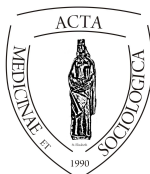




Tartalom

- Csaba ÖKRÖS , Dóra KÖNIG-GÖRÖGH , Noémi GYÖMBÉR : Coping strategies of elite Hungarian junior handball players 5-15 en [795.07 kB - PDF]
- Kristýna TOUMOVÁ , Valérie TÓTHOVÁ , Tereza DUŠIČKOVÁ , Jiří KAAS , Jana MAŇHALOVÁ : Health through the eyes of the Romani minority 16-22 en [713.74 kB - PDF]
- PAULIKNÉ VARGA Barbara : Néhány szempont a magyar egészségügyi ágazat problématerképének összeállításához 23-31 [721.84 kB - PDF]
- Ivana CHLOUBOVÁ , Alan BULAVA : Quality of life of patients with arrhythmia 32-42 en [761.19 kB - PDF]
- LIBICKI Éva , TIM Attila : Health Consciousness. Health education as a special case of social responsibility = Egészségtudatos magatartás. Az egészségre nevelés, mint a társadalmi felelősségvállalás speciális esete 43-59 [848.41 kB - PDF]
- BRANDOVÁ Nikola , KAJANOVÁ Alena : Social exclusion of pervitin users 60-66 en [742.70 kB - PDF]
- HUSZTI Elek : A digitális egyenlőtlenség vizsgálata a társadalmi kirekesztődés szempontjából 67-81 [816.88 kB - PDF]
- BÁTHORI-TÁRCZY Zita , POPOVICH Anna , KATSORA Olexander : A szociális ellátórendszer sajátosságai Kárpátalján 82-94 [744.40 kB - PDF]
- ALEXÁNÉ DOROGI Alexandra : Tanulási stílusok vizsgálata a Felder-Soloman teszt alapján = Research on learning styles based on Felder-Soloman test 95-112 [849.93 kB - PDF]
- PÁZMÁNY Viktória , LENTNER Nóra : Speciális Olimpia mozgalom Kölyök Sportoló programjának állapotfelmérő-eszköze a gyakorlatban 113-140 [865.69 kB - PDF]
- Marzanna FARNICKA : Review of Diversity and Complexity, written by Camilla Pagani, Nova Science, 2019. 141-142 en [679.81 kB - PDF]



Coping Strategies of Elite Hungarian Junior Handball Players

Csaba Ökrös¹, Dóra König-Görögh², Noémi Gyömbér³

¹Head of Department of Sport Games, University of Physical Education, 1123.Budapest, Alkotás u. 44.

²Assistant Lecturer of University of Debrecen, Faculty of Education for Children and Special Educational Needs, 4220. Hajdúböszörmény, Désány István u. 1-9.

³Senior Lecturer of Department of Psychology and Sport Psychology, University of Physical Education, 1123.Budapest, Alkotás u. 44.

INFO

Dóra König-Görögh
kgoroghdora@gmail.com

Keywords:
copingstrategies,
handball, adolescences

ABSTRACT

Abstract. Several studies provided instruments, with the possibility to measure self-assessment and coping strategies. This study aimed to study differences in coping strategies by age groups and gender in handball players. For psychological profile the Athletic Coping Skills Inventory (ACSI-28) was applied, at elite Hungarian junior handball teams (n=288) in 2016-2017. On the scales Coping with Adversity and Freedom From worry males acquired significantly higher average values, females showed higher mean values of Goal Setting / Mental Preparation and Coachability. On Freedom from Worry, the oldest players performed the best, Coachability was highest in the youngest group. High values of Concentration were measured by playmakers, which was significantly higher than that of other offensive roles. With the results of our study, we would like to draw attention to the fact that for successful preparation, the knowledge of the athlete's coping skills and theirself-knowledge are in dispensable.

Kulcsszavak:
kézilabda, utánpótlás,
megküzdési stratégiák

Absztrakt. Jelen tanulmányunkban magyar utánpótlás korú (14-19 éves) kézilabdázók (n=288) sportolói megküzdési stratégiáit vizsgáltuk a nemek, életkorok és a kézilabda posztok tekintetében, AthleticCopingSkillsInventory (ACSI-28) segítségével. A *Csapásokkal való megküzdés* (11,69 vs. 11,00; F=2,670 p<0,01) és a *Szorongásmentesség* (9,94 vs. 9,12; F=2,670 p<0,01) skálákon a férfiak érték el szignifikánsan magasabb átlagot. Ezzel szemben a nők magasabb átlagot mutattak a *Célkitűzés/mentális felkészültség* (12,12 vs. 11,56; F=-2,121 p<0,05) és az *Edző által irányíthatóság* (13,28 vs. 12,12; F=-4,107 p<0,01). A *Szorongásmentesség* (10,55 vs. 9,88 vs. 8,83; F=6,880 p<0,01) skálán a legidősebb játékosok

érték el a legmagasabb értékeket. Az *Edző által irányíthatóság* ($F=9,617$ $p<0,01$) a legfiatalabbak körében volt a legmagasabb. A kézilabda posztok alapján megállapíthatjuk, hogy a *Koncentráció* ($F=2,612$ $p<0,05$) és az *Önbizalom/teljesítménymotiváció* ($F=3,067$ $p<0,05$) skálákon mutatkoztak szignifikáns különbségek a csoportátlagokban. A *Koncentráció* tekintetében az irányítóknál látunk magas átlagot, amely szignifikánsan magasabb, mint a többi támadó poszton játszóknak esetében. Az *Önbizalom* esetében a szélsők csoportjában találhatók a legmagasabb értékek. A tanulmányunk eredményeivel arra szeretnénk felhívni a figyelmet, hogy az edzőknek a sikeres felkészülés érdekében figyelembe kell venniük a játékosaik nemét, életkorát, posztját, hiszen a teljesítmény növeléséhez elengedhetetlen a sportoló megküzdési képességeinek ismerete és a játékos önismerete.

Introduction

In order to achieve improved sports performance, athletes and coaches should learn to raise and maintain players' emotional level (Gyömbér and Kovács, 2012), as emotions can significantly influence performance (Leunes, 2011). With changes in fitness, psychological mechanisms and further functions may be altered as well (Révész, 2008). Motivation, coping strategies, sensing the motivational environment, stress tolerance and the ability of adaptation may influence the success of the contestants' preparation (Révész, 2008). The question arises:-; can we identify what kind of coping skills should players have in terms of handball playing positions? Are there any differences in age group and gender? In our opinion through the help of sport psychology, young handball players can reach increased levels of performance and become more advanced adult players. In this paper it is our aim is to investigate coping skills among junior handball players in terms of age, gender and player position.

Team sports and ACSI-28

In recent times, numbers of researches in athletes' coping strategies have increased. Several studies have provided instruments to measure self-assessment and coping strategies. Goudas (1998) studied coping strategies of basketball players' using the Athletic Coping Skills Inventory-28 (ACSI-28) questionnaire (Smith et al, 1995). The study showed that players with more experience reached higher scores on the 7 scales e.g., *Coping with Adversity; Peaking under Pressure; Goal Setting, Mental Preparation; Concentration; Freedom from Worry; Confidence and Achievement Motivation; Coachability* than their less experienced co-athletes. Similar conclusions were drawn in the research of Bebetos and Antoniu (2003), where older – more experienced – badminton players achieved higher scores. Milavi et al. (2017) examined youth female volleyball positional differences in psychological coping skills ($n=180$). There were no significant age and positional differences in scales of

ACSI-28, suggesting that the levels of psychological coping skills do not change as playing experience increases. Ciocan, Fleancu&Ciocan (2012) tried to determine the psychological skills relevant to professional volleyball players in Division A. Through the competition, the coaches introduced a psychological model in the team's training to increase the players' psychological skills. Volleyball players' psychological skills improved, they cannot generalize with regard to the development of psychological skills. In their opinion the scores and increases recorded vary according to each athlete's personality.

Studies by Coetzee et al. (2006), Orosz (2009), Jooste, Steyn& Van den Berg (2014), Kiss et al. (2015), Csáki et al. (2017) described the coping skills of soccer players. The successful soccer players obtained higher scores for the striving for psychological skill compared to the less successful players, with the most important discriminators between these groups being *Concentration*, *Peaking under pressure*, and *Goal setting* (Coetzee et al., 2006). On the other hand Jooste et al. (2014) found negative correlation between psychological skills and team success. Surveying football players and their coaches, Orosz (2009) measured significant differences in talent-levels on all scales, except for *Peaking under Pressure* and *Coachability*. Kiss et al. (2015) also studied coping strategies of football players (age group of 16-20 years), where *Peaking under Pressure*, *Concentration* and *Confidence and Achievement Motivation* all showed high average values (compared to other scales). Between age groups, only *Goal Setting* and *Mental Preparation* showed significant differences, U18 group showed significantly lower scores than U16 or U17. In different soccer playing positions there were insignificant differences in scales of ACSI-28 (Jooste et al., 2014, Csáki et al., 2017).

Grobbelaar & Eloff (2011) also investigated the differences regarding the psychological skills playing positions in team sports (soccer, basketball, rugby, American football). Their results showed that the goal attack and wing defence players outperformed the other positional groups (goal shooter, wing attack, centre, goal defence, goal keeper).

In their research Bognár et al. (2009) focused on coping skills, motivational profiles, perceived motivational climate in elite U18 male ice hockey and soccer players. Their result revealed that the ice-hockey players demonstrated higher levels of *Freedom from Worry* and *Coachability* than soccer players. Géczi (2009) found a significant difference in *Freedom from Worry* between ice-hockey players of the national team and non-national team players, suggesting that players in the national team showed less worry. He also found higher scores of *Peaking under Pressure*, *Concentration* and *Confidence and Achievement Motivation* than on other scales.

Experience by ACSI-28

Wapels (2003) emphasized that gymnasts competing on higher levels performed exceptionally on the scales of *Confidence and Achievement Motivation*, *Coachability* and *Concentration*. In his study, Révész (2008) underlined a significant difference between accomplished and underperforming groups of swimmers on the *Peaking under Pressure* scale. Tóth et al. (2011) found a significant difference between adult and U18 ice-hockey players on the same scale. In addition to experience, a crucial factor in sport performance, Gyömbér et al. (2015) pointed out gender differences in

scores as well. They studied athletes of different ages, genders and sports, and their findings showed that men acquired higher scores on all scales with the exception of *Coachability*. Results based on age differences - in accordance with the literature-, suggested that older athletes acquired higher scores on the ACSI-28 scales, except for *Concentration and Mental Preparation*.

Effects of mental training on coping skills (by ACSI-28)

Vidic& Burton (2010) observed the impact of an 8-week goal setting program by female tennis players from Division I (n=6). After the training all players demonstrated improvements in motivation, confidence and performance measures. Vidic, Martin & Oxhandler in 2016 made another intervention with female basketball players from Division I. The study conducted a ten-session mindfulness-based intervention for 1 hour per week over the course of 16 weeks. Their results showed a decrease in stress, and an increase in athletic coping skills over the course of the intervention. Ragab's study (2015) focused on the effects of mental toughness training on coping skills and shooting effectiveness in male handball players. There were two groups: in the experimental group (n=10) the players participated in the mental toughness training program, 3 times a week for 8 weeks. The players in the control group (n=8) participated only in the traditional program. There were significant differences in overall ACSI-28 scales between pre-, and post training in the experimental group.

Aim of the study

To contribute to the growing body of contemporary literature, our study aimed to study differences in coping strategies by age groups and gender in handball players. Moreover, the research questions focused on differences measured between handball players of different posts. In our present study, coping strategies of Hungarian junior handball players by gender, age and role were investigated.

Methods

Procedure

A questionnaire survey was conducted in the training period of 2016-2018 among junior handball players (n=288). The questionnaires were distributed in elite Hungarian junior handball teams. In this study only players from teams who played in the first class in this period (11 teams) could participate, for this selection we chose the stratified sampling procedure. Participants were informed about the study objectives. Filling in the questionnaires took approximately 20 minutes. Voluntary and anonymous participation was ensured in the study, noting that data that was being collected and would be used for research purposes only.

Measurement instruments

Sociodemographic features were measured in the first section of the survey. Besides gender (1=male, 2=female), age was recorded in years of age at the time of participation. Age groups were calculated for subsequent analyses - based on the distribution of years of age - in order to provide satisfactory number of cases (1=14-15 years old, 2=16-17 years old, 3=18-19 years old). The posts of junior handball players were recorded. Playing posts were coded 1=goalkeeper (GK), 2=backcourt player (BP), 3=playmaker (PM), 4=winger (WI), 5=pivot (PI).

Athletic Coping Skills Inventory (ACSI-28) is a measurement instrument for athletes' psychological skills, developed by Smith et al. (1994). Athletic Coping Skills Inventory consists of 28 items (e.g. "On a daily or weekly basis, I set very specific goals for myself that guide what I do"; "When I fail to reach my goals, it makes me try even harder") that are assessed by a 4-point Likert-type scale where 0 = almost never to 3 = almost always. ACSI-28 items measure 7 scales: Coping with Adversity, Coachability, Concentration, Confidence and Achievement Motivation, Goal Setting and Mental Preparation, Peaking under Pressure and Freedom from Worry scales. Cronbach's alpha showed reliability of $\alpha=.715$ in the present study.

Analysis

Statistical analyses were carried out by using IBM SPSS 22.0 software. For descriptive statistics, frequencies, crosstabs were run, and in the next steps independent samples t-tests, Chi-square, correlation analysis, and ANOVA tests were employed. The level of significance was set to .05. Analyses focused to reveal differences in coping by sociodemographic characteristics and player posts.

