az oktatók, majd az egyéni készségeket, képességeket is figyelembe véve igyekeztek személyre szabott oktatást megvalósítani. Bár az alacsony óraszámok miatt feszített volt a munkatempó, nagyon fontos volt, hogy minden tanulónak próbáljanak időt hagyni a felzárkózásra, a tananyag megértésére, elsajátítására. A fiatalabb korosztály számára kezdeti előnyt jelentett, hogy ők nemrég fejezték be tanulmányaikat, így emlékezetükben még frissebben élt a tananyag és a tanulói légkör sem volt idegen számukra. Az idősebbeknek nemcsak a hiányos ismeretek okoztak gondokat, de maga a tanulás tevékenysége is megerőltető volt. Mindezek ellenére sokkal érdeklődőbbek, elszántabbak, motiváltabbak voltak, sokan odahaza saját gyerekeikkel együtt tanultak, ismételték még az iskolai tanórák után is. *„Alapvetően örültek, bár eleinte a gyerekeim megmosolyogtak, amikor bejelentettem, hogy iskolába fogok járni. De aztán látták rajtam, hogy mennyire komolyan veszem a tanulást és ez nekik is példa volt, amit remélem, jól meg is jegyezték.” (József 27 éves).*

A program indulásakor mindannyian tartottak attól, hogy nem fognak megbirkózni az iskolai követelményekkel. Ebben segített az első másfél hét alatt lezajlott ráhangoló és motiváló tréning, amely nehezen indult, sokaknak céltalannak tűnt. Ezek az emberek rengeteg gátlással és félelemmel érkeztek az órákra, így ezeket a feszültségeket oldani kellett a komolyabb tanulás megkezdése előtt. A tréning alatt többen megjegyezték, hogy már előre féltek a tananyag mennyiségétől, mondván, hogy ez nekik eddig sem ment - náluk különösen fontos volt a megerősítés és a sikerélmény. *„Én második voltam, amikor kivett anyukám az iskolából, tovább nem engedtek a szüleim iskolába járni. Mindig is nagy vágyam volt, hogy megtanuljak olvasni és le tudjam írni jól a nevemet.” – válaszolta Éva (38 éves).*

A tréning nemcsak a kezdeti feszültséget oldotta, de a viselkedéskultúrájukat is fejlesztette, melyet a tanórák alatt tovább mélyültek: *„Nehéz volt azt megszokni, hogy az iskolapadban máshogy viselkedik az ember, hogy például nincsen hangoskodás, bekiabálás. Ez végül nem volt olyan nehéz, mint az elején gondoltuk. Sokat beszélgetünk és helyzetfeladatokat is csinálunk, és a számolásban is ügyesebbek leszünk. Rájöttünk, hogy jó, ha figyelmesen meghallgatjuk a másikat, hogy együtt tanulunk, és kölcsönösen elfogadjuk és tiszteletben tartjuk egymást.”* (Vera 33 éves).

A csoport egyharmada valamilyen tanulási nehézséggel küzdött. Beszédhibát és tanulási zavart is diagnosztizáltak náluk általános iskolai tanulmányaik során. Néhányuknál diszlexiás, diszgráfiás tünetek is jelentkeztek, egy két kivételtől eltekintve, a folyamatos olvasás, írás is nehézséget okozott. Írásuk olvashatatlan volt a kezdetekkor, de a tanfolyam végére írásképük olvashatóbbá vált és könnyebben olvastak. *„Nagy dolog az, hogy kap az ember egy számlakivonatot és el tudja olvasni, mi áll benne. Jó érzés, hogy helyesen tudjuk leírni, hogy hol lakunk. Olyan boldogságot ad az, hogy alá tudjuk írni a nevünket! A csoportból nem csak engem érintett ez a probléma, hanem többeket is, de itt mindenki nagyon sokat tesz a fejlődéséért és sokan vagyunk, akik őszintén akarunk!”* (Ilona 29 éves).

Volt egy anya (nagy mama) és lánya páros, akik az unokával együtt tanultak otthon, sőt a nyári szünetben a gyereket is hozták magukkal az órákra. *„Én nem nevettem ki őket, hogy olyan feladatokat kapnak anyáék, amiket én is tanulok az iskolában... büszke vagyok rájuk, ahogyan ők is örültek a jó bizonyítványomnak.”* (Kitti 8 éves).

De nemcsak ismeretek, készségek, kompetenciák megszerzése eredményezett sikerélményt a résztvevőknek. Nemcsak az a cél, hogy piacképes készségeket nyújtsunk a munkanélküli fiataloknak, és idősebbeknek, hanem az, hogy pozitív hozzáállást alakítsunk ki bennük a tanulás és egy magasabb életminőség iránt. A tanulást ne intézménnyel, tanárral, ne félelmekkel terhelt helyzettel kapcsolja össze a felnőtt, hanem szabadsággal, örömforrással, pozitív életérzéssel. Erre példa Marika, a képzés legidősebb résztvevőjének interjú válasza: *„Van 11 unokám, 4 dédunokám, segíték nekik ezzel a kis pénzzel is, amit a tanulás mellé megélhetési támogatást kaptunk.”* – mondja Marika (60). *„Megbecsülnek a gyerekeim, én is itt a fiatalokat, szót értek mindenkivel. Tudom, hogy szegény vagyok s nem okos, de jó embernek tartom magam. ..Voltam az öngyilkosságig elkeseredett, de az iskola nekem segített: nem vagyok depressziós, reggel vidáman kelek, alig várom, hogy a padban legyek. Tudom minden nap: hova megyek, nyugalomba, ahol elfogadnak, nem bánt senki, s sokat tanulok. Akarok újabb ismereteket szerezni, ha lehet, még ezután is! Nem akarok arra gondolni, mi lesz, ha vége a tanfolyamnak.”*

Ezek az interjúrészletek tanúsítják, hogy az aluliskolázott rétegek számára a tanulási képességeket, a szociális alapkészségeket fejlesztő, önbizalom növelő

tréningek sokat segítettek a kezdeti félelmek leküzdésében, ezért a tréneri kiképzés is fontos része lehet a csoportot fejlesztő felnőttoktatók felkészültségének. A tanácsadás-orientálás mellett a segítő-támogató szerep is nagy jelentőséggel bír a tanulási folyamatok megindulásában és fenntartásában. A tutor és mentor szerepek felkarolása és továbbfejlesztése feltétlenül szükséges ahhoz, hogy a hátrányos helyzetű rétegek eséllyel vegyenek részt tanulási folyamatokban (Farkas, 2013). Kiemelt fontosságú volt a minél változatosabb szemléltetés – a rendszeres órai vázlat, táblarajz, projektoros diavetítés, dokumentumfilm vetítés, atlaszok illetve falitérképek használata - hiszen ezeknél a felnőtteknél különösen fontos, hogy egyszerre több érzékszervükre is ható, élményszerű legyen a tananyag. Ennek érdekében sok-sok gyakorlással és gyakoroltatással, egyénileg és közösen megoldott munkafüzet feladatokkal teltek az órák. Akkor tanultak lelkesebben, ha bevonták őket a tanulási feladatokba, ha a feladataik összhangban voltak önképükkel, felnőttes felelősségtudatukkal. Egyik interjúalanyom kérdésemre, melyben arról érdeklődtem, hogy mivel volt elégedett a képzés során, elsőként az oktatóval kapcsolatos elégedettségéről beszélt: *„a tanárok nagyon jók voltak, magyaráztak is, és kérdeztek minket is. Azt oktatták, amire kíváncsiak voltunk, meg amivel ők is foglalkoztak...”* *„Nem az a katonás rend volt, nem úgy oktattak, mint régen az iskolában. Szabadabb volt a légkör...”* Ebből is látszik, hogy mennyire jelentős a naprakész, gyakorlatias és hiteles oktató, aki a felnőttek igényeinek megfelelően, a felnőttképzés didaktikai módszereit alkalmazva irányítja, segíti a képzésben résztvevőt.

Az ellenőrzés és értékelés napi szintű volt, ami az óra végi összefoglalások alkalmával, dolgozatok megbeszélése után mind szóbeli, mind pedig írásos – érdemjegy – formában kaptak. Egyénileg és csoportosan is alkalmazták az oktatók, hiszen a felnőtt tanulók ennek alapján kaptak visszajelzést pillanatnyi tudásukról, tanulmányaik előrehaladásáról, esetleges hiányosságairól és ezek korrigálásának módjáról. Visszatartó tényezőként hat a felnőttre, ha nem látja világosan a képzés által nyújtott tudás, képesség reális, értelmes célját, megtérülését, ha a megtanultakkal kapcsolatban nem kap kellő időben és módon visszacsatolást, ha nem kezelik felnőttként - kiváltképp, ha ehhez párosul egy korábbi rossz tanulási tapasztalat -, ha nem veszik figyelembe felmerülő problémáit, életkörülményeit, vagy ha rossz, esetleg fenyegető érzettel tölti el a csoportlégkört (Zrinszky, 2008).