Results

Among coping items, *Coachability* ($M=12.84$), *Peaking under Pressure* ($M=12.42$), and *Confidence/Achievement Motivation* ($M=12.34$) showed the highest values, while the lowest value was measured on *Freedom from Worry* ($M=9.43$).

| | Mean (S.D.) | Range |
|---------------------------------------|-------------|-------|
| Coping with Adversity | 11.26 (2,3) | 1-16 |
| Peaking under Pressure | 12.42 (2,5) | 5-16 |
| Goal Setting and Mental Preparation | 11.91 (2,2) | 4-16 |
| Concentration | 12.28 (2,0) | 4-16 |
| Freedom from Worry | 9.43 (2,7) | 4-16 |
| Confidence and Achievement Motivation | 12.34 (1,9) | 7-16 |
| Coachability | 12.84 (2,3) | 5-16 |

Table 1 – Descriptive statistics (n=288)

In the next step coping scales were analyzed by gender and age groups, and additionally by handball posts.

| | Gender ¹ | | Age groups ² | | |
|---------------------------------------|---------------------|----------------|-------------------------|----------------|----------------|
| | Male | Female | U14-U15 | U16-U17 | U18-U19 |
| Coping with Adversity | 11.69 (1.9)** | 11.00 (2.5) | 11,39 (2.4) | 11.14 (2.3) | 11.33 (2.4) |
| Peaking under Pressure | 12.69 (2.2) | 12.26 (2.7) | 12,42 (2.8) | 12.41 (2.4) | 12.46 (2.4) |
| Goal Setting and Mental Preparation | 11.56 (2.2)* | 12.12 (2.2) | 11,99 (2.2) | 11.97 (2.1) | 11.58 (2.4) |
| Concentration | 12.32 (1.9) | 12.25 (2.0) | 12,42 (2.0) | 12.12 (1.9) | 12.44 (2.0) |
| Freedom from Worry | 9.94 (2.4)** | 9.12 (2.8) | 9,88 (2.9)** | 8.83 (2.4) | 10.55 (2.8) |
| Confidence and Achievement Motivation | 12.36 (1.8) | 12.33 (2.0) | 12,60 (1.9) | 12.09 (2.0) | 12.52 (1.7) |
| Coachability | 12.12 (2.4)** | 13.28 (2.2) | 13,59 (2.3)** | 12.28 (2.3) | 12.92 (2.0) |

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$; ¹ independent samples t-test, ²ANOVA

Table 2 – Coping by gender and age groups (n=288)

Table 2 shows a number of differences between male and female players in coping ($p < .05$). On the scales *Coping with Adversity* ($M_{\text{male}}=11.69$ vs. $M_{\text{female}}=11.00$; $t=2.670$ $p < .01$) and *Freedom from Worry* ($M_{\text{male}}=9.94$ vs. $M_{\text{female}}=9.12$; $t=2.670$ $p < .01$), males acquired significantly higher values. In contrast, females showed higher mean values of *Goal Setting and Mental Preparation* ($M_{\text{female}}=12.12$ vs. $M_{\text{male}}=11.56$; $t=-2.121$ $p < .05$), and *Coachability* ($M_{\text{female}}=13.28$ vs. $M_{\text{male}}=12.12$; $t=-4.107$ $p < .01$).

Age groups were tested in two steps: first an analysis with dichotomous age variable (cut-off point by mean value) was run. This grouping based on mean age did not show significant differences, therefore in the second step we used the three-group variant to reveal differences by different years of age within the junior category. Differences between the age groups showed that the oldest and the youngest junior players performed well on *Freedom from Worry* ($M_{18}=10.55$ vs. $M_{15}=9.88$ vs. $M_{16-17}=8.83$; $F=6.880$ $p < .01$) compared to the 16-17 year old players. *Coachability* ($F=9.617$ $p < .01$) was significantly higher in the youngest group, with junior handball players under 15 by reaching the mean value of $M_{15}=13.59$, while players above 18 years achieved solely $M_{18}=12.92$.

In the last step of the analyses, playing positions were thoroughly investigated. Analysis of variance (One-way ANOVA) was employed to reveal additional differences in coping by playing positions of junior handball players.

| | Playing Positions | |
|---------------------------------------|-------------------|---------------|
| Coping with Adversity | Goalkeeper | 10.52 (2.5) |
| | Backcourt player | 11.12 (2.2) |
| | Playmaker | 11.67 (2.2) |
| | Winger | 11.43 (2.5) |
| | Pivot | 11.45 (1.9) |
| Peaking under Pressure | Goalkeeper | 12.00 (2.6) |
| | Backcourt player | 12.66 (2.3) |
| | Playmaker | 12.75 (2.8) |
| | Winger | 12.42 (2.7) |
| | Pivot | 12.12 (2.2) |
| Goal Setting and Mental Preparation | Goalkeeper | 11.31 (2.4) |
| | Backcourt player | 11.87 (2.3) |
| | Playmaker | 12.33 (1.8) |
| | Winger | 12.09 (2.1) |
| | Pivot | 11.69 (2.4) |
| Concentration | Goalkeeper | 12.05 (2.0) |
| | Backcourt player | 11.93 (1.9) |
| | Playmaker | 13.02 (1.5) * |
| | Winger | 12.22 (2.2) |
| | Pivot | 12.29 (2.0) |
| Freedom from Worry | Goalkeeper | 9.02 (2.8) |
| | Backcourt player | 8.88 (2.6) |
| | Playmaker | 9.81 (2.8) |
| | Winger | 9.51 (2.6) |
| | Pivot | 10.08 (2.6) |
| Confidence and Achievement Motivation | Goalkeeper | 11.64 (2.1)* |
| | Backcourt player | 12.16 (2.0) |
| | Playmaker | 12.58 (1.7) |
| | Winger | 12.83 (1.7) |
| | Pivot | 12.24 (2.0) |
| Coachability | Goalkeeper | 12.40 (2.2) |
| | Backcourt player | 12.61 (2.2) |
| | Playmaker | 13.48 (2.2) |
| | Winger | 12.70 (2.7) |
| | Pivot | 13.08 (2.2) |

Note: *p<.05, **p<.01

Table 3 Coping by playing positions (n=287)

Results in Table 3 conclude that *Concentration* ($F=2.612$ $p<.05$) and *Confidence/Achievement motivation* ($F=3.067$ $p<.05$) showed significant differences between mean values of coping scales by playing positions. High value of *Concentration* was measured in the playmakers ($M=13.02$), which was significantly higher than in any other positions ($M_{pivot}=12.29$, $M_{winger}=12.22$, $M_{goalkeeper}=12.05$ and $M_{backcourt\ player}=11.93$). Albeit not significantly, but playmakers also achieved the highest scores in *Coping with Adversity* ($M=11.67$), *Peaking under Pressure* ($M=12.75$), *Goal Setting and Mental Preparation* ($M=12.33$) and *Coachability* ($M=13.48$). Wingers produced the highest values of *Confidence and Achievement*

Motivation ($M=12.83$), that is, all other playing positions achieved significantly lower scores on this scale ($M_{\text{playmaker}}=12.58$, $M_{\text{pivot}}=12.24$, and $M_{\text{backcourt player}}=12.16$, $M_{\text{goalkeeper}}=11.64$).

Discussion

The aim of the present study was to complete the growing contemporary literature, and to study differences in coping strategies by age groups and gender in a sample of Hungarian handball players. The research also focused on differences measured between handball players by different playing positions. In the analyses, the scales of the standardized measurement instrument of ACSI-28 by Smith and colleagues (1993) supported some of our hypotheses on gender, age and playing positions' differences among junior handball players.

The present study showed that Hungarian junior handball players reached high scores in *Coachability*, *Peaking under Pressure* and *Confidence/Achievement Motivation*, this means that junior players in general pay attention to and follow their coaches and that feedback is especially important to them. They are also confident and positively motivated, consistently give their maximum during practices and competitions and they work hard to improve their skills. Furthermore they are able to perform well under pressure and they feel challenged rather than challenged by pressure situations

The lowest mean values - from all scales - were measured in *Freedom from Worry* scale in the present sample, which means that the players tend to worry about how their performance is valued by others. Being worried during performance can imply a psychological burden. In case of team sports, opinions and judgments of peers can have a great influence on young athlete' performance, as the importance of social evaluation increase at this age.

In accordance with the research of Gyömbér et al. (2015), but contradicting the research of Révész (2008), female junior handball players in our study reached higher values of *Coachability* than males. For female players, information and instruction from the coach and external reinforcement are of crucial importance and they can also take constructive criticism better than male handball players.

Furthermore, our results slightly differ from that of Révész (2008) and Gyömbér (2015), because our findings show that females score higher on *Goal Setting/Mental Preparation* than males. This can mean that female handball players do not prepare for competitions only physically but also mentally. Females tend to consider the performance itself and the path leading to successful performance as well.

Similarly to the research of Révész (2008) and Gyömbér (2015), the study showed gender differences, males scored significantly higher in *Coping with Adversity* and *Freedom from Worry* than females. Male handball players perform better under pressure, challenge inspires them on a higher level than females. Moreover, they are not overtaken by worry if their performance does not correspond

to their level of fitness; neither do they worry about how others judge their performance after a competition.

In the age-group based analyses, similarly to the available literature findings by Goudas, 1998; Wapels, 2003, Bebetos and Antoniu, 2003; Révész, 2008; Géczi, 2009; and Gyömbér et al, 2015, the oldest junior players reached the highest scores on coping scales in our sample, that is, junior handball players worry less about the perception of their performance. Furthermore, the youngest handball players scored the highest on *Coachability*, similarly to the findings of Révész (2008), Géczi (2009) and Tóth et al. (2011), who showed that the oldest age group produced the lowest values of this scale. This means younger players tend to follow the coaches' instructions more likely than the older ones, since the personality development at younger age is dominated by the impact of peers and teammates, and the values are more focused on this social atmosphere. Due to this psychologically critical age-period young athletes tend to push the boundaries, find the limits of the coach and fight for their perceived rights against the coaches.

Our findings showed that, similarly to previous research findings (Coetzee et al., 2006, Jooste et al., 2014), there were no significant differences between the handball post, except the playmakers in the *Concentration* scale, while the goalkeeper reached significantly lower scores in *Confidence and Achievement Motivation*. But, based on works by Vidic & Burton (2010), Ragab (2015), Vidic, Martin & Oxhandler (2016), we could see that the professional with constant mental training can decrease stress and increase athletic coping skills.

We concluded that playmakers reached the highest mean values on several scales (*Coping with Adversity, Peaking under Pressure, Goal Setting/Mental Preparation, Coachability*), and a remarkably high value on the *Concentration* scale. As one of the leaders of the team, the playmaker must see beyond his or her own play and be able to connect the different players of the team, and also follow the coaches' instructions. Playmakers need to coordinate his/her own plays and to fulfill various tasks during performance. In many teams, the playmakers usually fill the team leader position. This means, playmakers should have improved coping skills in order to elevate the performance of the whole team.

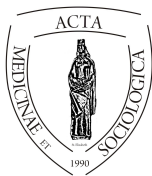
Conclusion

With the results of the present study, we would like to draw attention to the fact that for successful preparation, coaches have to consider the players' gender, age and playing position for the improvement of team and individual performance. The knowledge of the athlete's coping skills and their self-assessment? Can contribute to better preparation and are indispensable for successful preparation and performance. When developing and assigning roles in a team, it is advisable to gather information and data on the players' personality and psychological skill sets in order to guarantee them the most suitable role for improved performance.

References

1. Bebetos, E., Bebetos, G. (2006): Greek Youth Team Handball Players and Their Satisfaction Levels. *European Handball Magazine*, p. 1-9
2. Bognár J., Géczi G., Vincze G., Szabo A. (2009): Coping Skills, Motivational Profiles, and Perceived Motivational Climate in Young Elite Ice Hockey and Soccer Players. *International Quarterly of Sport Science*, 1.
3. Ciocan D. M., Fleancu L.J., Ciocan V.C. (2012): Study on Psychological Skills of Professional Female Volleyball Players. *Scientific Journal of Education, Sports, and Health*, No.1. No. 1, Vol. XIII.
4. Coetzee B., Grobbelaar H.W., Gird C.C. (2006): Sport psychological skills that distinguish successful from less successful soccer teams. *Journal of Human Movement Studies*, 51., p. 383-401
5. Csáki I., Szakály Zs., Fózer-Selmec B.B., Selmei Kiss Z., Bognár J. (2017): Psychological and Anthropometric Characteristics of a Hungarian Elite Football Academy's Players. *Physical Culture and Sport Studies and Research*, Vol. LXXIII, p. 15-26. DOI: <https://doi.org/10.1515/pccsr-2017-0002>
6. Géczi, G. (2009): Success and Talent Development as Indicated by Motor Tests and Psychometric Variables of U18 Ice Hockey Players. *PhD dissertation, SE, Budapest*
7. Goudas, M. (1998): Motivational Climate and Intrinsic Motivation of Young Basketball Players. *Perceptual and Motor Skills*, 86. 323-327 DOI: <https://doi.org/10.2466/pms.1998.86.1.323>
8. Grobbelaar H.W., Elof M. (2011): Psychological skills of provincial netball players in different playing positions. *South African Journal for Research in Sport, Physical Education and Recreation*, Vol. 33. 2, p. 45 – 58 DOI: <https://doi.org/10.4314/sajrs.v33i2.69689>
9. Gyömbér, N., Kovács, K. (2012): Fejben dől el. Sportpszichológia mindenkinek. *NoranLibro Publisher, Budapest*
10. Gyömbér, N., Kovács, K., Lénárt, Á. (2015): Do psychological factors play a crucial role in sport performance? – Research on personality and psychological variables of athletes in Hungary. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 16, 1: 223-232
11. Jooste J., Steyn B.J.M., Van den Berg L. (2014): Psychological Skills, Playing Positions and Performance of African Youth Soccer Teams. *South African Journal for Research in Sport, Physical Education and Recreation*, 36. 1: 85-100
12. Kiss, Z., Fózer-Selmeci, B., Csáki, I., Bognár, J. (2015): Bentlakó Labdarúgó Korosztályok Pszichés Mentális Jellemzői. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika* 16, 4, p. 331—347 DOI: <https://doi.org/10.1556/0406.16.2015.4.2>
13. Kruger A., Pienaar A.E. (2014): Gender differences in the sport psychological skills profile of adolescent sport participants: original research. *International Sport Med Journal*, Vol. 15., 4., p. 474-482
14. Leunes, A. (2011) *Introducing Sport Psychology. A practical guide. IconBooksLtd, London*