Azt tapasztaltuk, hogy lényeges a felnőttoktató szociálpszichológiai felkészültsége is, hiszen a csoportokban való tanulás olyan hatásokat is kifejt a csoporttagok magatartásának, viselkedésének, tudásának a változására, amit részben tervezni, részben kontrollálni érdemes.

Ajánlatos erősíteni a nem formális tanulás során szerzett kompetenciák elismerésére szolgáló mechanizmusok rendszerét is, hiszen a nem formális környezetben - akár önkéntes munka során is - folyamatosan fejlődhetnek a képessé-

gek. Nemcsak a beszámítás céljából fontos a nem formális környezetben szerzett tanulási eredmények felmérése, hanem azért is, mert ezáltal „szembesíteni” tudjuk a felnőttet, hogy sokkal többet tud és sokkal többre képes, mint azt saját magáról gondolta volna (Farkas, 2013). Hangsúlyozni kell, hogy a tanulás örömforrás, tartalmasabbá és könnyebbé teheti az emberi életet. Olyan erkölcsi hozadékkal jár, amely a közösségen belül kiemelt pozíciókat biztosíthat. A tanulás a szabadság eszköze is, mivel nagyobb fokú szabadságot ad az, ha az ember mer önállóan dönteni, saját sorsát a kezébe venni. A valahová tartozás tudatának kialakítása szintén olyan előny, amelyről nem szabad megfeledkezni. Jelenleg az ilyen fajta erkölcsi hozadékot az emberek nem mérik fel, így elfelejtik a várható pozitív eredmények közé sorolni.

## Befejezés

Egy ilyen típusú, összetett felzárkóztató képzésnek elvileg több hasznosulása is bekövetkezhet: a résztvevőknek nemcsak új ismereteket kell elsajátítani, de másféle gondolkodásmódot, és másféle emberi kapcsolatokat is ki kell alakítani, mint amit eddig megszokott. Az Európai Unió Lifelong Learning Munkaprogramjának „lifelong learning gondolkodása” magában foglalja a készségek, ismeretek, végzettségek megszerzését és továbbfejlesztését, a tanulási képesség és az alkalmazkodó képesség fejlesztését, a problémahelyzetek megoldását. Ezenkívül fontos szerepet kap a felelős, cselekvő állampolgári magatartást fejlesztése és gyakorlása is, amelyre a hátrányos helyzetben élő felnőttek még fokozottabban szükségeltetnek. Ebben az esetben nem a hagyományos formális tanuláson van a hangsúly, sokkal inkább a kultúra és az emberi élet újszerű kapcsolatáról, a mindennapokban való eligazodáshoz szükséges ismeretrendszeréről, a felnőttkori szocializáció folytonosságának alapjáról. Meg kell értetni ezzel a társadalmi réteggel, hogy a tudás esélyt teremt, enyhítheti a szegénységet, a kiszolgáltatottságot, „ablakot nyit a világra” (Durkó, 1999). Összegzésként elmondható, hogy a felnőttek sok erőforrással rendelkeznek a tanuláshoz. Számos belső és külső hatás által segítve illetve korlátozva, de képesek és készek is tanulni. Számos tudomány járul hozzá a felnőttek fejlődésének és tanulásának jobb megértéséhez, s ezzel biztos alapot építve a gyakorlat számára. Mivel a felnőttoktatás multidiszciplináris alapon nyugszik, a felnőtteket oktató szakemberek, andragógusok, oktatás-, és képzésszervezőknek kell megtenniük, hogy sok irányban tájékozódjanak, hogy ismereteiket összevegyessék saját tapasztalataikkal, és személyes megközelítést, saját elképzeléseken alapuló munkamódszert alakítsanak ki hallgatóikkal, a tanuló felnőttekkel.



## Felhasznált irodalom

1. Bajusz Klára – Németh Balázs (2011): Felnőttoktatási felfogások a 20. században. In: Andragógia Szöveggyűjtemény I. Pécs, Publikon Kiadó.
2. Bajusz Klára (2009): A felnőttkori tanulás motivációi. Felnőttkori tanulási képességek <http://ofi.hu/tudastar/esely-2000-konferencia/felnottkori-tanulas> (2015.10.10.)
3. Durkó Mátyás (1999): Andragógia – A felnőttnevelés és a közművelődés új útjai. Magyar Művészeti Intézet, Budapest, 115-116. p.
4. EUROSTAT (2012): Population aged 25 to 64 participation in education and training. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php?title=File:Lifelong\\_learning\\_2006\\_and\\_2011\\_\(1\)\\_\(%25\\_of\\_the\\_population\\_aged\\_25\\_to\\_64\\_participa](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php?title=File:Lifelong_learning_2006_and_2011_(1)_(%25_of_the_population_aged_25_to_64_participa) (2015. 10. 10.)
5. Farkas Éva (2012): A szak- és felnőttképzés gyakorlata. SZTE JGYPK Szeged.
6. Farkas Éva (2013): Láthatatlan szakma. Tények és tendenciák a felnőttképzés 25 évéről. typiART 2013.
7. Fazekas Károly – Köllő János – Varga Júlia (szerk.): 2008. Zöld könyv a magyar közoktatás megújításáért, Budapest, Ecostat.
8. Ferge Zsuzsa (2010): Társadalmi áramlatok és egyéni szerepek, Budapest, Napvilág Kiadó.
9. GINOP-6.1.1-Alacsony képzettségűek és közfoglalkoztatottak képzése. <http://ginop611.hu/ginop-6-1-1-3> (2015. 10. 10.)
10. Kemény István (1992): Szociológiai írások, Budapest, Replika Könyvek.
11. Kerülő Judit (2009): Hátrányos helyzetű csoportok és a felnőttoktatás. [www.oki.hu/oldal.php?tipus](http://www.oki.hu/oldal.php?tipus) (2015. 10. 10.)
12. Kertesi Gábor– Kézdi Gábor (2009a): Általános iskolai szegregáció Magyarországon az ezredforduló után. Budapesti Munkatudományi Füzetek, 5. sz. Budapest.
13. Kertesi Gábor– Kézdi Gábor (2009b): Szegregáció az általános iskolákban. Számítások a 2006. évi országos kompetenciamérés adatain. In Fazekas, Károly–Telegdy Álmos (szerk.): Munkaerőpiaci tükör. Budapest, OFA–MTA KTI.
14. Koltai Dénes (1999): A felnőttoktatás feladatai, *Educatio*, 1999/1, 14-21.
15. Köllő János (2009): A pálya szélén – Iskolázatlan munkanélküliek a poszt-szocialista gazdaságban, Budapest, Osiris.
16. Köllő János (2007): Foglalkoztatáspolitikai eszközök az érettségivel nem rendelkezők munkaerő-piaci helyzetének javítására és az oktatási reformok előmozdítására.

- [http://oktatas.mholnap.digitalnatives.hu/wiki/foglalkoztat%C3%A1s%20politikai\\_eszk%C3%B6k](http://oktatas.mholnap.digitalnatives.hu/wiki/foglalkoztat%C3%A1s%20politikai_eszk%C3%B6k) (2016.10.12.)
17. Központi Statisztikai Hivatal: 2012. Munkanélküliség által érintettek, 2012, Statisztikai Tükör, VI. évfolyam 106. szám.
  18. Öry Mária (2005): Hátrányos helyzetű csoportok helyzete a munkaerőpiacon, Budapest, Nemzeti Felnőttképzési Intézet.
  19. Sen, Amartya: (2009): The Idea of Justice, Cambridge Massachusets, Belknap Press of Harward Univ. Press, idézi Ferge Zsuzsa: (2010): Társadalmi áramlatok és egyéni szerepek, Budapest, Napvilág Kiadó.
  20. Varga Júlia (2006): Humántőke-fejlesztés, továbbtanulás felnőttkorban, “skill”-ek és kompetenciák. In Kolosi Tamás- Tóth István György-Vukovich György (szerk.): Társadalmi Riport, Budapest, Tárki, 287–300.
  21. Zrinszky László (2008): A felnőttképzés tudománya. Budapest. Okker Kiadó és Kereskedelmi Kft., 25-30.

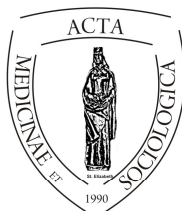
### **Nyilas Orsolya**

Andragógus, közművelődési szakember. A Nyíregyházi Egyetem Társadalom – és Kultúratudományi Intézetében tanársegéd. 1998-ban végzett a Bessenyei György Tanárképző Főiskola magyar-művelődésszervező szakán, majd 2004-ben a Debreceni Egyetemen Művelődési- és felnőttképzési menedzser lett. 2004 óta tanít a felsőoktatásban. Szakmai érdeklődése a felnőttképzés módszertana, oktatásszervezés, rendezvényszervezés, andragógia területeire irányul. Jelenleg a Debreceni Egyetem Nevelés- és Művelődéstudományi Doktori programjának doktorandusza. Kutatási területe az alacsony végzettségűek és hátrányos helyzetű felnőttek tanulási motivációja, lemorzsolódásuk okai, kvalifikáltságuk növelésének lehetőségei.