15. Orosz R. (2009) A labdarúgó tehetség kibontakoztatását befolyásoló pszichológiai tényezők vizsgálata. *Doctoral Dissertation. DE, Debrecen*
16. Ragab M. (2015): The Effects Of Mental Toughness Training on Athletic Coping Skills and Shooting Effectiveness for National Handball Players. *Science, Movement and Health*, Vol. XV, 2., 431-435
17. Révész, L. (2008): A tehetséggondozás, a kiválasztás és a beválás néhány kérdésének vizsgálata az úszássportágban, *Doctoral Dissertation. SE, Budapest*
18. Smith, Ronald E., Smoll, Frank L., Schutz, Robert W., Ptacek, J.T. (1995) Development and validation of a multidimensional measure of sport-specific psychological skills: the Athletic Coping Skills Inventory-28. *Journal of Sport & Exercise Psychology*. 17(4), 379-398. DOI: <https://doi.org/10.1123/jsep.17.4.379>
19. Spieler M., Czech D.R., Joyner A.B., Munkasy B., Gentner N., Long J (2007): Predicting Athletic Success: Factors Contributing to the Success of NCAA Division I AA Collegiate Football Players. *Athletic Insight. The Original Journal of Sport Psychology* 9. 2.
20. Tóth, L., Géczi, G., Bognár, J. (2011) A versenyszorongás, a sportolói megküzdési stratégiák és az emocionális jellemzők vizsgálata magyar válogatott jégkorongozóknál. *Kalokagathia*. 49(2-4): 129-147.
21. Vidic Z, Burton D. (2010): Examining the Impact of a Systematic Goal-Setting Program for Collegiate Women's Tennis Players. *The Sport Psychologist*, 24, 427-447. DOI: <https://doi.org/10.1123/tsp.24.4.427>
22. Vidic Z., St. Martin M., Oxhandler R. (2016): Mindfulness Intervention with a U.S. Women's NCAA Division I Basketball Team: Impact on Stress, Athletic Coping Skills and Perceptions of Intervention Authors. *The Sport Psychologist*, 0.0. DOI: <https://doi.org/10.1123/tsp.2016-0077>
23. Waples, S.B. (2003): Psychological characteristics of elite and non-elite level gymnasts. *Doctoral Dissertation. Texas A&M University*.



Health through the Eyes of the Romani minority

Kristýna Toumová^{*1}, Valérie Tóthová², Tereza Dušičková³, Jiří Kaas⁴, Jana Maňhalová⁵

¹ University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Sciences, Institute of Nursing, Midwifery and Urgent Care

² University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Sciences, Institute of Nursing, Midwifery and Urgent Care

³ University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Sciences, Institute of Nursing, Midwifery and Urgent Care

⁴ University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Sciences, Institute of Nursing, Midwifery and Urgent Care

INFO

Kristýna Toumová
toumok00@zsf.jcu.cz

Keywords
physical fitness,
Transcultural
Assessment Model,
prevention, Romani,
mental state, health

ABSTRACT

Abstract. *Aim:* The aim of this study was to ascertain the subjective view of the Romani community on their own health, in the context of social integration and the effects of the environment, using the Transcultural Assessment Model. *Methods:* The collection of data was conducted via quantitative research using an unstructured questionnaire. The experimental group consisted of 600 members of the Romani minority.

Results: The results showed that health is one of the main values that influence the life of the Romani minority. According to a substantial proportion of respondents, they are regularly concerned with matters of their own health; however, most of them do not attend medical check-ups.

Conclusion: The concept of sickness and health is highly subjective for each person. Moreover, the culture to which an individual belongs is among the factors that influence an understanding of the concept of health. Thus, when providing medical care, one must also get to know a patient's culture and their subjective view of health or sickness.

Kulcsszavak
fizikai fittség,
Transcultural
Assessment Model, meg-
előzés, roma, mentális
állapot, egészség

Absztrakt. *Cél:* A tanulmány célja a Transcultural Assessment Modell segítségével megismerni a roma közösség saját egészségi állapotának szubjektív megítélését a társadalmi integráció és a környezeti hatások kontextusában. *Módszer:* Kvantitatív kutatással kérdőíves adatgyűjtés. A felmérésben résztvevő csoport 600 fő roma kisebbséghez tartozó egyén.

Eredmény: Az eredmények megmutatták, hogy az egészség az egyik legfőbb érték a roma kisebbség számára. A vá-

laszadók jelentős hányada szerint gyakran aggódnak az egészségük miatt, ugyanakkor nem járnak egészségügyi vizsgálatokra.

Következtetés: Az egészség és betegség fogalma egyénenként jelentősen eltérő. Továbbá, az a kultúra, melyhez az egyén tartozik, azon a tényezőkhez egyike, melyek befolyásolják az egészségről kialakított felfogásukat. Ennek következtében az egészségügyi ellátást nyújtónak tisztában kell lennie a beteg kultúrájával és azzal, hogy mi a felfogása az egészség-betegségről.

Abbreviations:

p = independence test

SASD = Statistical Analysis of Social Data

Introduction

According to Maryšková (2010), Romani currently form one of the biggest ethnic minorities in Europe. The Romani population can be found across all European countries and therefore receives considerable attention. They are also the most numerous minority in the Czech Republic. According to the latest sources, 245.800 Romani live in the Czech Republic, making up 2.3% of its population (Office of the Government of the Czech Republic, 2017). This section of the population often undergoes all kinds of research focusing on health and social matters. The reasons for conducting such research are the poor health of Romani people and the ongoing problems related to their social integration.

Having almost no representation in the public sphere, Romani are a typical minority (McGarry, 2014). According to Olišarová (2012), in many opinion polls the Romani people are placed in the worst positions. This is a fact which points to the majority's negative perception of them. Davidová (2010) states that problems arising from the position of the Romani vis-à-vis the wider society, make it essential to know this community closely. According to Maryšková (2010), the social position of the Romani people is a product of their lifestyle and the way of life bequeathed to them, which affect their integration into the mainstream of societies across the whole world. Considering the size of this minority, the problems of the Romani people need to be heard from the other side, i.e. from Romani individuals themselves. Their opinion can help us in establishing cooperation with members of the Romani community and providing them with appropriate health services. This is addressed by Tóthová (p. 11, 2012): *“Nursing is a multidisciplinary field. It connects numerous different theories and findings from various domains of human knowledge towards a single goal: to provide an individualized nursing care.”*

Methodology

Data was collected using quantitative method, namely a questionnaire, which was compiled using the Transcultural Assessment Model by J. N. Giger and R. E. Davidhizar. This model is suitable for obtaining comprehensive information from people of a different culture or religion.

In the first phase of data collection, pre-research was conducted in a form of an interview with 8 members of the Romani minority. The questions asked were in accordance with the above model aiming to check the respondents' understanding of the given questions. The questionnaire contained all the 6 cultural dimensions of the Transcultural Assessment Model in order to assess the individuals. These dimensions are Social Organization, Communication, Time, Space, Environmental Control and Biological Variations.

The research sample consisted of 600 Romani people. The sample was created by quota sampling and the criteria were age, sex, location and belonging to the Romani community. Overall, amongst the participants, there were 297 males (49%) and 306 females (51%) from 15 to 65+, living in every region of the Czech Republic.

The research itself took place from February to December 2016. The questionnaire was distributed via organizations that unite the Romani community, and by using snowball sampling.

The collected data was processed by SASD software (Statistical Analysis of Social Data), where calculations of cumulative and relative frequency were performed with the calculation of mean values and measurement of statistical dispersion. In the second sorting, the Pearson's Chi-Square Goodness of Fit test and an independence test were used. Testing was conducted at the significance level ($\alpha = 0.05; 0.01; 0.001$).

Results

In each area of the research regarding health, we focused on the acquired data and mapped the respondents' views on health, which reflect their subjective opinion, though.

Out of the 600 respondents, 44 % stated that they were not undergoing any medical treatment right then. The most frequent medical conditions were hypertension (23.8%) and diabetes mellitus (22.8%) which were followed by mental illnesses (10.3%), asthma (10%), spinal and joint diseases (8.8%) and myocardial infarction (8.7%).

When analysing the connection between the gender of the respondents and the medical conditions they were being treated for, no statistical significance was found. Regarding the medical conditions, Romani males and females did not differ significantly. This means that Romani males and females suffer from similar illnesses at similar levels of severity ($p = 0.809$).

The subjective point of view of respondents showed that the largest group perceived their physical condition as average (44.3%). 24.7 % perceived it as above

average, 11.8% as well above average, while 13.8% perceived it as below average, and 4.8% as well below average.

Regarding their mental state, the results were similar to their physical fitness: 36.2% perceived it as average, 28.3% saw it as above average, 19.3% as well above average, while 11.2% evaluated it as below average and 4.5% as well below average.

A question about the factors that particularly affected the respondents' lives yielded interesting results. They perceived health as a very important value (12%), which follows the values of family (47%) that has primary impact on their lives, and financial situation (22.8%) (Table 1).

| Values influencing respondents' lives sorted by importance | | |
|---|-----------------------------|---------------------------|
| Values | Cumulative frequency | Relative frequency |
| Family | 288 | 48.0% |
| Financial situation | 137 | 22.8% |
| Health | 72 | 12.0% |
| Religion | 55 | 9.2% |
| Community | 44 | 7.3% |
| Other | 4 | 0.7% |
| Total | 600 | 100.0% |

Table 1. Values influencing respondents' lives sorted by importance

Health being among the most important values for the Romani minority is also supported by the answers to other questions. A part of the respondents expressed concern about their health. 7.5% responded that they were constantly concerned, 40.7% was quite often concerned, 34% had an average concern, while 15.7% of them concerned only occasionally, and 1.8% responded that they never concerned about their health.

Regarding health, a statistically significant correlation was found between two variables: education and concern about health. As the level of an individual's education rises, so does his or her concern about their own health. The greatest concern for their health was shown by respondents with tertiary technical education or higher education ($p < 0.01$).

The response to a question about whether respondents attend medical check-ups slightly contradicts these results. Only 45.5% of the Romani minority attends medical check-ups regularly, while 53.8% of the respondents do not do so. A possible explanation could be that people who are not undergoing any treatment express less concern about their health ($p < 0.01$).

Discussion

Subjective evaluation of one's health is an important factor that actually influences a person's behaviour more than an objective view (Davidová, 2010). According to Nesvadbová (2010), several studies investigating the subjective opinions of Romani people about their own health showed that most of them viewed their health as very good, or at least good.

In our research, 44% of respondents stated that they were not undergoing any treatment. The rest generally had a chronic disease. The cause of these diseases can often be the occurrence of risk behaviour that is higher than in the majority population, which is supported by the 2016 data provided by the Czech Statistical Office. According to this data, 65% of Romani adult females and 57% of males smoke. The major problems are persistent smoking during pregnancy and smoking since early childhood which cause chronic diseases in the course of time. (Office of the Government of the Czech Republic, 2017). Furthermore, the proportion of Romani reporting on the occurrence of headaches, musculoskeletal disorders or mental illnesses is higher than that of the majority population (Office of the Government of the Czech Republic, 2017). Similar results are confirmed by the present research, in which the most frequent diseases of Romani were hypertension, diabetes mellitus, mental illnesses or spinal and joint diseases. In these cases the involvement of nurses and suitable motivation are important. Moreover, as Šedová (2015) states, considering the cultural differences in the population, cultural and linguistic competences need to be taken into account when maintaining health.

Although health represents an important part of Romani life, taking care of one's own health does not seem to be a primary concern (Nováková, 2012). Generally speaking, the physical fitness of the population is a considerable problem as far as prevention is concerned. According to Dolák (2015), medical check-ups form an important part of every human's health maintenance and play an important role in diagnosing disease. A 600-respondent study (with 302 and 298 respondents from the Romani and the majority population respectively) from 2015 entitled "Obesity and Being Overweight in the Romani Minority in the South Bohemian Region" showed that 65.5% of Romani respondents attended medical check-ups regularly compared to 77.2% of the majority population (Dolák, 2015). In the present research, with 600 Romani respondents, the results were somewhat worse: 45.5% of respondents attend medical check-ups regularly and 53.8% do not attend. Despite these results, 80% were of the subjective opinion that they were actively concerned about their health.

According to Maryšková (2010), prevention is not a priority among Romani, consequently, they care about their own health only when their disease progresses. Also there is a problem after the symptoms of a disease disappear because many simply stop abiding by precautions and following suggestions.

The subjective perception of one's health in the Romani population was the subject of research by Davidová et al. in 2007 and 2008. Most of the respondents in these studies stated that they felt average (i.e. neither good nor bad). However, according to the results it did not matter whether respondents belonging to the oldest generation felt subjectively worse than respondents of the younger generation.

Subjective feeling is mainly affected by one's physical condition. Results generally showed that not only a particular disease affects the subjective perception of one's health, but the social determinants of health also affect it (Davidová, et al., 2010). One finding was fairly logical, i.e. the more seriously an individual is ill, the more often he or she is concerned about health and the more often visit a doctor. This indicator is probably very similar in the majority population.

According to Tóthová et al. (2010), although the value of health can be similar for everyone, the perception of health differs considerably among cultures. Research conducted by Davidová et. al. (2010) found that although most Romani respondents viewed health as one of the most important values, they did not sufficiently value preventive health precautions in the context of maintaining good health. According to Čeledová and Čevela (2010), this can be explained by factors that affect health. These factors are socioeconomic conditions, working conditions, interpersonal relationships, health and social care systems, demographic factors and finally the individual's own culture. Also, according to Molnar (2010), all these factors are important and play a role in the overall health of the Roma minority.

Conclusion

According to Vachková (2011), the concept of sickness and health is perceived uniquely by each person. Individuals are born into a specific social environment and during their life they undergo a process of socialization and acculturation which affect their attitudes towards life's values.

Whatever the case, it is essential to keep in mind one fundamental truth. Every person, whether a member of the Romani minority or the majority society, is a human being that has specific needs and different views of life, health and sickness. That is why everyone needs to be approached in an individual way, without unnecessary prejudices.