---

UNIVERSITY  
OF DEBRECEN

FACULTY OF  
HEALTH  
NYÍREGYHÁZA



ACTA  
MEDSOC  
VOLUME 8.  
2017

---

# NetWorking

## Integráció a munka világába a személyes kapcsolathálózaton keresztül, holland- és Hollandiában letelepedett fiatal munkavállalók esetében

Szabó Dóra

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar

**Absztrakt.** A személyes kapcsolathálózatunk, kihat a dolgokhoz való általános hozzáállásunkra- attitűdünkre, viselkedésünkre, valamint a szociális a státusunkra. Természetesen a folyamat visszafelé is működik: A személyiségünk által hozzánk hasonló barátokat-ismerősöket szerzünk, a barátainkon, kapcsolatainkon keresztül pedig nem csak materiális - és immateriális javak, hanem értékes további kapcsolatok válnak elérhetővé. Egy szerteágazó kapcsolati háló által előnyös társadalmi pozícióba kerülhetünk.

Granovetter (1974) óta tudjuk, hogy az erős kötések mellett, milyen nagy jelentőséggel bírnak a gyenge kötések is, akár egy munkahely-szerzés esetében is. De mi történik akkor, ha magunk mögött hagyva a családjunkat, barátainkat, és a teljes addig felépített kapcsolathálózatunkat, és egy új országban próbálunk szerencsét? Lehetséges egyáltalán megfelelő munkát találni ezek nélkül az erős-és gyenge kötések nélkül? Hogyan zajlik a munkatalálás folyamata?

A kutatásomban két fókuszcsoporthra koncentrálni keresem a választ a fenti kérdésekre: megvizsgáltam a személyes kapcsolathálózat szerepét a munkatalálás folyamatában holland, illetve Hollandiában letelepedett külföldi fiatalok esetében.

A lekérdezéshez nagy segítséget nyújtott a LUBBERS és MOLINA szerzőpáros (2007;2010) által már korábban használt PSN-map elkészítésére és interjúra épülő komplex módszer, aminek segítségével egy teljesebb képet kaphatunk a megkérdezettek kapcsolati hálójáról.

*Kulcsszavak:* Hollandia, személyes kapcsolathálózat, kapcsolathálózat- térkép, interjú, munkakeresés

**Abstract. NetWorking- Integration to the world of work through the Personal Social Network in cases of Dutch and settled employees in the Netherlands.**

The social network, especially our strong ties, have a large-scale influence on our attitude, behaviour, and social status, and the process is working other way around as well. Through our friends, next to getting material, and immaterial goods, valuable social connections are available, what can be very useful to have a good position in the society, with far-reaching social network. (BARABASI, 2011 ).

Since Granovetter (1974) we know, the importance of the weak ties, for instance in case of finding a job. But what is happening, if we move to a different country, and we leave all the friends, family, and our whole social network behind us? Is it possible to find a suitable job, without this strong and weak ties? What is the mechanism to integrate ourselves into the world of work?

In my research, I am focusing on the mechanism of finding a job in the Netherlands, in two different cases. I explore the role of social network in the process, of people they born in the Netherlands or they moved there from an other country.

The idea of analysing the social network of migrants, was born before my research, by Miranda Lubbers and José Luis Molina (LUBBERS-MOLINA, 2015). Their work gave me a huge amount of help by building up the structure of my analysis. I used the methods of their research, because with combining the network map with narrative interviews we can end up by a complex, comparative analysis, and the cross checking helps to quit the blind spots of each approach (HERZ, ANDREAS/PETERS, LUISA/TRUSCHAT, INGA, 2013). My research would like to be additional to this interesting topic.

*Keywords:* Netherlands, social network, network map, narrative interviews, finding a job

## Bevezetés

A személyes kapcsolathálózatunk összetétele, kihat a dolgokhoz való általános hozzáállásunkra- attitűdünkre, viselkedésünkre, valamint a szociális státusunkra. Természetesen a folyamat visszafelé is működik: a személyiségünk által hoz-zánk hasonló barátokat, ismerősöket szerzünk, a kapcsolatainkon keresztül pedig nem csak materiális - és immateriális javak, hanem értékes további kapcsolatok válnak elérhetővé. Egy szerteágazó kapcsolati háló által, ugyanakkor előnyös

társadalmi pozícióba kerülhetünk. Aki eleve sok kapcsolattal rendelkezik, az egyszerűbben vonz be új kapcsolatokat: így, ahogy Barabási (2013) írja: a *gazdag gazdagabb lesz* mondás ez esetben is helytálló. A kapcsolathálózatunk folyamatosan velünk együtt változik.

Granovetter óta tudjuk, hogy az erős kötéseink mellett, nagy jelentőséggel bírnak a gyenge kötéseink is. Fontos szerepet játszhatnak akár egy munkahely megszerzésében is (GRANOVETTER, 1974). De mi történik akkor, ha úgy döntünk, hogy magunk mögött hagyva a családukat, barátainkat, valamint a teljes addig felépített kapcsolathálózatunkat, egy idegen országban próbálunk szerencsét? Lehetséges egyáltalán megfelelő munkát találni ezek nélkül az erős-és gyenge kötések nélkül? Hogyan zajlik a munkatalálás folyamata?

A kutatásomban két fókuszcsoportra koncentrálni keresem a választ a fenti kérdésekre: megvizsgáltam a *személyes kapcsolathálózat*<sup>1</sup> szerepét a munkatalálás folyamatában holland, illetve Hollandiában letelepedett külföldi fiatalok esetében.

Jelen tanulmányban miután röviden áttekintem a társas kapcsolatok szerepének jelentőségét a társadalmi integrációban, tisztázom a társadalmi tőke- kapcsolati tőke közötti különbségeket, valamint definiálom a kutatásom során használt erős-és gyenge kötések fogalmát, *elsősorban a kutatásban használt módszer részletesebb ismertetésére* fogok koncentrálni. A Lubbers és Molina (2007; 2010) által már korábban használt módszer (*PSN-térkép*<sup>2</sup> és interjú), komplexitásának köszönhetően, egy teljesebb képet kaphatunk a megkérdezettek kapcsolati hálójáról. Véleményem szerint a társas kapcsolatok vizsgálatával foglalkozó szakemberek számára érdekes lehet a fent említett módszer részletesebb megismerése, hiszen a kapott adatok által sokrétű információra tehetünk szert a résztvevők kapcsolathálózatáról, amit az interjú során kapott válaszok tovább bővítenek. Az érdeklődő, de a társadalom tudomány területén kevésbé jártas olvasóknak, szeretettel ajánlom a tanulmány lábjegyzetében található idegen szavak,- és kifejezések jegyzékét.

2016. tavaszán hat holland és hét Hollandiában élő, de nem holland résztvevő PSN- térképét sikerült elkészítenem, interjúval kiegészítve. A kapott eredmények részletesebb ismertetésére azonban egy következő tanulmány keretén belül fogok sort keríteni. Jelen tanulmányban a vizsgálati populáció és a módszertan részletesebb bemutatása után a kapott eredményeket csak röviden foglalom össze - mintegy helyzetjelentéssel szolgálva.

---

<sup>1</sup> Kapcsolati háló, kapcsolathálózat: a kapcsolati háló (network) nem más, mint a szereplők (egos; alters) és a közöttük lévő kapcsolatok, kötések (ties) összessége (Wasserman & Faust 1994; Huszti, 2015; Dávid-Huszti-Lukács, 2016)

<sup>2</sup> PSN: Personal Social Network. Személyes kapcsolathálózat. Lásd: Kapcsolati háló, kapcsolathálózat <sup>1</sup>

## Elméleti áttekintés: A társas kapcsolatok szerepe

### Társadalmi integráció

A kapcsolatok jelentőségét, sokrétű funkcióit, elengedhetetlen szerepét a társadalmi *integrációban*<sup>3</sup> különböző tudományok neves képviselői számtalanszor bebizonyították.

Durkheim, a társadalmi integráció feltételeit a közös hiedelmekben, érzésekben, normákban – a kollektív tudatban és a társadalom tagjait összekötő szolidaritásban találta meg. Úgy vélte, hogy a kollektív tudat és a kollektív célok hozzátartoznak az *integrációhoz*, amelynek az *erőssége a kapcsolatok erősségével is mérhető* (DURKHEIM, 1982; NAGY, 2009, [http://1](#)).

Marx a hiányzó integráció következményének tekintette az elidegenedést, Durkheim és Merton pedig a norma-válság kudarcához kapcsolta az anómiát (DURKHEIM, 1982; MERTON, 2002; NAGY, 2009, [http://1](#)).

Max Weber nevéhez kapcsolódnak a *társadalmi cselekvés* és *társadalmi kapcsolatok* fogalmai, amelyek integráló funkcióval is rendelkeznek (WEBER, 1987). Talcott Parsons a *társadalmat* rendszerként értelmezi, amelynek egyik *funkciója az integráció*, amely a társadalom működőképességét, stabilitását is segíti (PARSONS, 1985). Habermas a szociális- és rendszerintegráció fogalmának ötvözésével és szétválasztásával (életvilág és rendszer) teremti meg az integráció fogalmának egy lehetséges értelmezési keretét, melyben a társadalmi integráción keresztül a társadalmi önzonosság valósulhat meg (HABERMAS, 1994; NAGY, 2009, [http://1](#)).

### Társadalmi tőke – Kapcsolati tőke

Bourdieu 1983-as tőke-elméletében három- plusz-egy tőke-típust különböztetett meg egymástól: ezek a *gazdasági*, a *kulturális* és a *társadalmi* tőke, valamint az úgynevezett *szimbolikus* tőke, ami egyes tőkefajták egymásra történő átváltásának („rekonverziójának”) folyamatát jelenti (BOURDIEAU, 1987). A *társadalmi tőke* azokat az erőfeszítéseket foglalja magában, amelyeket az egyének a társadalmi kapcsolatháló kialakítása céljából fejtenek ki. A társadalmi tőke magánvagyon, amely révén az érintettek erősíthetik társadalmi státusukat, sőt hatalomra tehetnek szert (ORBÁN-SZÁNTÓ, 2007, [http://2](#)).

A *társadalmi tőke* tehát olyan erőforrás, ami egy adott csoporthoz való tartozáson alapul. A jelentősége akkor mutatkozik meg, amikor nagyjából azonos gazdasági- és kulturális tőkével rendelkező egyének, lényegesen eltérő eredmé-

---

<sup>3</sup> Integráció: Beilleszkedés; *Integrálódás* beilleszkedés, egyes részek egyesülése egy egészé; összegeződés. (*kislexikon.hu*)

nyeket érnek el, azáltal, hogy mennyire képesek mobilizálni a saját érdekükben egy tőke-erős csoport kapcsolati tőkéjét. Tehát a kapcsolatok révén olyan gazdasági tőkét mozgathat meg az egyén, amelyet egyébként nem birtokolna (BOURDIEAU, 1998; DÁVID, HUSZTI, LUKÁCS, 2016).

Coleman értelmezése szerint a társadalmi tőke személyek között létrejövő társadalmi intézmény, ami csökkenti az egyén céljai eléréséhez szükséges társadalmi költségeket. Coleman a társadalmi tőkét a kapcsolathálózat milyenségével jellemzi (COLEMAN, 1988; DÁVID, HUSZTI, LUKÁCS, 2016).

Lin (2008) alapvető különbséget fogalmaz meg a *társadalmi tőke*, és a *kapcsolati tőke* fogalma között. Értelmezése szerint a társadalmi tőke a kapcsolatokon keresztül elérhető, és mobilizálható erőforrásokat jelenti, míg a kapcsolati tőke a kapcsolati háló mennyiségi- és minőségi jellemzőit foglalja magába.

#### **Erős- és gyenge kötések <sup>4</sup>**

A kapcsolatok értelmezésének egyik legelterjedtebb terminusa az *erős- és gyenge* kötések fogalma.

Granovetter 1. a kölcsönhatások időtartama, 2. a *kötések* <sup>5</sup> érzelmi intenzitása, intimitása és 3. a kölcsönösen nyújtott szolgáltatások jellege alapján különbözteti meg a gyenge- és az erős kötések egymástól (GRANOVETTER, 1982).

Az erős kötéseknek tekintett kapcsolatok a kapcsolati erőforrás-áramlás során megszerzett és birtokolt státus megőrzésében, míg a gyenge kötések a státusok megszerzésében játszanak szerepet (ANGELUSZ, TARDOS, 1991; GRANOVETTER, 1991; LIN, 1991).

Lin (2008) a társas kapcsolatok intenzitása és kölcsönössége szerint a társadalmi kötődés három típusát különbözteti meg, amelyet a következő táblázat segítségével teszünk átláthatóvá (DÁVID, HUSZTI, LUKÁCS, 2016):

---

<sup>4</sup> Kapcsolat/ Kötés erőssége: a kötés erőssége (tie strength) azt mutatja meg, mennyire áll egy adott személyhez közel a másik. Az együtt töltött idő mennyisége, az érzelmi intenzitás, az intimitás, vagy másképpen bizalom, valamint a kölcsönös segítségnyújtás egyaránt meghatározzák (GRANOVETTER, 1973, DÁVID, HUSZTI, LUKÁCS, 2016).

<sup>5</sup> Kötés: A kapcsolathálózatban előforduló kapcsolatok. (Huszt, 2015)

<b>„binding”</b>	<b>„bonding”</b>	<b>„bridging”</b>
(az egyénhez legközelebb álló kapcsolatok)	(szintén viszonylag zárt, homogén csoport)	( az egyéntől a legtávolabb)
1. homogenitas (nem, kor, iskolai végzettség, stb.)	1. homogenitas (bizonyos tekintetben)	1. heterogenitas
2. intimitás	2. közösen birtokolják az erőforrásokat	2. különböző társadalmi csoportokon átívelő, híd-szerű kapcsolatok
3. bizalom, érzelmek, kölcsönös segítségnyújtás, rendszeres és intenzív kapcsolat	3. közösen birtokolják az információt	3. összekapcsolják az egyéneket a tőlük távolabb lévőkkel, akiket az erős kapcsolatok révén különben nem tudnának elérni
4. Granovetteri erős kötések	4. <b>erős kötések + gyenge kötések</b>	4. <b>gyenge kötések</b>
5. szűk családi kapcsolatok, a szülők, gyermekek, ház/élettársak, bizalmas barátok	5. kollégák, haverok sporttársak	5. laza ismeretségek

1. táblázat. Binding-Bonding-Bridging, Forrás: Dávid, Huszti, Lukács (2016).

Lin elmélete szerint a gyenge, - és erős kapcsolatokat elkülöníthetjük az általuk áramoltatott erőforrások milyensége szerint is (LIN, 2008; DÁVID, HUSZTI, LUKÁCS, 2016).

Az erős kapcsolatok biztosítják az intimitás, stabilitás, és bizalom érzését az egyén számára, segítik őt a megküzdésben, és támogatják a nehéz élethelyzetekben, emellett pedig biztosítják a fizikai- és pszichés jól-léthez szükséges javakat. A gyenge kapcsolatoknak elsődleges funkciója a társadalmi távolságok áthidalása, a közvetítés, illetve az információ-csere (KAWACHI, 2006).

Elméleti feltételezések és empirikus tapasztalatok alapján is számtalanszor bebizonyosodott, hogy a legközelebbi (családi, bizalmas baráti) kapcsolatainkra jellemző a homofília (KON, 1977; BLAU, SCHWARZ, 1984 in SZABÓ, 2015). A hasonlóság-elv következményeként az erős kapcsolataink kevésbé képesek széleskörű erőforrások áramoltatására, és nagyobb a *bezáródás* esélye. A gyenge kötésekre jellemző heterogenitás következtében azonban, - bár ezek a kapcsolatok nem nyújtanak érzelmi biztonságot - különböző erőforrások válnak általuk



elérhetővé, így segítve az egyen integrációját a többségi társadalomba (GRANOVETTER, 1973, 1974; ANGELUSZ, TARDOS, 1998; GYARMATI, 2009; DÁVID, HUSZTI, LUKÁCS, 2016).

Granovetter *Getting a Job* (1974) című munkájában részletesebben is foglalkozott a gyenge kapcsolatok szerepével a munkaerő piaci integrációban. Granovetter egyik fő állítása, hogy bizonyos területeken a gyenge kötések bizonyulnak hatásukat tekintve erősebbeknek, így például nagyobb mértékben hozzájárulnak az állások megszerzéséhez, a jövedelmek meghatározásához. A fent említett munkájában bebizonyította, hogy a gyenge- kötésű személyes kapcsolatok voltak az elsődleges csatornák, amelyeken keresztül az egyének információkat szereztek a munkalehetőségekről és álláshoz jutottak. Ezek a kapcsolatok kollegiális, munkával összefüggő kapcsolatok voltak, és viszonylag ritkán (erős- kötésű) baráti vagy családi kapcsolatok (GRANOVETTER, 1974).

## Kutatási probléma felvázolása

A fent említett neves szerzők munkái alátámasztják, hogy a hosszú évek alatt kialakult kapcsolathálózatunk mennyire fontos szerepet játszik a társadalmi integrációban, valamint különböző materiális-, és immateriális javakhoz való hozzáférésben. Amíg az erős kapcsolataink fontossága magától értetődő lehet, talán nem is gondolunk bele a futó ismertségeink, kollegiális, szomszédi viszonyaink funkcióiba, egészen addig, amíg el nem veszítjük őket.

A migráció<sup>6</sup> kérdése- különösen az elmúlt évben, - de napjainkban is folyamatosan napirenden van.

A 2015-os migrációs válság felkészületlenül érte Magyarországot (illetve egész Európát). A magyar társadalomban döntően két radikális – politikailag befolyásolt- ellenpólus jelent meg: az egyik oldal állítása szerint a migrációs hullám kulturálisan, és személyes biztonság tekintetében is veszélyezteteti az országot (kontinenst), a másik oldal szerint pedig, tulajdonképpen egy nem létező, politikailag generált problémáról beszélünk (JUHÁSZ, MOLNÁR, 2016, <http://3>).