In the case of the Romani population it is particularly important to consider the individual's whole life within the Romani community and the great influence this community has had on that individual. Although this minority is integrated into the majority in many aspects of life, they still retain many traditional customs and ways of life. All these aspects need to be considered when communicating with a Romani patient. If we know the subjective perception of health, sickness or approach to life, we will be able to understand the person better and plan their treatment more effectively.

Acknowledgments

This contribution is a part of the grant research project number 048/2015/S, which is being conducted thanks to the financial support of the Grant Agency of the University of South Bohemia in České Budějovice.

References

1. Čeledová L, Čevela R. (2010): *Výchova ke zdraví. Vybrané kapitoly*. Praha: Grada.
2. Davidová E, et al. (2010): *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Praha: Triton.
3. Dolák F. (2015): *Prevence jako součást moderního ošetrovatelství*. In: Tóthová V, et. al. *Prevence obezity a nadváhy u romské minority v komunitním ošetrovatelství*. České Budějovice: Lidové noviny.
4. Maryšková A. (2010): *Specifika poskytování zdravotní péče romskému pacientovi*. Sestra. 20(2): 25-27.
5. McGarry A. (2014): *Roma as a political identity. Exploring representations of Roma in Europe*. Ethnicities. 14(6): 756-774.
DOI: <https://doi.org/10.1177/1468796814542182>
6. Molnár A, et al (2010). *Health impact assessment and evaluation of a Roma housing project in Hungary*. Health & Place. 16/2010:1240-1247. ISSN 1353-8292. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.08.011>
7. Nesvadbová L, Elichová M. (2010): *Zdraví a zdravotní stav Romů*. In: Davidová E, et al. *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta.
8. Nováková D. (2012): *Romská minorita*. In: Tóthová V, et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton.
9. Olišarová V. (2012): *Charakteristika romské minority*. In: Tóthová V, et al. *Prevence obezity a nadváhy u romské minority v komunitním ošetrovatelství*. Praha: Nakladatelství lidové noviny.
10. Šedová L, et al. (2014): *Romové a specifika zdravotní edukace*. Studia Kinanthropologica. 15(3): 259-267.
11. Tóthová V, et al. (2010): *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton.
1. Tóthová V, et al. (2012): *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton.
12. Office of the Government of the Czech Republic (2017): *Report of the state of the Roma minority in the Czech Republic in 2016*. Prague: Office of the Government Council of Roma Issues and the Secretariat of the Government Council of National Minorities.
13. Vachková E. (2011): *Pacientovo pojetí nemoci v kontextu transkulturního ošetrovatelství*. In: Mareš J, Vachková E. *Pacientovo pojetí nemoci III*. Brno: MSD.



Néhány szempont a magyar egészségügyi ágazat problématérképének összeállításához

Paulikné Varga Barbara

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

INFO

Paulikné Varga Barbara
paulikne.barbara@foh.unideb.hu

Keywords:
health care system,
organization,
development, PEST
analysis, strategy

ABSTRACT

Abstract. Dysfunction of health care has been a hot issue recently. Financial and human resource problems have been perceived by many of us, although a pile of other interrelated problems also appears in this field. However, several of them could be improved with adequate management methods. In order to understand the changes previously carried out in health care, it is vital to get know the legislations documenting national and international tendencies. The multi-aspect research is based on documentations, comparative analysis and evaluation of statistics from the given field. Besides them, the financial system, the state's participation, and the service systems also need to be taken into consideration. Due to former reorganizations of health care, many different types of organizational structures connect with one another, and for profit and non profit organizations are interwoven. The complicated situation suggests that our research into this topic is rather timely. By revealing the health care systems of different countries, two basic tendencies seem to prevail. There are systems, in several states, which make cooperation easier, while there are differences, caused by historical events, whose abolition would serve everybody's interest.

Kulcsszavak:
egészségügyi ellátórendszer, szervezet, fejlesztés, PEST analízis, stratégia

Absztrakt: Napjainkban az egészségügy működési zavarai mindennapi beszédtemák. Legtöbbször csak az anyagi vagy a humán erő problémáit látják, holott egy problémahalmaz jellemzi ezt az ágazatot. Véleményem szerint ezek jelentős részét megfelelő menedzsment módszerekkel javítani lehetne. Az egészségügyben végbement változások bemutatásához a hazai és a nemzetközi trendeket dokumentáló jogszabályok ismerete nélkülözhetetlen. A több szempontú vizsgálat alapja az egyes ágazatokban keletkező dokumentációk, statisztikák összehasonlító elemzése, értékelése. Ezen túl a következőkre kell figyelni: vizsgálni kell a fi-

nanszírozási rendszert, az állam részvételét és a szolgáltatási rendszereket. Az egészségügyi átszervezések kapcsán ma már sokféle szervezeti struktúra kapcsolódik össze, összefonódnak for- és nonprofit szervezetek, amelyek kutatása rendkívül aktuálissá teszi ezt a témát. A különböző országok egészségügyi rendszerének feltárása során kiderülhet, hogy két alapvető tendencia érvényesül. Vannak olyan, több államra jellemző rendszerek, amelyek megkönnyítik az együttműködést, és vannak történelmi okokra visszavezethető eltérések, amelyek megszüntetése közös érdek lenne.

Az egészségügyi rendszer vizsgálatának aktualitása

Az egészségügyi ágazat az élet minden területéhez, szakaszához kapcsolódik, és a közbeszéd mindennapi témája a változás igényének a megfogalmazása. Már a gyermek fogantatásától kezdve folyamatos kapcsolatban vagyunk az egészségügyi ellátórendszerrel, a védőnői, a háziorvosi és az iskolaorvosi szolgáltatások kapcsán. Az ellátási rendszerben viszont a következő életszakaszokban arányteltőlódás figyelhető meg. A szervezett és felügyelt folyamat a kisiskoláskorúak ellátása után megszakad, miközben a nagy szervezetben elvész az Ember, és a problémák sokasága jelentkezik. Az egészségügyi ágazat rendkívüli kiterjedtségét mutatja, hogy egyszerre van benne iparági és szolgáltatási szektor, elméleti és alkalmazott kutatás, üzleti és nonprofit szolgáltatás, állami és magán, nevezzük inkább üzleti finanszírozásnak. Az összetettsége miatt valójában komplex problémahalmaz képződött, amelynek korszerű kezelése megoldásra vár. Az egészségügyi átszervezések eredményeként ma már olyan sokféle szervezeti struktúra kapcsolódott össze, amelynek működése egyszerre tudományos, szakpolitikai, igazgatási, szervezeti és vezetési feladatok ellátását igényli.

Fontos, eldöntendő kérdés, hogy milyen stratégia alapján történhet egy eredményes fejlesztés. Ehhez kapcsolódik a következő eldöntendő kérdés, kinek a felelőssége, ki készítse és vezesse ezt a változtatást? Valamennyi kérdésre itt nem tudunk válaszolni, de elkezdünk egy elemzési kísérletet, amely elsősorban a menedzsment eszköztárából merítve a klasszikus, a versenyszférában szerzett tapasztalatok alapján, elsősorban a változás és a stratégiai menedzsment módszerek adaptálásával új szempontú megközelítésre ad lehetőséget.

A problematika megvilágítására az alábbiakban elsősorban a PEST analízis módszerét alkalmazzuk, illetve ajánlást fogalmazunk meg a szervezetfejlesztés lehetséges útjainak a kiválasztásához és az egész egészségügyi rendszer vagy egyes területeinek korszerűsítéséhez.

Az egészségügy működésének menedzsment szempontú elemzése

Az egészségügyi rendszer működéséről az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1946-ban megfogalmazott egy alkotmányt, amelyhez eddig 170 ország csatlakozott. Ebben elfogadták azokat az alapelveket, amelyek megfelelnek az évszázadok alatt megtartott gyógyítási etikanak, de igyekeztek figyelembe venni a modern orvostudomány működtetésének a kívánalmait is (Baráth, 2008). Ezek közül néhány jelentősebb pontot fontos kiemelniük:

- a kötelező szolidaritási elven működő biztosítás keretében mindenki hozzájárul az alapvető és garantált minőségű egészségügyi szolgáltatáshoz,
- a szolgáltatási struktúra a valóságos egészségügyi szükségleteknek és a „fogyasztói” igényeknek is megfelel, a morbiditási, demográfiai változásokat rugalmasan kezeli,
- az eljárások hatásossága, hatékonysága megfelelő,
- a szolgáltatások rendszere, igénybevételük lehetősége és az egészségügyben elköltött közpénzek sorsa átlátható,
- az egészségügy finanszírozható rendszerben működik, az egészségügyre fordított források hatékonysága nő.

Az elfogadott irányelveket a valóságban igen sokféleképpen értelmezték, és a megfogalmazásuk több mint fél évszázada aktuálisan él. Megvalósításuk azonban még mindig nem sikeres. A problémák feltárásához éppen ezért használjuk fel a PEST analízis módszerét, bár teljes részletességre itt most nem vállalkozhatunk. A klasszikus formájában kiterjed a politikai/jogi, a gazdasági – ami lehetőséget ad mind a makro, mind a mikro környezet jellemzésére is –, a társadalmi és a technológiai vizsgálatokra, és ma már kibővíthető az ökológiai, informatikai szempontokkal, ezáltal komplex megközelítésre ad módot. A kiemelt szempontok – úgy véljük – alkalmasak az összefüggések megvilágítására.

Az egészségügyi rendszer szakmapolitikai aspektusa

Fontos tisztázni, hogy az államigazgatás szempontjából milyen elvek érvényesülnek. Amennyiben az egészségügyet a közjó fogalmához sorolja a politikai rendszer, úgy az állam aktívan rész vesz a működtetésében. A közjó vagy a közszolgálat eszméje a felvilágosodás eszmerendszerében fogalmazódott meg, a tőkésállamokban már meggyökeresedett. A 19. századtól a legtöbb állam elfogadja, de különféle értelmezése és gyakorlata alakult ki. Abban azonban egység látszik, hogy az egészségügyet a nonprofit szektorhoz tartozónak mondják. A nonprofit, a közhasznú szolgáltatást az állam a beszedett adókból vagy az állampolgárok által befizetett biztosítási alapokból finanszírozza. A finanszírozás természetesen nagyban befolyásolja a működést, a korszerűsítést és a gyógyítás minden fázisát, épp ezért vált a 19. század végétől alapkérdéssé. Európában az elmúlt évszázadban négy finanszírozási forma alakult ki. Az állami részvétel típusai: a Bismarck-i, a Szemaskó, a Beveridge és a Vegyes modell (Boncz, 2012).

Magyarországon a szolidaritás elvű Bismarck-i egészségbiztosítási modell alapozta meg az egészségügyi rendszert. Ennek jellemzője, hogy nem az egész lakosság biztosított, a járulékbefizetés jövedelemarányos, az egészségügyi szolgáltatók köztulajdonban vannak, akik inkább együttműködnek, mint versenyeznének. A magánbiztosítás kiegészíti az erős tb-alapú rendszert. Ma is alapvetően ez jellemző, de számos átalakuláson ment keresztül. 1948-1992 között a Szemaskó modell váltotta fel, amely szintén szolidaritás elvére hivatkozik, de a szocializmusban meghirdetett általános, mindenkit egyformán ellátó rendszer valójában nem tudta teljesíteni ígéretét. Elsősorban a minőségi fejlesztés maradt el, és ennek pótlására alakult ki a paraszolvencia szokása. Napjainkban már vegyes finanszírozású rendszer van kialakulóban, hiszen több területen érintkezik az állami és a magán egészségügyi szolgáltatás. A finanszírozásban a társadalombiztosítás mellett megjelentek a magánbiztosítók is, de ez a rendszer korántsem nevezhető kiforrottnak, hiszen számos ellentmondása abból fakad, hogy a különféle rendszerek úgy keverednek, hogy az átláthatóság sérül. Az egészségügy jogi-igazgatási megközelítéséből következően, a közszolgálati szektor környezetét és működését is kell értékelnünk. Antal-Mokos és társai közszolgálati szervezeteknek nevezi a „központi állami és helyi közigazgatást megtestesítő intézményeket, valamint mindazokat a szervezeteket, amelyek működését meghatározó részben állami vagy helyi önkormányzati költségvetésből fedezi” (Antal-Mokos, Balaton, Drótos, & Tari, 1997).

Max Weber szociológus a közigazgatással kapcsolatban azt vizsgálta, hogy a közigazgatás modern formája, a bürokrácia milyen jellemzőkkel bír. A bürokrácia Weber szerint nem feltétlenül tekinthető rossznak, de működhet rosszul. A nem megfelelő szabályozás vagy a túlságosan mély hierarchia hatékonyságtól mentes működést eredményezhet. Henry Mintzberg alapján az egészségügyi ellátó intézmények szakértői bürokráciaként értelmezhetőek, ahol fontos a komplex feladatellátás és a szakértők dominanciája. A fő jellemzők közé sorolható, hogy a szakértő (orvosok) munkája komplex, a megszerzett szaktudás lassabban változik, a szervezeten belül az orvosok autonómiája jelentős, a kollégáiktól viszonylag függetlenül, de a betegekkel szoros kapcsolatban állnak (Berde, 2015). A bürokratikus működésre jellemző lassúság, rugalmatlanság a rosszul, diszfunkcionálisan működő bürokráciák jellemvonásai, de ez nem kell, hogy feltétlenül így legyen. (Bodnár, Révész, & Horváthné Varga Polyák)

Közszolgálati szervezetek környezetelemzése

Az üzleti szektortól eltérően működik a közszolgálati intézmények értékesítési piaca, mert az intézmények által nyújtott szolgáltatás nem tekinthető klasszikus piaci árunak. Ebből következően elvileg nem érvényesül sem a fizetőképes kereslet változása, sem a piaci versenyre jellemző hatás. A közszolgálati szektor vevői, a potenciális haszonélvezők csak ráutaló magatartással (szolgáltatás igénybevételével vagy elutasításával) vagy érdekvédelmi szervezeteken keresztül tudják kinyilvánítani a szolgáltatásokkal szembeni véleményüket. Van egy viszonylag ritkábban alkalmazott opció, a politikai programok támogatása (pl. víztdíj eltörlésével kapcsolatos kinyilatkoztatás).