Bár a migrációs hullám radikálisan, és speciális módon érintette hazánkat (2015. szeptember 23-án 10. 046 illegális bevándorló lépte át a határt (JUHÁSZ, MOLNÁR, 2016, <http://3>), Magyarország megmaradt tranzit-ország szerepben, hiszen a menekültek szignifikáns hányada nem szándékozott tartósan letelepedni (JUHÁSZ, MOLNÁR, 2016, <http://3>; TÁRKI, 2016).

---

<sup>6</sup> Migráció: lakóhely változtatás, költözés, vándorlás. (*idegen-szavak.hu*)

Hazánknak a migráció másik arcával kell szembenéznie, ez pedig az *emigráció*<sup>7</sup> folyamata. Magyarországon jellemző tendencia, hogy a fiatal, magasan képzett generáció jelentős hányada elhagyja az országot, és külföldön próbál szerencsét. A statisztikák szerint az elsődleges célországok: Ausztria, az Egyesült Királyság, illetve Németország mellett a Hollandiába emigrálók 4%-os aránya is jelentős (SEEMIG A SEEMIG, 2014, <http://4>; TÁRKI, 2016; HÁRS, 2016). A fenti statisztika alátámasztja a meggyőződésemet, miszerint érdemes foglalkozni a Hollandiába emigrált bevándorlók kapcsolati hálójának feltérképezésével, hiszen hazánk jelentős arányú kivándorlója már 2014-ben Hollandiát választotta célországgként. Véleményem szerint a 4%-os arány a jövőben emelkedni fog, a BREXIT, (2016) hatására pedig az Egyesült Királyság kevésbé lesz vonzó célország.

### **Kutatási kérdések, hipotézisek**

Amíg a bizalmas (erős) kapcsolataink kielégítik a szeretet-bizalom-intimitás iránti igényünket, emellett pedig immateriális, - és materiális javakat biztosítanak számunkra, a gyenge kötések segítenek áthidalni a társadalmi távolságokat, heterogén voltuknak köszönhetően olyan erőforrásokhoz segítenek bennünket, amiket egyébként nehezen, vagy egyáltalán nem érnénk el.

Granovetter (1973; 1974) bebizonyította a gyenge kapcsolatok (kollegiális, futó ismertségek) szerepét a munka-találás folyamatában.

Társadalom tudományi alaptézis, hogy a társadalmi integráció egyik legfontosabb pillére a munka, hiszen a társadalmi hasznosság alapvető elvárásként és normaként jelenik meg, országtól függetlenül.

Ambivalens tény, hogy bár a társadalom kevesebb mint egy százaléka vallja magát idegenbarátnak hazánkban (TÁRKI, 2015), a külföldre költözők- külföldön munkát vállalók száma évről-évre növekszik (SEEMIG A SEEMIG, 2014). Felmerül a kérdés, hogy - kissé kifordítva a statisztikákat-, hogyan sikerülhet integrálódunk egy idegenekből álló társadalomba, ha kevesebb mint 1 %-unk idegen barát? És milyen a fogadatás?

Előző kutatásomban (2015), a magyar és holland barátságok specifikumait vizsgáltam minőségi, és mennyiségi megközelítésben, és a 2005-ös ESS- statisztikákra hivatkozva, Svájc, Dánia, Izland, Svédország mellett Hollandiát a legelégedettebb országok között említettem, ahol megvan az alapvető anyagi biztonság, és a *társadalmi integráció*. Vajon a más országokból érkezettek is részesülnek ezekből a javakból? Milyen hátrányokkal indul az, aki hátra hagyja a teljes kapcsolat-hálózatát, erős- és gyenge kötéseit, és tiszta lappal kezd új életet egy idegen kultú-

---

<sup>7</sup> Emigráció: Kivándorlás, külföldre költözés. (*idegen-szavak.hu*)

rában? Egyáltalán, miért kelünk útra? Hogyan alakul a kapcsolati halónk, és mennyire erősek az erős kapcsolataink, ha több ezer kilométer választ el bennünket egymástól? Lehetséges egyáltalán integrálódunk a munka világába, illetve a többségi társadalomba ezek nélkül az erős-, és gyenge kötések nélkül?

## Kutatási módszer

Ahhoz, hogy közelebb kerüljek a kutatási kérdéseim megválaszolásához két módszert egyesítettem, amelyet már Lubbers és Molina (2010) is sikerrel alkalmazott hasonló témában. A *személyes kapcsolathálózat-térkép (Personal Social Network Map)*<sup>8</sup> elkészítésével, és egy kvalitatív interjú kérdéseivel sikeresen kiküszöbölhetőek a vakfoltok, és egy teljesebb képet kaphatunk a résztvevők networkjéről (LUBBERS, MOLINA, 2010).

Az általuk is alkalmazott módszertant, saját ötleteimmel kiegészítve, a kutatás A- részének első lépéseként, *névgenerátor- módszert*<sup>9</sup> alkalmazva igyekeztem feltárni a résztvevők erős, - és gyenge kapcsolatait, amelynek kritériumait az olvasott szakirodalmakra (GRANOVETTER, 1973, 1974, 1983; LIN, 2008; DÁVID, HUSZTI, LUKÁCS, 2016) alapozva definiáltam. (A két fogalom : az erős,- és gyenge kötések elkülönítése kutatóként eltérő lehet. A saját definícióimat később részletesen is ismertetem.)

A továbbiakban a kutatásban résztvevők meghatározták a kapcsolat típusát (HOGAN, CARRASCO, WELLMAN, 2007), és egy általam alkotott *szituáció-generátor*<sup>10</sup> segítségével a kapcsolat funkcióira (BARRERA, 1980) is fény derült. Kíváncsi voltam, hogy mennyire *valóságosak*, a megjelölt funkciók, így a következő lépésben a résztvevők megjelölték, hogy ténylegesen eleget tett-e a megadott funkciónak az elmúlt 3 hónapon belül a szóbanforgó kapcsolat.

---

<sup>8</sup> Personal Social Network-Map (PSN-Map): Személyes kapcsolathálózat- térkép, *kapcsolathálózat* grafikus ábrázolása.

<sup>9</sup> Névgenerátor: módszerek alapvetően a társas támogató rendszer mérésére irányulnak. A névgenerátor alapesetben azt kéri a válaszadótól, hogy készítsen egy listát azokról a kapcsolatairól, amelyek eleget tesznek bizonyos, előre megadott kritériumoknak, pl. erős kapcsolatok, barátok, stb. (Huszt, 2015)

<sup>10</sup> Szituációgenerátor: Névgenerátor típusú kérdőívek , amelyek azokban a szituációkban gyűjtenek neveket, melyeket a kutató előre megfogalmaz (és melyek kutatási témánként változóak lehetnek). ( Wellman, 1979, 2001a, 2001b; Fischer, 1982a, 1982b; Hogan, Carrasco and Wellman, 2007; Huszt, 2015)

Ezután elkészítettük a résztvevők PSN-mapjét, vagyis személyes kapcsolathálózat térképét (Brandes és mtsi 2010; Lubbers-Molina 2007, 2010), amelyet nagy érdeklődéssel, és lelkesedéssel fogadott minden résztvevő.

A lekérdezés B- részében került sor az interjúra, amelyet néhány általános (demográfiai, és munkavisztonnyal kapcsolatos) kérdéssel indítottunk. Ezután néhány specifikus kérdés mentén kerestem a választ, többek között a migráció okaival, motivációival kapcsolatban. Kíváncsi voltam, hogy miért Hollandiára esett a résztvevők választása. Fontosnak tartottam megtudni, hogy mit dolgoznak jelenleg, milyen viszonyban áll ez az *anyaország*<sup>11</sup> munkájukkal, végzettségükkel, illetve a munkakeresés-találás folyamatára is kitértünk. Kíváncsi voltam, hogy a névgenerátor- során összegyűjtött alterek közül kinek volt szerepe a migrációs folyamatban, és kinek a munkaszerzés folyamatában. Szerepel –e a felsorolt személyek között olyan, akit a munkájuknak köszönhetően ismertek meg? (A teljes kérdéssor a mellékletben megtalálható.)

A kutatásom célja volt tehát, egyrésztől felderíteni a Hollandiában letelepedett fiatal külföldi munkavállalók, és a holland fiatal munkavállalók kapcsolathálózatát, hogy megvizsgáljam, a külföldi munkavállalóknak sikerült-e integrálódniuk a társadalomba azáltal, hogy megjelennek holland *alterek*<sup>12</sup> a személyes kapcsolatháló- térképen. A kapcsolatháló megmutatja a kapcsolat erősségét (közelségét), és ellenőrizhetővé teszi, a kölcsönösséget a holland kitöltők PSN-jén keresztül.

Amennyiben találunk holland altereket a külföldiek kapcsolathálózában, az interjú kérdések mentén ellenőrizhetővé válik, hogy volt-e ezeknek a kapcsolatoknak szerepe a munka keresés-találás folyamatában, illetve kapcsolódnak-e valahogyan a munkához.

A kapcsolat-térkép további értékes információkkal is szolgál az otthonmaradtakkal, Hollandiában élő azonos nemzetiségűekkel, illetve más (harmadik) nemzetiségűekkel fenntartott kapcsolatokat illetően.

### **Az alkalmazott módszer gyakorlati lépései**

A kutatásban való részvételhez szükséges feltételeket a következő táblázat foglalja össze:

---

<sup>11</sup> Anyaország: Kivándorló népcsoportok eredeti hazája, ahonnan kivándoroltak. Pl. A Hollandiában élő magyaroknak: Magyarország.

<sup>12</sup> Alter: a vizsgált személyhez (ego) köthető mások. (Huszt, 2015)

	Részvétel feltételei	
	Nem Holland	Holland
<b>Nemzetiség</b>	Hollandián kívül született, és nőtt fel, viszont jelenleg Hollandiában él, min. egy éve, max. tíz éve, és ez tervei szerint nem fog megváltozni az elkövetkező egy évben.	Hollandiában született, és nőtt fel.
<b>Életkor</b>	Maximum 35 éves.	
<b>Munkaviszony</b>	Rendelkezik holland munkaviszonnyal.	
<b>Időkeret</b>	Rendelkezik legalább 2,5 – 3 óra szabadidővel.	
<b>Nyelvtudás</b>	Angol nyelv: szóbeli, és írásbeli kommunikáció.	

2. táblázat. Részvétel feltételei, saját szerk, 2017.

A lekérdezés elkezdéséhez szükséges tárgyi feltételek listája tételesen felsorolva megtalálható a mellékletben.

A lekérdezés két fő részből állt (A- és B rész). Az A- rész első lépéseként név, - illetve szituáció generátor segítségével a megkérdezettek különböző színű post-itekre összegyűjtötték a nagyon, és – valamelyest közeli kapcsolataikat, illetve meghatározták, hogy milyen típusú kapcsolatokról van szó, és mik ezeknek a kapcsolatoknak a fő funkciói.

Az erős és gyenge kapcsolatok értelmezésére nincs egyetlen általánosan elfogadott kritérium- rendszer. Elterjedt értelmezés, csak a családi kapcsolatokat erős kötésként definiálni, míg a baráti, és ismerősi kapcsolatokat gyenge kötésként (NAGY, 2009, <http://3>). A kutatás alanyai esetében nem tartottam ezt megfelelőnek, hiszen többségük elveszítette a család fizikai közelségét. Feltételeztem, hogy egy ilyen élethelyzetben esetleg a bizalmas barátok vehették át a család helyét-funkcióit. A saját definícióm megalkotásához több szerző értelmezését is felhasználtam: segítségemre voltak a definíció megalkotásánál elsősorban Granovetter (1988), Lin (1991), Barrera (1980), Burt (1984), valamint a Lubbers és Molina (2007, 2010) szerzőpáros vonatkozó munkái.

Az említett szerzők tanulmányai mellett, a 2015-ben megjelent kutatásom eredményeit is bevontam, amelyben a holland és magyar barátkozási szokásokat vizsgáltam. A megkérdezett magyar válaszadók a barátságai legfontosabb kritériumának a *bizalmat* (98%), az *őszinteséget* (95%), a *jó beszélgetéseket* (95%), az egymással szembeni *toleranciát* (92%), *egymás segítségét* (92%), és a *kölcsönösséget* (85%) tartották. A megkérdezett hollandok körében szintén első helyen jelent meg a *bizalom* (84%) fontossága, ezt követte a *közös szórakozás* (82%), az *őszinteség* (81%), és a *tolerancia* (80%) (SZABÓ, 2015).

A kutatás során megadott kritériumok alapján, a legközelebbi kapcsolatainkban fontos a *bizalom*, az *érzelmi támogatás*, bármilyen problémával fordulhatunk ezekhez az emberekhez, *nem viselünk álarcot* előttük, *adunk a véleményükre*, és számíthatunk a *szeretetükre*, *elfogadásukra*, és szívesen töltjük velük a *szabadidőnket*. Bizonyos szintű *intim kapcsolatban* állunk velük. Nem csak ők támogatnak bennünket, hanem mi is mellettük állunk, ha szükség van rá, tehát megjelenik a kapcsolatban a *reciprocitas*.

Csakúgy, mint a  *nagyon közeli*, a  *valamelyest közeli kapcsolatok* (gyenge kötések) felsorolásánál is fontos volt, hogy  *minden* megadott kritériumnak feleljen meg az illető. Ezek a kapcsolatok egymás  *személyes* és  *kölcsönös* ismeretén, egymás  *elérhetőségén*, illetve legalább egy  *közös tulajdonságon* alapszanak. A kapcsolat  *több, mint egy egyszerű ismerősi* viszony, viszont  *nem bizalmas*, és  *nem túl közeli*.

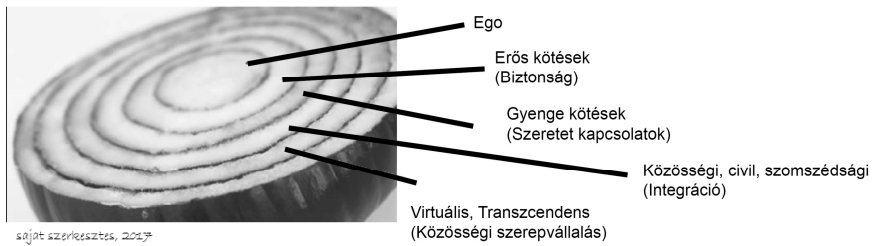
A kapcsolatok tipizálásához Hogan- Carrasco-Wellman- besorolását (2007) használtam. (Melléklet) Fontos volt, hogy ezen a ponton meg bővíthették a megkérdezettek mindkét listát, ha további alterek jutottak az eszükbe.

A támogatás típusának méréséhez szituáció-generátort használtam, a támogatás típusait pedig Manuel Barrera-  *Method of measuring social support* (1980) című munkája alapján határoztam meg. Ehhez a hat különböző típusú szociális támogatáshoz (1. Anyagi támogatás, 2. Fizikai segítség, 3. Intim interakció, 4. Tanács, 5. Visszaigazolás, 6. Társas kapcsolatok) generáltam hat hétköznapi szituációt.

A kutatás A- részének második lépése volt a PSN-map, vagyis a személyes kapcsolathálózat- térkép elkészítése. Ehhez nagy segítséget nyújtott a  *Dávid-Husztli-Lukács szerzőhármás: Társas kapcsolatok jelentősége a társadalmi integrációban* c. munkájának különösen az  *Egyén hagymahéj-szerű kapcsolati beágyazódásáról* szóló fejezete. Az  *ego*<sup>13</sup> köré hagymahéj- szerűen rendeződnek a különböző társas kapcsolatok, és minél közelebb állnak az egyénhez ezek a kapcsolatok, annál erősebbek. Az első hagymahéj tehát az  *erős kötések*, amelyet a szerzők a családra, bizalmasra, bizalmas barátokra értenek. A második a  *gyenge kötések*, amelyhez a barátokat, haverokat, jó ismerősöket sorolják. Ezután következnek a  *Közösségi, Civil, Szomszédi kapcsolatok*, és végül a  *Virtuális, Transzcendens kapcsolatok*, amelybe azok a kapcsolatok tartoznak, amelynek alapja a közös identitás, és hovatartozás pl. lokális közösség, etnikum (DÁVID, HUSZTI, LUKÁCS, 2016).

---

<sup>13</sup> Ego: én; egyén (*idegen-szavak.hu*); vizsgált személy (HUSZTI, 2015; WASSERMAN & FAUST, 1994) lásd: *kapcsolati háló*

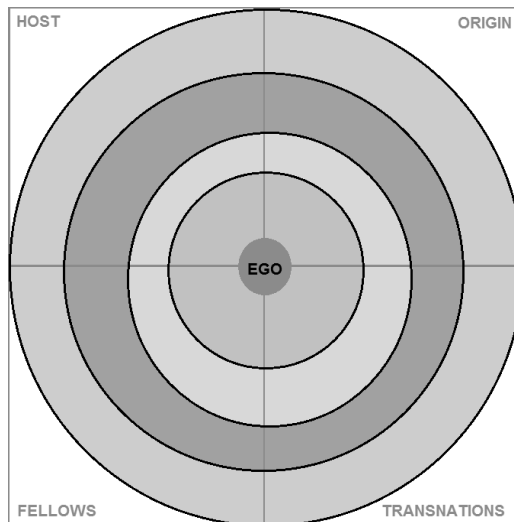


1. ábra. Hagymahéj-szerű kapcsolati beágyazódás.

*Forrás: Dávid-Huszt-Lukács (2016).*

Az általam is használt PSN-map elkészítéséhez Hogan-Carrasco és Wellman (2007) részletes instrukciókkal szolgál. A bevándorlók kapcsolathálózatának kutatásához Lubbers és Molina (2010) már korábban is alkalmazta a módszert. A network-térkép tehát egy keresztbe vágott hagymához hasonlítható, amely közepén az ego helyezkedik el. Négy kört rajzoltam az ego köré, viszont nem határoztam meg pontosan, hogy melyik körnek mi a jelentése, mint ahogyan a fenti ábrán láthatjuk.