A politikai környezet nagy befolyást gyakorol az egészségügyre. Esetünkben az országos kormánypolitika és a települési önkormányzatok által képviselt helyi poli-

tika is hatással van az egészségügyi szervezetek működésére. Korlátozó tényezőknek minősül a szolgáltatások kvázi ingyenessége, valamint az intézmények területi ellátási kötelezettsége miatt kialakuló földrajzi korlátja. A közszolgálati szektorban különös formában van jelen a versenyhelyzet, számos esetben nem is létezik. Ebben a környezetben viszont említésre méltó, hogy az eléggé korlátozott piaci mozgástérben versenytársként a közszolgálatok mellett a magánszervezetek jelentik a legnagyobb konkurenciát.

A közszolgálati szervezetek tudományos-technikai környezete alapvetően a közösségi szolgáltatások előállításában szerepet játszó technikák, technológiák beszerzésére irányul, amelyek jelentős része az utóbbi másfél évtizedben Európai Unió pályázati forrásból volt finanszírozva. A gyógyításban mára már nélkülözhetetlen a korszerű orvosi diagnosztikai műszerek megléte, információk gyűjtése és feldolgozása, ami az egészségügyi intézmények alapvető feladatainak ellátása során keletkezik. Utóbbi feladat miatt az információtechnológia kiemelt környezeti tényezőnek minősül az egészségügyi intézmények életében, de a lehetőségek még messze nincsenek kihasználva a közszolgálati szervezetekben. A számítógépek megjelenése alapvetően megváltoztatta az addig egyszerűnek tekinthető egészségügyi ellátást. A betegkartonok egyszerű szerkezete és vezetése össze sem hasonlítható azzal az adatmennyiséggel, amely a mai finanszírozási rendszerben alapvetően jelentendő adatnak tekintendő. A digitalizáció tényezésének látványos eredménye, hogy ez alapján a mai Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térben a beteg ellátása érdekében szinte bárhol elérhetővé váltak az adataink. Az egészségügyi dokumentumok, adatok elérhetősége megrémíti az egészségügyi dolgozókat, egy részük nehezen éli meg ezt a fajta változást és az ebből adódó ismeretek megszerzésének a kényszerét. Másrészt az informatikai rendszerek egyfajta minőségi munkára kényszerítik a dolgozókat, hiszen az elvégzett tevékenység hatása és hatékonysága ellenőrizhetővé válik. Az adatok széleskörű kereshetővé válásával egy új szemlélet jelent meg.

Az egészségügyi ellátórendszer fogalma, működése

Ez az a témakör, amelyről a legtöbb vitát folytatják, és amiről szívesen mondják, hogy ez az egészségügy szervezetének a fejlesztéséről szól. Ez azonban csak a látzat, hiszen nem a teljes egészségügyről, hanem arról a finanszírozással szorosan összefonódó szervezeti formáról szól, amelyekben az orvos–beteg kapcsolatok megvalósulnak, ahol a gyógyítás vagy a gondozás (preventív vagy korrekciós tevékenységek, stb.) különböző szintjei létrejönnek. Kialakultak az idők folyamán olyan ellátási szintek, amelyek összehangolása, irányítása, fejlesztése valóban a leginkább szemléletessé teszi mindazon problémákat, amelyek az egész ágazatot jellemzik.

A magyar egészségügyi ellátórendszer a WHO ajánlásának megfelelően alapellátásra és szakellátásra különül el. A szakellátás két területe a járó- és fekvőbeteg szakellátás. A szűrővizsgálaton résztvevőknek és a betegeknek ezeken a szinteken szükséges eligazodniuk.

Az egészségügyi alapellátás feladata a hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, a beteg nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül a beteg lakóhelyén vagy annak közelében végzett egészségügyi ellátás. Az alapellátáshoz közvetlenül a háziorvosi, a fogorvosi, a védőnői és az iskolaorvosi szolgálat tartozik. Az állam a közszolgálati feladatok ellátását jellemzően vállalkozói formában működő

szolgáltatóknak finanszírozza. A háziorvosi ellátás alapvetően kétszereplős szervezetekben valósul meg. A kialakított szervezet a lineáris szervezeti struktúra elemeit ölti magára, és felemás gazdálkodási szervezetnek tekinthető. A háziorvosi szolgáltatók általánosságban olyan for-profit szervezetek, amelyek közösségi tulajdonnal gazdálkodnak. Az egészségügyi szolgáltatók közül a háziorvosi szolgálatok számára engedélyezték először a 2000. évi II. törvény rendelkezése alapján az egyéni vállalkozói vagy gazdálkodó szervezeti formában megvalósuló működést. Ez a működési forma azzal jár együtt, hogy a praxisnak kell kigazdálkodni a működésükhöz szükséges feltételrendszerét, ezért például csak a nagyon nyereséges háziorvosi szolgálatok engedhetik meg maguknak, hogy ápolón kívül adminisztrátort is alkalmazzanak. Az 1996-os ágyszám-törvény, majd a 2006. évi ellátás fejlesztési törvény hatására közel 21 ezer ágyat vontak ki a fekvőbeteg ellátásból (Ágoston, és mtsai., 2009). Ezen kapacitáshiány kompenzálására hozták létre 1996-ban az otthoni szakápolás szervezeteit, amely háziorvos elrendelése alapján valósulhat meg, de egyéb szakellátásnak minősül. 2004-től létrejött az otthoni hospice ellátás. A szakápolói szolgálat otthoni környezetben, személyre szabottan, szakszerű ápolást nyújt a háziorvos szakmai felügyelete mellett. A jól működő otthoni ellátási rendszerrel valóban csökkenthető a kórházak túlterheltsége, de a gyakorlat számos új problémát hoz a felszínre. Az idősödő társadalomban egyre inkább összefonódik a szociális gondozás és az otthoni betegápolás, amelyet részben egészségügyi, másrészt önkormányzati feladatként látnak el, és megállapítható, hogy egyre több a piaci alapon működtetett ellátó-gondozó intézmény.

A szakellátás klasszikus értelemben két részterületre különíthető el a járó- és fekvőbeteg szakellátásra. A járóbeteg ellátás keretein belül alapvetően orvosi beutalóval érkezhettek a betegek ambuláns ellátására, szűrővizsgálatokra, vagy a krónikus betegségek gondozására. Ennek a szintnek a fejlesztése komoly minőségi eredményeket hozhatna, egyelőre azonban sem a humán erő ellátása, sem a kapacitása nem éri el a kívánt szintet.

A fekvőbeteg ellátás elsősorban a kórházakban valósul meg, amelyek mára bonyolult és „magasan tagolt” bürokratikus szervezetekké váltak, amelyek irányítása, összehangolása rendkívül nehéz feladat és finanszírozása problémák tömegét hozza magával. Sokat mond Cristie Hofner megállapítása, aki szerint „A jelenlegi állapot megőrzése kockázatosabb, mint a változás” (Baráth, 2008). A szervezetek, jelen esetben a kórházak alkalmazkodóképességének elérése és fejlesztése érdekében a szándékos és céltudatos változtatásokkal képesek lennének a kórházak reagálni a környezet és a saját működésük által generált kihívásokra (Polónyi, 2015).

Ezekkel a szintekkel azonban még nem teljes az egészségügyi ellátórendszer, és ez mutatja, hogy a teljes struktúrának legfontosabb, de nem teljes elemei a fenti szolgáltatók. Elég megemlíteni azokat a szakszolgálatokat, amelyek valamennyi szint működéséhez ma már elengedhetetlenek. Ilyenek elsősorban a labor, a képalkotói diagnosztikai, az informatika szolgáltatások.

Az egészségügyi ágazat korszerűsítésének elengedhetetlen részét képezik más társadalmi alrendszerek, amelyeknek vannak ide kapcsolódó szervezetei. Ilyen az oktatás, a kutatás intézményei, a népegészségügyi szolgálatok működése, és nem utolsósorban az egyre inkább egészségiparnak tekintett gyógyszergyártás, segédeszközök gyártása és forgalmazása.

A néhány kiemelt társadalmi vizsgálati szempont

Milyen a humánerőforrás gazdálkodás, fejlesztés?

Sajnálatosan nagy a szakember hiány, alacsony az anyagi megbecsülés, hiányosak vagy nem állnak rendelkezésre a megfelelő működési feltételek, stb. Ezek indokolják egy átfogó felmérés készítését, amelyben nemcsak a hiányosságok feltérképezése, hanem az elhivatottság meglétének vagy hiányosságainak mértékét is megtudhatnánk. Ehhez szempontokat ad Horváth Zsuzsanna – Hollósy-Vadász Gábor: Közzolgálati motivációs modellek tesztelése útelemzéssel munkája. Az általuk kidolgozott Közzolgálati motiváció=Public Service Motivation = azaz a PSM modell a nemzetközi és hazai közzolgálati dolgozók elégedettség vizsgálatához az alábbi szempontokat ajánlja:

- közzolgálati motiváció (jelentése szerint a munkavállalókat arra ösztönzi, hogy olyan közzolgálati szervezeteknél dolgozzanak, melyek küldetésének középontjában a közösség áll);
- a munka társadalmi hatásainak észlelése (a munkavállaló által végzett munka milyen hatással van másokra és a társadalomra, illetve a munkavállaló ezt hogyan észleli).
- a magas jövedelem fontossága (a munkavállaló fontosnak tartja-e, hogy a munkájával magas jövedelemre tegyen szert);
- munkahelyi szervezeti elkötelezettség (egyéni erő, ami megerősíti a személy szervezet iránti lojalitását; a továbbiakban szervezeti elkötelezettség). Ezt a vizsgálatot a szakszemélyzet minden szintjén érdemes lenne egy reprezentatív felmérés keretében elvégezni, egyúttal a területi eredményeket is elemezni. (Horváth & Hollósy-Vadász, 2019)

Van-e stratégiája az egészségügyi ágazatnak?

Felvetődik a klasszikus menedzsment feladatok közül, hogy vajon van-e valójában stratégiája az egészségügyi ágazatnak? Feltételezzük, hogy nincs átfogó, hosszú távú stratégia, vagy legalábbis nem teljes. Ebből adódik a további kérdés, kinek kellene elkészítenie?

Erre is lehet menedzsment tudományból és gyakorlatból válaszokat keresni. Elsősorban a New Public Management szemléletének az érvényesítésével (Rosta, 2012).

Minden eddigi vizsgált szempontunk alapján a nagy kihívás az eredményes szervezeti működés elérése. Ennek érdekében nagyon fontos szerepe van a megfelelően kialakított és működtetett szervezeteknek, koordinációs mechanizmusoknak. Említhetünk jó példaként nemzetközi szervezetfejlesztést, amely egy nagy mátrixon belül többféle szintű és szerkezetű struktúrát képes koordinálni (Csiki, 2018).

A szervezetfejlesztés definíciós problémái az egészségügyben

A fenti megállapítások alapján látható, hogy nehéz ma a magyar egészségügy szervezeti formáját meghatározni, hiszen valamennyi, a vezetéstudományban ismert szervezeti formát megtalálhatjuk az egyes szakterületek működésében. Az Európai Unió egészségügyi szervezeteinek a tipológiájánál elsősorban abból indulnak ki, hogy milyen a centralizáció foka, miközben az általunk is megjelölt szakterületeket

vették az intézményi, az irányítási, a tervezési, stb. vizsgálatokban iránymutatónak. A magyar irányítási rendszer – annak ellenére, hogy legtöbbször centralizált volt – elég gyakran változott. Gondoljunk arra, hogy hol önkormányzati, hol holdingirányítású kórházaink voltak, de nem volt a konszernforma bevezetésére kezdeményezés, amelyben az alárendelő és egyenrangú viszonyok megférnek, és amelyben a mátrix szervezet működtetésének a formája is összeilleszthető (tevékenység típusú és/vagy terület típusú működés, stb.)

A vizsgálati aspektusokat – noha nem teljes körűek – elég sokrétűnek tartva, elég szembetűnően mutatja, hogy egy jelentős szempont kimaradt. Nevezetesen annak értelmezése hogyan valósítható meg a menedzsment feladatok az egészségügyi ágazat szervezetének korszerűsítésében, irányításában, vezetésében, koordinációjában, ellenőrzésében, stb. A részek kidolgozására többen vállalkoztak, de, ha nincs jó stratégiája, a részek nem adják meg az egész felépítés stabilitását. Az utóbbi években több kiváló menedzsment szemléletű elemzés is megjelent, például Dózsa Csaba több tanulmánya az egészségügyi struktúra átalakításáról.

Összegzőként most azonban azt idézem, amelyben a teljes ágazatra elfogadható koncepciót foglalta össze Baráth Lajos (2008). Szerinte a megoldást az jelentené, ha a mereven hierarchikus rendszert a mátrix szervezet megoldási variánsai váltanák fel, amelyekben belül a funkcionális szervezeti elemek jellemzőek. Szerinte a kórházi struktúra korszerűsítésének legfontosabb lépése a bürokratikus és túlzottan „magas”, hierarchikus kórházi szervezeteket kevésbé bürokratikus „laposabb” szervezetté átalakítani. Elképzelése alapján ezzel csökkenteni lehetne az adminisztrációt, a dolgozói teamek elszigetelődését, valamint a döntési jogkörök centralizáltságát. A korszerűtlen szervezeti struktúra átalakítása a betegellátás érdekében és a célravezető munkafolyamatok végzése miatt elkerülhetetlen, s ezáltal a szervezet hatékony működése szempontjából fontos kezdeményezések gyorsabban érvényesülhetnek.

Összefoglalás

Az egészségügyi szervezetek környezetét vizsgálva megállapíthatjuk, hogy az rendkívül komplex. A környezeti szegmensek eltérő értékűek és más-más magatartásmintát képviselnek. A különböző érdekek és elvárások nehezen rendezhetőek össze. A mindenkori nemzetgazdaság állapota elsősorban magas korlátokat, de nagy lehetőségeket is hordoz magában az ágazat mozgástere szempontjából. Az átrendeződés alapvetően pénzügyi alapú, de mégis magába foglal bizonyos vezetési-szervezési feladatokat, amelyek megoldása az egyes szolgáltatók esetében más-más szemléletet kíván.

Jelen tanulmányban elsősorban a szervezeti szintű változások indokoltságát szeretnénk volna alátámasztani (Elbert, Karoliny, Farkas, & Poór, 1999). Úgy véljük, hogy a szándékos és céltudatos változtatásokkal a szervezet képes reagálni a környezetre és a saját működése által generált kihívásokra, s ezzel a szervezet alkalmazkodóképességének fejlesztése és az egyének viselkedésében bekövetkező változások elérhetővé céllá válhatnak. Ugyanakkor minden változás megtervezése és bevezetése konfliktusokat hordoz magában, és ezekre a konfliktusokra valamilyen feloldást kell keresni. A Kurt Lewin által erőter-analízisnek elnevezett modell a változás során a

befolyásoló tényezőket azonosítja, amelyek lehetnek hajtó-, és fékezőerők, valamint az erők által egyensúlyban tartott szervezet. A hajtóerők erősödését és a fékezőerők gyengülését tudatosan is befolyásolhatja a menedzsment, ami segítheti egy jól működő szervezet, egy társadalmilag determinált alrendszer működtetését.

Irodalomjegyzék

1. Ágoston, I., Vas, G., Imhof, G., Endrei, D., Betlehem, J., & Boncz, I. (2009). A magyar egészségügyi kapacitások törvényi szabályozásainak változásai. Egészségügyi Gazdasági szemle, 3-7.
2. Antal-Mokos, Z., Balaton, K., Drótos, G., & Tari, E. (1997). Stratégia és szervezet. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
3. Baráth, L. (2008). Az egészségügy és a kórház, mint szervezet kihívásai a XXI. században. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 10-12.
4. Berde, C. (2015). Szakértői szervezetek autonómiája. TAYLOR: GAZDÁLKODÁS- ÉS SZERVEZÉSTUDOMÁNYI FOLYÓIRAT, 36-42.
5. Bodnár, V., Révész, É., & Horváthné Varga Polyák, C. (dátum nélkül.). Kontorlling az egészségügyben. TÁMOP : E-book.
6. Boncz, I. (2012). Egészségügyi finanszírozási, menedzsment és minőségbiztosítási alapismeretek. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
7. Csiki, G. (2018. július 31.). Portfolio.hu. Forrás: A magyar, aki Európa egészségügyét alakítja: <https://www.portfolio.hu/impakt/20180731/a-magyar-aki-europa-egeszsegugyet-alakitja-292732>
8. Elbert, N., Karoliny, M., Farkas, F., & Poór, J. (1999). Személyzeti/emberi erőforrás menedzsment kézikönyv. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
9. Horváth, Z., & Hollósy-Vadász, G. (2019). Közszolgálati motivációs modellek tesztelése útelemzéssel. Statisztikai szemle, 269-287.
10. Polónyi, I. (2015). Változtatásmenedzsment - a minőségügyi rendszerek bevezetése és fejlesztése kapcsán - az egészségügyben. Magyar Minőség, 49-61.
11. Rosta, M. (2012). Innováció, adaptáció és imitáció az új közszolgálati menedzsment. Budapest: Aula Kiadó.

Az egészségügyi ágazat reformjának eddigi legfontosabb jogszabályai: 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

2000. évi II. törvény az önálló orvosi tevékenységről

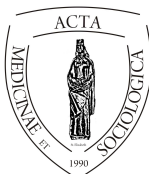
2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról

43/1999. (III.3) Korm. rendelet Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól

6/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról

39/2016. (XII. 21.) EMMI rendelet EMMI rendelet az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térrel kapcsolatos részletes szabályokról

43/2003. ESzCsM r. a gyógyintézetek működési rendjéről, illetve a szakmai vezető testületéről



Quality of Life of Patients with Arrhythmia

Chloubová Ivana¹, Bulava Alan²

¹ University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Sciences, Institute of Nursing, Midwifery and Urgent Care

² University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Sciences, Institute of Nursing, Midwifery and Urgent Care

INFO

Chloubová Ivana
chloubo@zsf.jcu.cz

Keywords:
Quality of life,
arrhythmia, health,
restlessness

ABSTRACT

Abstract.

Introduction: Quality of life must be perceived in two levels - objective and subjective. Heart arrhythmia is a disease of the cardiovascular system that, by its subjective and objective symptoms, can affect the individual's life physically, mentally, and also socially. It can limit a person in his or her everyday activities or in activities that make them happy or satisfied.

Objectives: The aim of the research was to map the quality of life of patients with arrhythmia and to verify whether the duration of arrhythmia has an effect on the quality of life of patients with arrhythmia.

Methods: A standardized ASTA (Arrhythmia - Specific Questionnaire in Tachycardia and Arrhythmias) questionnaire was used to collect quantitative data. The research group consisted of adult patients diagnosed with heart arrhythmia, hospitalized at the Department of Cardiology of the Ceske Budejovice Hospital (Nemocnice České Budějovice a.s.). A total of 127 valid questionnaires were used for data processing.

Results: The research revealed that the most common symptom of arrhythmia in 58% cases was rapid heartbeat, irregular heartbeat, and a sense of heart failure. Most respondents agreed with the claim that heart rhythm disorder makes it impossible for them to perform work, study, and perform daily life activities. No statistically significant differences were found in the evaluation of the influence of the arrhythmia duration on the patients' quality of life.

Conclusions: Arrhythmia duration in the selected sample does not affect the overall health status and quality of life measured by the ASTA series questionnaires. Arrhythmia restricts the patient to perform work tasks, study, and perform daily life activities.

Introduction

The quality of life must be perceived in two levels - objective and subjective. The subjective quality of life is about human emotionality and general satisfaction with life, while the objective one considers fulfilment of the requirements regarding material and social conditions of life, social status, and physical health (Payne, 2005). For medicine and health care, the definitions that correspond to the World Health Organization (WHO) understanding of health are relevant, with health not defined only as an absence of illness, but as a state of complete physical, psychological, and social well-being (Health 2020). The quality of life is the state the individual perceives with respect to the value systems and cultural habits and traditions in which he or she lives, in relation to his or her personal goals, expectations, interests, and lifestyle (Ustun, 1994). The concept of the quality of life has been used in medicine since the 1970s, specifically in relation to the medical and health care interventions provided. Doctors are interested in the quality of life of people with various illnesses or the impact of their therapy on the quality of life of the treated persons.

Heart arrhythmia is a disease of the cardiovascular system that, by its subjective and objective symptoms, can affect the individual's life physically, mentally, and also socially. It can limit a person in their everyday activities or in activities that make them happy or satisfied. Arrhythmias mean disturbances of heart rhythm that can be divided according to various criteria (Sovová et al., 2004). The simplest division is based on the frequency of heart rhythm, with a heart rate lower than 50 / min. being called bradyarrhythmia; on the contrary, tachyarrhythmia is characterized by a frequency greater than 100 / min. Arrhythmias occur as either paroxysmal, non-permanent (ventricular tachycardia up to 30 s), incessant (continuous, usually longer than 12 hours), or permanent (usually with ventricular tachycardia over 30 s) (Bulava, 2017).

Chrobák et al. (2007) describes clinical manifestations of tachyarrhythmia as unpleasant subjective feelings of the patient - the patient usually complains about palpitations that may or may not be accompanied by chest pain and shortness of breath. Patients usually report increased fatigue, reduced load tolerance, sometimes presyncope or even syncope (sudden transient loss of consciousness). Bradyarrhythmias are manifested by a slow pulse; they may cause weakness, nausea, fainting, unpleasant eye sensations (seeing stars), vertigo, or a complete syncope. Patients often describe the subjective feeling of fatigue, faintness, lack of performance, or dyspnoea.

The tools that can measure the quality of life are different. A questionnaire survey seems to be the most suitable. Currently, the most widely used questionnaire is SF 36, which is a widely used tool for determining health-related quality of life. In addition, specific questionnaires are used for a particular type of illness; e.g. to measure the quality of life of patients with arrhythmia (AST) (Arrhythmia - Specific Questionnaire in Tachycardia and Arrhythmias) is used. This questionnaire focuses on problems with heart rhythm disorders, monitoring the symptoms specific to arrhythmia and the quality of life related to health in patients with heart rhythm disorders. The questionnaire was designed by Ulla Walfridsson (Linköping, Sweden) and it is divided into three parts.

The research maps the quality of life of patients with cardiac arrhythmia and the possibilities of nursing interventions in the provision of nursing care. The thesis brings a complex view of the problematics of the life quality of patients suffering from arrhythmia when this is not only a medical problem but it also influences patient's mental and social well-being.

Methods

“Questionnaire”. The standardized ASTA (Arrhythmia - Specific Questionnaire in Tachycardia and Arrhythmias) was used to collect quantitative data, focusing on heart rhythm disorders, monitoring the symptoms specific to arrhythmia and the quality of life related to health in patients with heart rhythm disorders. The questionnaire was designed by Ulla Walfridsson (Linköping, Sweden) and it is divided into three parts (an original version in Czech was also delivered). The questionnaire consists of 23 questions, with the question identifying the symptoms of the disease having 9 sub-questions. The structure of the questions is similar; the respondent is asked to mark one variation of the answer; one question allows the respondent to mark more answers. Two questions are constructed as filtering - if a positive answer to the question asked is chosen, the respondent is provided with extra space to fill additional statement in. The questionnaire is divided into three parts; the first one identifies the duration of the heart rhythm disorders and possible medication, the second part follows the specific symptoms of arrhythmia (typical and maximum duration of arrhythmia, dyspnoea, fatigue, chest pressure, restlessness, anxiety, weakness, faintness, consciousness disorder, etc.), and the third part of the questionnaire focuses on problems with heart arrhythmias in the context of coping with everyday activities. The questions asked are comprehensible and the questionnaire completion takes approximately 20 minutes. The research was carried out during the years 2016-2017.

Characteristics of the Research Group

The research group consisted of adult patients diagnosed with heart arrhythmia, hospitalized at the Department of Cardiology of the Ceske Budejovice Hospital (*Nemocnice České Budějovice a.s.*). There were 160 respondents addressed; 148 respondents were willing to fill in the questionnaire. Of the 148 submitted questionnaires, 21 questionnaires were filled in incompletely, 127 valid questionnaires were used to process the data. The age structure of the patients was in the range of their years of birth between 1939 - 1985; 29 respondents did not state their age (the age was not a direct part of the standardized questionnaire and it was voluntary for the respondents, for the age criterion was not further considered statistically). The ASTA questionnaire did not contain any further identification information about the respondents.

Statistical Analysis of Quantitative Data

After the completed questionnaires were collected, they were visually inspected and the incompletely filled ones were sorted out. Subsequently, the data was entered into a pre-prepared matrix in the SASD (Statistical Analysis of Social Data) program. In accordance with the methodological recommendation, analyses based on the 1st and 2nd sorting stage were performed to evaluate the results of the research. The following variables were evaluated in the first sorting:

- 1) burden scale (ASTA symptom burden scale) - overall score
- 2) quality of life related to health (ASTA quality of life related to health) - overall score
- 3) quality of life related to health (ASTA quality of life related to health) – physical dimension
- 4) quality of life related to health (ASTA quality of life related to health) – mental dimension.

Calculations of absolute and relative frequencies were performed, including mean values (variance, mean, standard deviation).

Within the second sorting scale, the possible relationships between the selected variables were analysed. Through the Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk tests, the normal distribution was first tested and on the basis of its results the relations between the variables were analysed by the Kruskal-Wallis test at the significance level $P < 0.05$. To test the statistically significant relationship between ordinal characters, the Pearson's chi-squared test was used. At the same time, the symmetry of the relationship and the measure of the effect were analysed.

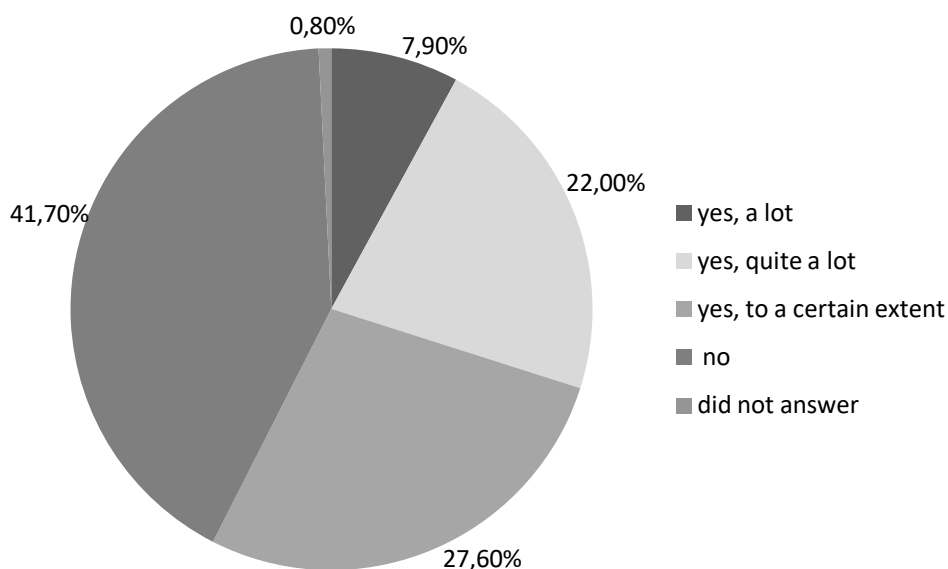
Results

The incidence of the heart rhythm disorder less than a week ago was reported in 30 (24%) respondents; 25 respondents (20%) reported a heart rhythm disorder one or more times a day. In 22 respondents (17%) the heart rhythm disorder was permanent, 15 (12%) had rhythm disorders less than a month ago, 17 (13%) respondents experienced it 1 to 3 months ago, 11 (9%) 3 to 6 months ago, 4 (3%) 6 to 12 months ago, and 3 (2%) respondents experienced it more than 12 months ago. All 127 (100%) respondents answered this question.