A lap közepén elhelyezkedő ábrát horizontálisan, és vertikálisan is keresztbe vágtam, ezáltal tehát négy negyedre osztottam. Az egyszerűség kedvéért a lenti ábra szemlélteti, hogy néz ki a kapcsolathálózat-térkép a gyakorlatban.



2. ábra. Kapcsolathálózat-térkép(PSN).

A papír jobb- bal - alsó- és felső oldalán található kategóriák definíciója a következő (BRANDES, 2008 in DÁVID, HUSZTI, LUKÁCS, 2016) volt:

**Host:** *Az új ország befogadó közege.* Tehát azok a kapcsolatok, akik hollandok, és Hollandiában élnek. (Hollandiában élő hollandok.)

**Origin:** *Kibocsájtó közege.* Azok a kapcsolatok, akik az anyaországban születtek, és jelenleg is ott élnek. (Otthoniak.)

**Fellows:** *Hasonló kulturális közege.* Azok a kapcsolatok, akik az anyaországból származnak, és a befogadó országban élnek. (Sorstársak.)

**Transnationals:** *Mindenki más.* Azok a kapcsolatok, akik nem az anyaországból származnak, és nem is Hollandiából. Élhetnek Hollandiában, vagy bárhol más- hol. (Egyéb nemzetközi kapcsolatok.)

A lekérdezés B-részét egy két-részből álló interjú alkotta. A feltett kérdésekre kapott válaszok értékes információkkal egészítették ki a kapcsolatháló -térkép által kapott információkat. Mind az általános, mind a konkrét kérdések megtalálhatóak a mellékletben. (Melléklet)

## Vizsgálati populáció, résztvevők

A résztvevők bevonása hólabda- módszerrel történt, amelyet a saját kapcsolathálózatomon keresztül indítottam. A részvétel kritériuma volt, hogy az ego 35 év- nél fiatalabb legyen, valamint rendelkezzen bejelentett holland lakcímmel, és munkavisztonnyal. Összesen 13 kapcsolathálózat-térképet, és interjút sikerült elkészítenem, a lekérdezés átlagosan 3-5 órát vett igénybe. A résztvevőket minden esetben olyan helyszínen fogadtam, ahol nyugodt, barátságos környezetet tudtam biztosítani, és nem volt sürgető időkorlát. A résztvevők mindegyike felső- fokú végzettséggel rendelkezik, vagy egyetemista. Az átlagéletkor 28 év volt, a legfiatalabb résztvevő 19, a legidősebb 35 éves. Hat holland, két olasz, egy lengyel, egy magyar, egy román, egy német, valamint egy holland-izraeli nemzeti- ségű alkotta a vizsgálati populációt. A fiatalok mindegyike magasan kvalifikált, ketten fogorvosok, hatan mesterdiplomával rendelkeznek, hárman alapidplomá- val, egyikük tanuló, és egy másikuk OKJ-s végzettséggel rendelkezik.



	Holland résztvevők	Külföldi résztvevők	Összes résztvevő
N=	6	7	N=13
Átlag életkor	28,5 év	28,1 év	28,3 év
Legfiatalabb résztvevő	24 éves	19 éves	19 éves
Legidősebb résztvevő	32 éves	35 éves	35 éves
Nemzetiség	Holland: 46% Egyéb: 54%	<b>Olasz</b> 2 fő 15% <b>Lengyel</b> 1 fő 7,70% <b>Magyar</b> 1 fő 7,70% <b>Román</b> 1 fő 7,70 % <b>Holland-Izraeli</b> 1 fő 7,70% <b>Német</b> 1 fő 7,70%	<b>Holland</b> 6 fő 46% <b>Olasz</b> 2 fő 15% <b>Lengyel</b> 1 fő 7,70% <b>Magyar</b> 1 fő 7,70% <b>Román</b> 1 fő 7,70% <b>Holland-Izraeli</b> 1 fő 7,70% <b>Német</b> 1 fő 7,70%
Férfi-Nő arány	67%-33%	43%-57%	54%-46%
Végzettség	DMD-1 MSc/Ma-2 BSc/BA-2 HAVO(OKJ) -1	DMD-1 MSc/MA-4 BSc/BA-1 Student-1	DMD-2 MSc/MA-6 BSc/BA-3 Student-1 HAVO(OKJ)-1

3. ábra. Vizsgálati populáció.

A kutatásom egyértelműen kvalitatív- jellegű. Tizenhárom személy nem túl sok, viszont a network elkészítése-analízise hosszadalmas, és nagy koncentrációt igényel mindkét oldalról. A kutatásom nem reprezentatív.

## Eredmények rövid ismertetése

A kutatásom eddigi eredményei alátámasztották a hipotézisemet, miszerint a munka világába való belépéshez,- ami elengedhetetlen szereppel bír az integráció megvalósulásához- nélkülözhetetlenek a személyes kapcsolatok (GRANOVETTER, 1973, 1974, 1982). A tizenhárom résztvevőből tizen közvetlenül (ketten az erős -, és nyolcan a gyenge kötéseiken keresztül), hárman pedig közvetetten (közösségi oldal használatával) találtak munkát.

A migrációban legnagyobb motiváció a karrier, tanulás, jobb megélhetés lehetősége volt. Ezen kívül, hétből öt esetben a személyes kapcsolatrendszer is szerepet játszott a költözésben. A nem-holland megkérdezettek mindegyikének sikerült átlagosan hat héten belül munkahelyet találnia, a legrövidebb időszak egy hét, a leghosszabb időszak négy hónap volt. A külföldi munkavállalók esetében mindegyiküknek sikerült a saját végzettségének megfelelő munkahelyet

találni, vagy ahol a tanulás volt az elsődleges motiváció (két esetben) bekerülni a kívánt szakra.

A biztató adatok mellett azonban kirajzolódik, hogy a hét külföldi, és hat holland kapcsolathálózati térképen, négy külföldinél teljesen hiányoznak a HOST-kapcsolatok, egynél egy kapcsolatot találunk, a holland megkérdezettek esetében pedig három helyen teljesen hiányoznak, két helyen pedig egy-egy alter jelenik meg a TRANSNATIONALS kapcsolatoknál.

A tizenhárom megkérdezettből csupán ketten voltak, akiknél mind a négy kategóriában találtunk altereket. Itt jellemző, hogy amíg, a holland válaszadóknál minden kapcsolat-típus egy kategóriába tömörül (ORIGIN), addig ezeknél a megkérdezetteknél a különböző kapcsolat típusok szétoszlanak a négy kategóriában.

Szintén jellemző tendencia, hogy a holland megkérdezettek, átlagosan több altert említettek, mint a külföldi megkérdezettek.

A kapott eredmények elemzésekor kirajzolódott, hogy bár kiemelkedően fontos, hogy munkaviszonnal rendelkezünk, és ennek segítségével újra épüljön, bővüljön a kapcsolati hálónk, ahhoz, hogy ezek a munkahelyi kapcsolatok megjelenjenek az egyén PSN-térképén is (tehát említésre méltóan fontosak legyenek), szükséges, hogy beszéljük a vendég-ország anyanyelvét, attól függetlenül, hogy gond nélkül el lehet boldogulni angol-nyelvtudással is.

A külföldiek esetében, amennyiben megjelent HOST-országbeni kapcsolat, azok szinte minden esetben munkával kapcsolatban álló (munka-általi, vagy munkához juttató) kapcsolatok voltak.

## Következtetések

A magyarországi emigrációs folyamatok eredményeként évről-évre emelkedik a hazánkat elhagyó képzett fiatalok száma. A kutatásomban megkérdezett - nem csak magyar, hanem olasz, német, lengyel, román - fiatalok elsődleges motivációja a karrier építés, jobb megélhetés, magasabb bérek, akár a hazai problémák előli menekülést is reprezentálhatnák.

Minden külföldre költözőnek szembe kell néznie a ténnyel, hogy az addig felépített családi-baráti-ismerősi- iskolai- munkahelyi, és egyéb kapcsolatait hátrahagyva kell egy új kapcsolatrendszer kiépítenie, amin keresztül különböző egyéb kapcsolatokhoz, és javakhoz - pl. gazdasági, kulturális (Bourdieu, 1983) - férhet hozzá.

A munkahely-találásban szintén szerepet játszanak a kapcsolatok (GRANOVETTER, 1973, 1974, 1982) csakúgy, mint a munkahely a további kapcsolatok kiépítésében.

Egyértelműen kirajzolódik a külföldi résztvevők kapcsolat hálózatában, hogy bár több mint egy éve Hollandiában élnek, a kapcsolataik többsége továbbra is az ORIGIN kategóriában található. Bár az otthonmaradt kapcsolatok továbbra is kielégíthetnek bizonyos szociális funkciókat ( pl. anyagi támogatás, tanács, vizsgaigazolás), bizonyos típusú támogatásokra nem képesek, egyszerűen a fizikai távolság következtében (fizikai segítség, intim interakció, társas kapcsolatok).

Mivel valóságos társas kapcsolatokra minden embernek alapvetően szüksége van (HABERMAS, 1994; DURKHEIM, 1982; MERTON, 2002) ennek köszönhetően jelennek meg új kapcsolatok elsősorban a TRANSNATIONALS, másodszorban a FELLOWS kategóriában. Ezen kapcsolatok működését nem gátolják nyelvi akadályok, hiszen angolul, vagy anyanyelven folyhat a beszélgetés.