The duration of the heart rhythm disorder lasted less than 1 hour in 46 (36%); 33 (26%) respondents reported the duration of the heart rhythm disorder at the interval of 1 to 7 hours. In 19 (15%) of respondents, the arrhythmia lasted from 7 to 24 hours, 8 respondents (6%) experienced arrhythmia for 24 hours to 2 days, and in 5 (3%) respondents the heart rhythm disorder lasted 2 to 7 days. 14 (11%) respondents have a heart rhythm disorder lasting for over 7 days.

The most common symptom of arrhythmia was rapid heartbeat in 74 (58%), followed by irregular heartbeat and a sense of heart failure one or more times. These two symptoms occurred identically in 48 (38%) cases. More rapid heartbeat than usual was marked 41 times (33%). The symptom of a short episode of heart rhythm

disorder lasting less than 1 minute occurred in 13 (10%), 5 (4%) reported the sensation of regular heartbeat. 11 respondents (9%) did not feel any of these symptoms. Most respondents agreed with the claim that their heart rhythm disorder makes it impossible for them to perform work, study, and perform activities of their daily life (ADL) (figure 1).



n=127

Figure 1 Inability to perform work, study, and ADL in a arrhythmia

In the assessment of their own life situation in connection with the occurrence of their heart rhythm disorder, most respondents stated that they did not experience deterioration in their life situation (figure2). Most respondents agreed that heart rhythm disturbances prevent them from performing work tasks, studying and performing ADL (daily life activities). Yes, a lot, 10 (7.9%) respondents chose the answer, yes, quite a lot of 28 (22.0%) respondents and yes, to a certain extent 35 (27.6%) respondents. 53 (41.7%) respondents chose no. Of the 127 (100%) respondents, 1 (0.8%) did not respond to this question.

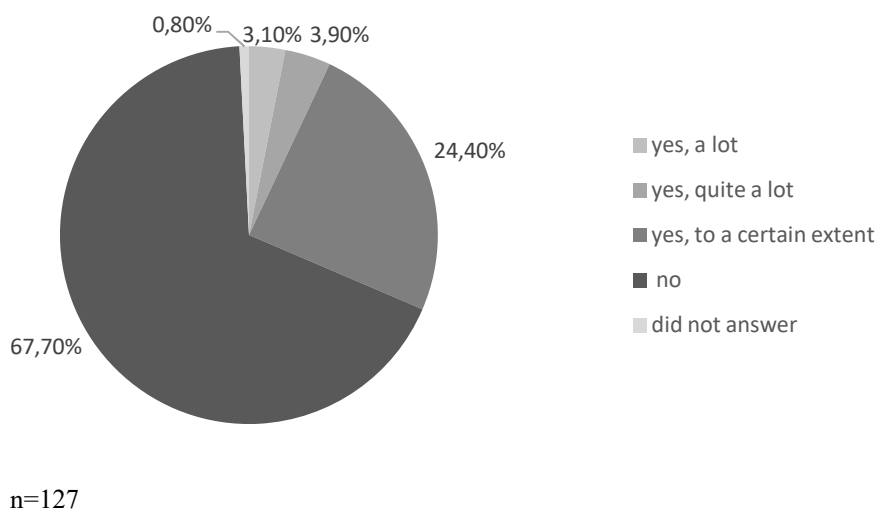


Figure 2 Worsening of the life situation in connection with the occurrence of a arrhythmia

The majority of respondents did not worsen the life situation due to the occurrence of heart rhythm disorder. 86 (67.7%) respondents chose no. Yes, a lot, 4 (3.1%) respondents chose the answer, yes, quite a lot of 5 (3.9%) respondents and yes, to a certain extent 31 (24.4%) respondents. Of the 127 (100%) respondents, 1 (0.8%) did not respond to this question.

One of the evaluated criteria was also the quality of their sleep (figure3).

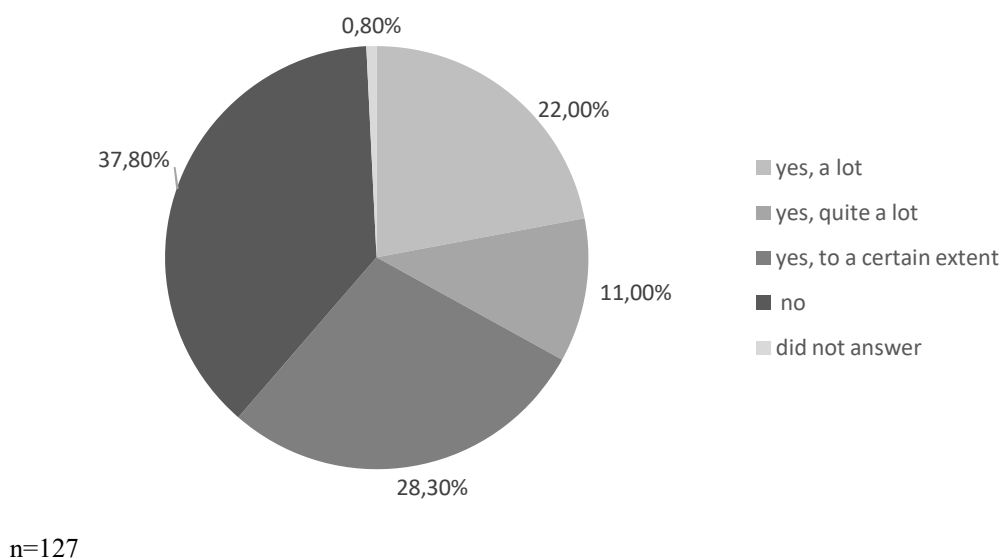


Figure 3 Occurrence of sleep disorders

Most respondents have sleep disorders. Yes, many, 28 (22.0%) respondents, yes, quite a lot of 14 (11.0%) respondents and yes, to some extent 36 (28.3%) respondents. 48 (37.8%) respondents chose no. Of the 127 (100%) respondents, 1 (0.8%) did not respond to this question.

It was further investigated whether the duration of arrhythmia had an impact on the health status and quality of life of the individual. From the point of view of the duration of arrhythmia, the group was divided into three groups according to the duration of the arrhythmia. The distribution of the respondents by category was fairly balanced (table 1,2).

| | frequency (N, %) |
|-----------------------|------------------|
| Permanent, daily | 47 (37 %) |
| A week or a month ago | 45 (35 %) |
| More than a month ago | 35 (28 %) |
| All | 127 (100 %) |

Table 1 Duration of arrhythmia

In terms of the duration of the arrhythmia, the group was divided into 3 parts according to the categories permanent or once or several times each day, duration one week to a month and more than a month ago. The distribution of respondents by categories was relatively balanced.

| | Duration of arrhythmia | | | Significance value* |
|---|------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| | Permanent, daily | A week or a month ago | More than a month ago | |
| ASTAsymp_BS ASTA symptom burden scale – total score | 8,21 | 7,11 | 7,21 | ,269 |
| ASTAHRQOL ASTA quality of life related to health - overall score | 13,36 | 10,00 | 10,79 | ,186 |
| ASTAHRQOL_P ASTA health-related quality of life - physical dimension | 5,78 | 4,78 | 3,85 | ,071 |
| ASTAHRQOL_M ASTA quality of life related to health - mental dimension | 7,45 | 5,22 | 6,94 | ,265 |

* Kruskal Wallis test $p < 0,05$.

Table 2 Health status and quality of life

In terms of the duration of arrhythmia, 127 respondents were divided into 3 parts according to the categories permanent or once or several times each day (47 respondents), duration one week to a month (45 respondents) and more than a month (35 respondents). The distribution of respondents by categories is relatively balanced.

To verify the hypothesis, the distribution of variables was tested. Since the variables tested were not of normal distribution, non-parametric tests were used (Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk).

Analysis of individual categories according to the length of arrhythmia in individual ASTA dimensions was performed. Simultaneously, mean and standard deviation calculations were performed to compare individual dimensions in terms of arrhythmia duration.

The association between the duration of the arrhythmia and the overall burden symptom scale score and quality of life according to the ASTA series was tested by the Kruskal Wallis test at a significance level of $p < 0.05$.

Significance in each category was ASTAsymp_BS ASTA symptom burden scale (overall score) 0, 269, ASTAHRQOL ASTA health quality of life (overall score) 0, 186, ASTAHRQOL_P ASTA health quality of life (physical dimension) 0, 071 and ASTAHRQOL_M ASTA Health-related quality of life (mental dimension) 0, 265. Despite the graphic differences in the individual variables of the ASTA series, no statistically significant differences were found. This means that the duration of arrhythmia in a given sample does not affect the general health and quality of life measured by the ASTA series.

The distribution of respondents by categories is relatively balanced. Variable distribution testing was performed. Since the variables tested were not of normal distribution, non-parametric tests were used (Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk). Analysis of individual categories according to the length of arrhythmia in individual ASTA dimensions was performed. Simultaneously, mean and standard deviation calculations were performed to compare individual dimensions in terms of arrhythmia duration. The association between the duration of the arrhythmia and the overall burden symptom scale score and quality of life according to the ASTA series was tested by the Kruskal Wallis test at a significance level of $p < 0.05$.

Discussion

The aim of the study was to map the quality of life of patients with heart arrhythmias. The quantitative research was focused on problems with heart rhythm disorders, following the symptoms specific to arrhythmia and the quality of life related to health in patients with heart rhythm disorders. With the help of the standardized ASTA (Arrhythmia - Specific Questionnaire in Tachycardia and Arrhythmias) questionnaire, the symptoms and changes in the quality of life, perceived by the respondents, were described. Given that the questionnaire did not contain any identification data, the respondents could complete the year of birth (the age structure of the pa-

tients was in the range of their years of birth between 1939 - 1985); even the gender stratification of the monitored group cannot be evaluated. Because the ASTA standardized questionnaire was used in the original version and these identifiers were not added, we accepted the deficit of these possible relationships when processing statistical data.

Táborský (2015) states that arrhythmias occur either as paroxysmal, non-permanent (ventricular tachycardia up to 30 s), incessant (continuous, usually longer than 12 hours), or permanent (usually with ventricular tachycardia over 30 s); similarly, 17% of respondents suffered from a permanent heart rhythm disorder, 23% reported they had arrhythmia less than a week ago, 19% said they had a heart rhythm disorder one or more times a day. Other respondents reported that they had arrhythmias in the interval of less than one month to more than 12 months ago.

Since the first part of the ASTA questionnaire focused on finding the frequency and duration of arrhythmia, we perceived the duration factor of arrhythmia as a significant factor affecting the quality of life. In quantitative analysis, it was found that the duration of arrhythmia does not affect the quality of life of the patient with arrhythmia. The reported accompanying symptoms of heart rhythm disorder are also reported by the respondents in the questionnaire, where, for example, 58% of the respondents said the most significant manifestation of their disease is "rapid heartbeat" (palpitation). These findings were not surprising to us because even professional literature (Chrobák, 2007) lists palpitation as one of the leading symptoms of arrhythmia. Other symptoms of arrhythmias in the ASTA questionnaire were headache or dizziness, dyspnoea, weakness and faintness, fatigue, restlessness and anxiety. Also, Aliot (2014) in the AFEQT (Atrial Fibrillation Effect on Fibrillation Effect on Quality of Life) observed the symptoms that affect the quality of life of patients with atrial fibrillation and the use of measuring tools to assess the quality of life (depending on age and treatment). Also, other symptoms of arrhythmia can limit patients. Only 27% of the respondents reported that they did not experience fatigue and 28% of the patients with arrhythmias did not feel weakness or faintness. These other manifestations may limit the patient with arrhythmia in satisfaction of his or her own needs. During arrhythmia, patients are partially limited in their physiological needs (sleep), the need for certainty and safety may be slightly affected by temporary hospitalization or physical constraints. One of the significant physiological needs of a person is the need for sleep and rest (Tóthová et al., 2014). 61% of the questionnaire respondents said they had problems with their sleep. Pospíchal (2018) states that in his group of patients with ischemic heart disease who underwent coronary examination, most of the patients reported the feelings of anxiety (or fear). Similarly to our research group, it was the fear of the future, the fear of incurability of the illness, the fear of the return of the disease. Another limitation in the life of a patient with arrhythmia may be the limitation of working ability. Some contexts have already been described in connection with the anxiety and inability to perform work or study duties. Chrobák et al. (2007) indicates that dyspnoea is one of the possible symptoms of arrhythmia. 43% of the respondents in the questionnaire survey stated that they did not suffer from dyspnoea when moving; 3/4 of the respondents neglected dyspnoea at rest. Pospíchal (2018) considers breathing problems as one of the significant limitations in the life of a patient with ischemic heart disease. 1/4 of the respondents

of his research reported breathing problems or associated it with a chest pressure. Change of the patients' quality of life can also be caused by a consciousness disorder during heart rhythm disorders. Bulava (2017) states that heart arrhythmia may be one of the most common mechanisms leading to syncope. More than a quarter of the respondents in our study experienced a presyncope or syncope in connection with arrhythmia. Considering that many of these patients have long been using anticoagulant therapy for atrial fibrillation, sudden loss of consciousness and life-threatening injuries associated with subsequent bleeding may occur. The deterioration of the life situation in connection with the occurrence of a heart rhythm disorder (as one of the possibilities of life limitation) was denied by 67% of the respondents in the questionnaire survey. This proves that if the arrhythmia is not permanent, there does not have to be any significant limitations with an impact on the life situation. Another limitation in the life of a patient with arrhythmia may induce stress. Pospíchal (2018) states that in his group of patients with ischemic heart disease who underwent coronary examination, most of the patients reported the feelings of anxiety (or fear). In our research, 53% of the respondents said they did not feel the fear of dying.

At present, the concept of the quality of life is predominantly oriented to the medical plane. Doctors are interested in the quality of life of people with various illnesses or the impact of their therapy on the quality of life of the treated persons. Hnilicová (2005) states that the main focus of monitoring the quality of life in healthcare is oriented to the area of physical and psychosomatic health. Monitoring the subjectively assessed quality of life of the patient with arrhythmia allows nurses to complement the complex view of the patient and it makes it easier for nurses to plan and provide individualized nursing care.