Az esetek többségében azonban hiányoznak a HOST kapcsolatok, ami negatív hatással van a többségi társadalomba történő integrációra.

## Összefoglalás, további kutatói kérdések

Jelen tanulmányban a társas kapcsolatok fontosságának elméleti áttekintése után, részletesebben, gyakorlati megközelítésből mutattam be a kutatásom során használt módszert.

Felszínesen érintettem a kapott adatok tükrében elsősorban a migráció okait, a beilleszkedés- integráció problémáit, a munkatalálás folyamatát, illetve a kapcsolatok, és a munka viszonyát. Az elkészült PSN- térképek által lehetőségem volt megvizsgálni, hogy milyen arányban találunk altereket a négy kategóriában, melyik kategóriákban fordulnak jellemzően elő kapcsolatok, és hol hiányoznak. A holland és külföldi kapcsolati térképek, egymás tükörképei voltak, abban az értelemben, hogy kölcsönösen hiányoztak a holland (mint HOST) és nem-holland (mint TRANSNATIONALS) kapcsolatok.

Sokrétű további elemzési alternatívákat kínálnak a kapott adatok, amelyekből értékes információkat tudhatunk meg pl. az egok kapcsolathálózatának méretéről, összetételéről. Az elkészült kapcsolathálózati térképek részletes- grafikus elemzése, valamint egymással és más hasonló témával foglalkozó kutatások eredményeivel történő összehasonlítása további érdekes adatokkal szolgál.

Terveim között szerepel, esetleg egy év elteltével esetleg újra elkészíteni a PSN-térképeket, és összehasonlítani, hogy miben változott ezidő alatt a kapcsolati háló. Érdemes lenne részletesebben elemezni a különböző kapcsolatok funkcióit.

Bízom benne, hogy a jövőben lehetőségem lesz további résztvevők bevonásával bővíteni a vizsgálati populációt.

Véleményem szerint szükséges, és érdemes kiemelt figyelmet fordítani a személyes kapcsolatok megismerésének, illetve a bennük rejlő lehetőségeknek, hiszen a kapcsolati háló, illetve a munkaerőpiaci integráció koherenciája rengeteg lehetőséget kínál, nem csak országon belüli, de nemzetközi szinten is.

## Irodalomjegyzék

1. Angelusz, R., Tardos R. (1998): A kapcsolathálózati erőforrások átrendeződésének tendenciái a kilencvenes években. In: Kolosi, T. et al. (szerk.) Társadalmi riport 1998. Budapest: TÁRKI. 237–256.
2. Barabási, A.L. (2013): Behálózva.- A hálózatok új tudománya. Budapest: Helikon Kiadó.
3. Barrera, M. (1980): A method for the assesment of social support net-works in community survey research. *Connections* 3 (3), 8-13
4. Blau, P.M., Schwarz, J.E. (1984): Crosscutting Social Circles: Testing the makorstuctural theory of intergroups relations. New York :Academic Press.
5. Bourdieu, P. (1983) Gazdasági tőke, kulturális tőke, társadalmi tőke. In: Angelusz, R. (szerk.) (1999) A társadalmi rétegződés komponensei. Budapest: Új Mandátum Könyvkiadó. 156-177.
6. Bourdieu, P. (1998 ; 1983). Gazdasági tőke, kulturális tőke, társadalmi tőke. Megj.: Lengyel – Szántó 1998.
7. Brandes, U., Lerner, J., Lubbers, M. J., McCarty, C., Molina, J. L. & Nagel, U. (2010): Recognizing modes of acculturation in personal networks of migrants. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 4, 4–13.
8. Coleman, J. S. (1988): Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*, 94, 95–120.
9. Dávid, B., Huszti, É., Lukács, Á. (2016) : Társas kapcsolatok jelentősége a társadalmi integrációban. Nyíregyháza: Acta Medicinae et Sociologica.
10. Durkheim, E. (1982): Az öngyilkosság. Budapest: Közgazdasági és Jogi Kiadó.
11. Granovetter, M. S. (1973): The Strenght of Weak Ties. *American Journal of Sociology*, 78(6): 1360–1380.
12. Granovetter, M. S. (1974): Getting a Job. Study of Contacts and Careers. Cambridge: Harvard University Press.

13. Granovetter, M. S. (1982): A gyenge kötések ereje. A hálózatelmélet felülvizsgálata. In: Angelusz, R. & Tardos, R. (szerk.) (1991) Társadalmak rejtett hálózata. Budapest: Magyar Közvéleménykutató Intézet. 371–400.
14. Gyarmati, Á. (2009) Hogyan verjünk hidat az idősekhez? Az ötven év fölöttiek kommunikációs és kapcsolathálózatának néhány jellemzője. *Információs Társadalom*, 9(4), 55–69.
15. Habermas, J. (1994): Válogatott tanulmányok. Budapest: Atlantisz.
16. Hárs, Á. (2016) : Elvándorlás, bevándorlás és a magyar munkaerőpiac. Jelenségek, hatások, lehetőségek, Budapest: TÁRKI.
17. Hogan, B., Carrasco, J.A., Wellman, B. (2007): Visualizing Personal Networks: Working with Participant-aided Sociograms
18. Huszti, É. (2015): Megismer-hetem: a személyes kapcsolathálózat feltárásának új formája : kapcsolati napló. Debrecen: Debreceni Egyetemi Kiadó.
19. Kon, I. (1977): A barátság. Budapest: Kossuth Könyvkiadó.
20. Lin, N. (2008): A network theory of social capital. In: Castiglione, D., van Deth, J. W. & Wolleb, G. (szerk.) *The Handbook of Social Capital*. Oxford: Oxford University Press. 50–69.
21. Lubbers, M. J., Molina, J. L. & McCarty, C. (2007): Personal Networks and Ethnic Identifications: The Case of Migrants in Spain. *International Sociology*, 22(6), 721–741.
22. Merton, R. K. (2002): Társadalomelmélet és társadalmi struktúra. Budapest: Osiris Kiadó.
23. M. J. Lubbers, J. I. Molina, J. Lerner, U. Brandes, J. Ávila, C. McCarty (2010): Longitudinal analysis of personal networks. The case of Argentinean migrants in Spain in *Social Networks*, 32 (1), 91-104.
24. Parsons, T. (1985): A társadalmi rendszerről. *Szociológiai Füzetek* 45.
25. Szabó, D. (2016): Barátság-Magyar és holland egyetemista fiatalok barátkozási szokásainak vizsgálata: mennyiségi és minőségi szempontból. In *Diaktudomány: Verzár Frigyes Szakkollégium hallgatóinak tudományos munkái 2015-16*. 117-146.
26. Weber, M. (1987): Gazdaság és társadalom 1. Szociológiai kategóriatan. Budapest: Közgazdasági és Jogi Kiadó.

### Internetes hivatkozások:

http://

1. [http://www.rkk.hu/rkk/publications/phd/nagyt\\_ertekezes.pdf](http://www.rkk.hu/rkk/publications/phd/nagyt_ertekezes.pdf)  
(Nagy Terézia: Kötődések és kudarcok. A kapcsolatok és kapcsolati kudarcok szerepe az integrációban egy menekültek körében végzett terepmunka)

- eredményei, Budapesti Corvinus Egyetem Szociológiai és Társadalompolitikai Intézet, 2009. Utoljára látogatva: 2017. Jan. 25.)
2. <http://www.socialnetwork.hu/cikkek/OrbanSzanto2007.htm> (Orbán Annamária és Szántó Zoltán (2005): Társadalmi tőke. In: *Erdélyi Társadalom* 2005/2. 55-70.o. Utoljára látogatva: 2017. Jan. 26. )
  3. <http://www.tarki.hu/hu/publications/SR/2016/13juhasz.pdf> (Juhász Attila – Molnár Csaba(2016): Magyarország sajátos helyzete az európai menekültválságban. In: TARKI. Utoljára látogatva: 2017. Jan. 26.)
  4. [https://www.ksh.hu/docs/szolgaltatasok/sajtoszoba/seemig\\_sajto\\_reszletes.pdf](https://www.ksh.hu/docs/szolgaltatasok/sajtoszoba/seemig_sajto_reszletes.pdf)
  5. (SEEMIG A SEEMIG – Managing Migration in South East Europe transznacionális együttműködési projekt „Helyzetkép a magyarországi elvándorlásról” című sajtótájékoztatójának sajtóanyaga Központi Statisztikai Hivatal, 2014. Október. Utoljára látogatva: 2017. Jan.20. )

**Adatbázisok:**

1. ESS, 2005
2. TÁRKI, 2015
3. TÁRKI, 2016
4. SEEMIG A SEEMIG, 2014

**Szabó Dóra**

2015-ben végzett szociális munka alapszakon, jelenleg pedig a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karának SOWOSEC mesterszakos hallgatója. Debrecenben született, és nőtt fel, 2014-ben Amszterdamba költözött, és jelenleg is ott él.