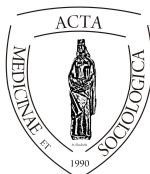
Conclusion

The presence of heart arrhythmias significantly affects the quality of life. Heart arrhythmia restricts the patient to perform work tasks, study, and perform daily life activities. However, the sample did not show that the duration of the arrhythmia has any impact on the overall health status and quality of life measured by the ASTA series questionnaires.

References

1. ALIOT, E. G., BOTTO, L., CRIJNS, H. J., KIRCHHOF, P., 2014. *Quality of life in patients with atrial fibrillation: how to assess it and how to improve it EP Europace*, Volume 16, Issue 6, 1 June 2014, Pages 787–796,
2. BECH, P., 1993. *Rating Scale for Psychopathology, Health Status and Quality of Life*. In A Compendium on Documentation in Accordance with the DSM-III-R and WHO System. Berlin: Springer.
3. BULAVA, A. 2017. *Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Grada Publishing. 1. vyd. 224 s. ISBN 978-80-271-0468-0.

4. DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C., 1997. Kvalita života. Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. *Česká a slovenská psychiatrie*, 93, 2, s. 102-208. ISSN 1212-0383.
5. HEŘMANOVÁ, E., 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON. 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0.
6. HNILICOVÁ, H., 2005. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. In: Payne, J.. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
7. CHROBÁK et al., 2007. *Propedeutika vnitřního lékařství*. Praha: Grada. 243 s. [ISBN 978-80-247-1309-0](#).
8. PAYNE, J. a kol. 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
9. POSPÍCHAL, J. 2018. *Porovnání kvality života a tíže onemocnění u pacientů se stabilní ischemickou chorobou srdeční podstupující koronarografické vyšetření*. Dizertační práce. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.
10. ROSLOVÁ, H a kol., 2013. *Preventivní kardiologie: v kostce*. Praha: Axonite CZ. 248 s. ISBN 978-80-904899-5-0.
11. TÁBORSKÝ, M. a kol., 2015. *Novinky v kardiologii*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta - Medical Services. 302 s. ISBN 978-80-204-3712-9.
12. TÓTHOVÁ, V. a kol., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 223 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
13. USTUN, TB., COOPER, JE, DUUREN – KRISTEN S. VAN, HENDERSHOT, G., SATORIUS, M., 1994. *Revision of the ICDIDH; Mental health aspect*. 7th European Symposium, Viena AEP.



Health Consciousness. Health Education as a Special Case of Social Responsibility

Egészségtudatos magatartás. Az egészségre nevelés, mint a társadalmi felelősségvállalás speciális esete

Libicki Éva¹, Tim Attila²

¹ Mentőtiszt Bsc, Egészségügyi Tanár Msc; Országos Mentőszolgálat, Hajdúszoboszló

² Mentőápoló, Elsősegély Oktató, BLS-AED Instruktör; Országos Mentőszolgálat, Debrecen

INFO

Libicki Éva
libicki.eva@gmail.com

Keywords

cot death, simulation
based education, health
education, resuscitation
of infants

ABSTRACT

Abstract. *Aim:* In 2017, the infant death was .0039 and 0.3% of them was caused by cot death. The only chance for these infants to survive is early recognition and immediate intervention by laymen. Consequently, parents and carers are to be trained. Our research examined the efficiency of education into this emergency situation. Our aim was to highlight the key role of education which can promote health consciousness.

Methods: Efficiency was examined in two target groups. Traditional education was provided for one of the groups, while phantom simulators were used in the other one. Questionnaires and interviews revealed the respondents' experience (n=421). The results were analysed with statistical methods.

Results: Teaching with simulation proved to be more efficient and popular than traditional education.

Conclusion: Our results reflect that simulation based education is highly needed. Education on prevention, which teaches the basics of health education, paves the way to health consciousness and health behaviour.

Kulcsszavak

bölcsőhalál, szimulációs
oktatás, egészségnevelés,
egészségtudatos magatar-
tás, csecsemő újraélesztés

Absztrakt. Célkitűzés. Magyarországon a csecsemőhalandóság 2017-ben 3,9 ezrelék volt, ebből a bölcsőhalál 0,3%. A korai felismerés és a laikusok azonnali beavatkozása az egyedüli esély a csecsemők túlélésére; erre a szülőket, gondozókat kell kiképezni. Kutatásunk során az oktatásunk

hatékonyságát vizsgáltuk. Célunk, hogy rávilágítsunk az oktatás kulcsfontosságára, ami megalapozza az egészségtudatosságot.

Módszer. A hatékonyságot két célcsoportban vizsgáltuk. Az egyik csoport hagyományos oktatásban részesült; a másikban szimulációs fantomokat alkalmaztunk. Kérdőívek, valamint interjúk keretében tártuk fel a tapasztalatokat (n=421). Az eredményeket statisztikai módszerekkel elemeztük ki.

Eredmények. Bebizonyosodott, hogy a szimulációs oktatás hatékonyabb és népszerűbb, mint a hagyományos.

Következtetések. Az eredmények azt tükrözik, hogy az oktatásra nagy szükség van. Az egészségtudatos magatartás alapja a prevenció oktatás, ahol az egészségnevelés alapjait ismertetjük meg a társadalom tagjait.

Bevezetés

A társadalom egyes tagjainak egészségtudatossága rendkívüli jelentőséggel bír. Számos korábbi tanulmány foglalkozik ezen adatok feldolgozásával, mivel mind az egészségmegőrzés, mind pedig a prevenció területén kiemelkedő fontosságúak. Az egészségtudatosság generációkon keresztül átívelő olyan fontos fogalom, amely bizonyos esetekben akár életet is menthet. Kutatásomban speciális esetek kerülnek bemutatásra, amelyek következtetései egy későbbi, nagyobb horderejű tudományos vizsgálatot készítenek elő, illetve vezetnek be. Tudományos munkám során vizsgálni fogom, hogy a szociokulturális és szociodemográfiai jellemzők, valamint a gazdasági aktivitás milyensége hogyan alakítja az egyén önminősített jóllétét, egészségtudatos magatartását.

„Az egészség nem csupán a betegség hiánya, hanem a teljes testi, lelki és szociális jóllét állapota.” (WHO definíció, 1948). Egészségünk talán az egyik legfontosabb olyan alapszükséglet, amelynek folyamatos odafigyelésre, tudatos fenntartása van szüksége. Az egészségtudatos magatartás az egyén viselkedésének, egyéni szemléletének, valamint tevékenységeinek összessége, amely során arra törekszik, hogy minél tovább maradhasson egészséges. Ez az attitűd tanulható és tanulandó. Az egészségtudatos egyén élete során olyan döntéseket hoz, amelyekben mindig szem előtt tartja és érvényesíti az egészség tanult és ismerni vélt szempontjait, a saját maga és egyúttal környezet érdekében is. A megfelelően tájékozott és aktív egészségnevelésben részt vett egyén szokásait tudatosan kontrollálja, valamint aktívan részt vesz saját és környezete egészségének fejlesztésében. A tudatos kontroll magába foglalja pl. a helyes táplálkozást, a rendszeres testmozgást, az egészségkárosító magatartások kerülését. Az egészségtudatosság fontos része a betegségek felismerése, a betegségtudat, valamint szükség esetén az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos alapvető ismeretek, ilyen pl. az ellátórendszer igénybevételének lehetőségei, ill. a betegjogok. Az egészségtudatos egyén egyik legfontosabb tulajdonsága, hogy elsajátítja az

önsegítés képességét, valamint a képességeihez mért, és tőle elvárható szintű *laikus segítségnyújtást*.

Az egészség tehát nem kizárólag egy passzív, kongenitális állapot, hanem egy olyan értéke az egyénnek, amely megfelelő egészségneveléssel folyamatosan javítható és fejleszthető. Az egészségnevelés egy olyan komplex folyamat, amely egyaránt tartalmazhat direkt, valamint indirekt módszereket is, és a szocializáció minden színterén megjelenhet. Ezt a folyamatot egységesen kiemelkedő jelentőségűnek tartják, ezért törvénymódosítások, valamint kormányrendeletek is születtek a szabályozás tekintetében. A 243/2003. (XII. 17.) kormányrendelet 11. § 8. pontja kimondja: A közoktatásról szóló törvény 48. § (1) bekezdés alapján az egészségnevelésben és környezeti nevelésben meghatározottak bevezetése valamennyi iskola valamennyi évfolyamán a 2004/2005. tanévtől kezdődően kötelező. A 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről továbbá kimondja: „A köznevelés közszolgálat, amely a felnövekvő nemzedék érdekében a magyar társadalom hosszú távú fejlődésének feltételeit teremti meg, és amelynek általános kereteit és garanciáit az állam biztosítja. A köznevelés egészét a tudás, az igazságosság, a rend, a szabadság, a méltányosság, a szolidaritás erkölcsi és szellemi értékei, az egyenlő bánásmód, valamint a fenntartható fejlődésre és az egészséges életmódra nevelés határozzák meg. A köznevelés egyetemlegesen szolgálja a közjót és a mások jogait tiszteletben tartó egyéni célokat.”

A 2013-ban kiadott, módosított Nemzeti Alaptanterv (243/2003. (XII. 17.) Korm. rendelet a Nemzeti alaptanterv kiadásáról, bevezetéséről és alkalmazásáról) immár magába foglalja a testi és lelki egészség témakörét, amelynek alapja az egészségre nevelés köznevelési intézményekbe történő bevezetése. Ez a módosítás hivatott biztosítani azt, hogy az egészséges életre történő nevelés, illetve az egészség védelmét szolgáló tananyag bekerüljön az iskolák helyi tantervébe.

Az egészségmagatartás egyik legfőbb célja, hogy az egyén saját életteni egyensúlyát fenntartsa; valamint az életvezetését meghatározó elvei, értékei érvényesüljenek, így a testi és a lelki folyamatok egyensúlyba kerüljenek, és ezt az egyensúlyt képes legyen megtartani. Ennek a harmonikus összhangnak a megtartása nagyban függ az egyén modern életformára adott válaszára, mivel az egyre terjedő civilizációs betegségek folyamatosan nehezítik ezt a folyamatot. Az egyik legmeghatározóbb tényező az egyén személyisége, amelyet számtalan rizikótényező jellemezhet. Az egészség szempontjából káros tényező lehet a stressz- illetve konfliktusközpontú életvitel, az önismereti, önértékelési problémák, a kompenzáció talaján kialakuló káros magatartásformák, egészségkárosító szenvedélybetegségek. Megfelelő egészségtudatosság esetén ezek a rizikótényezők ellensúlyozhatóak; reális önismerettel, megfelelő önértékeléssel és szigorú belső kontrollal. Ezek az ún. protektív tényezők, amelyek hatékony preventív attitűddel erősíthetőek, illetve tanulhatóak.

Az egészségvédelem szempontjából is kiemelkedő jelentőséggel bír az oktatás. A családi színterén történő szocializációs folyamatokkal párhuzamosan az iskola is megjelenik, mint színtér, ezért az egészségvédelemmel, valamint az egészségtudatos magatartással kapcsolatos prevenciós oktatás folyamatos jelenléte meghatározó lehet a különböző életkorokban zajló pedagógiai folyamatok során. Az egészségnevelést már kisgyermekkorban célszerű megalapozni; azonban ügyelni kell arra, hogy mindig az adott életkornak megfelelő szintű és nyelvezetű legyen az oktatás.

A kifejezetten egészségügyi szakképzést folytató oktatási intézmények mind a köznevelésben, mind pedig a felsőoktatásban nagy hangsúlyt fektetnek arra, hogy a hallgatók elméleti tudását és gyakorlati ismereteit megfelelően integrálják, valamint fejlesszék a kritikus gondolkodást és a problémamegoldó készséget. Az ilyen képzések mellett azonban nagy hangsúlyt kell fektetni a laikusok oktatására is. Az egészségtudatos egyén képes arra, hogy segítsen saját magán (önsegítés), de emellett képes arra is, hogy meghatározott helyzetekben megfelelően tudjon reagálni, és másokon is tudjon segíteni. Ennek egyik legfontosabb pillére a prevenció, aminek segítségével óriási fejlődés érhető el az egyén egészségtudatos magatartásának terén.

Oktatástechnológiai szempontból nem szabad figyelmen kívül hagyni a célközönség összetételét; pl. milyen korúak, milyen neműek, milyen szinten jártasak az adott témában. Az elsősegélynyújtás oktatása az egyik legfontosabb prevenciós témakör, ami az egészségnevelés szerves részét képezi. Nem csupán az egyén egészségének a megóvása a cél, hanem törekedni kell arra is, hogy egészségügyi vészhelyzet esetén mindenki képes legyen a tőle elvárható módon reagálni, illetve beavatkozni. Különös gondossággal kell eljárni gyermekek esetében, hiszen ők életkorukból adódóan még nem képesek megfelelő önsegítésre. A családszerkezet központját, valamint a család egységes harmóniáját jelentő gyermekek egészsége, védelme, megóvása, nevelése mindig nagy hangsúlyt kell, hogy kapjon. Az őket nevelő szülőket, gondozókat kell kiképezni arra, hogy egy-egy ilyen vészhelyzet esetén megfelelően tudjanak reagálni, hiszen sok esetben a gyermek élete is múlhat ezen. Ez természetesen oktatáson keresztül valósulhat meg. Az oktatástechnológia kérdése itt jelenik meg, hiszen feltételezzük, hogy laikusokat fogunk oktatni, tehát nem rendelkeznek egészségügyi szakmai tapasztalattal, vagy akár nevelési kérdésekben is kezdőnek számítanak. Célszerű tehát érthető, egyszerű nyelvezetet használni; magyarázat formájában bemutatni az egyes gyermekkorban előforduló leggyakoribb kórképeket, valamint azokat a vészhelyzeteket, amelyek veszélyeztethetik a gyermek életét. A frontális módszert mindenképpen célszerű csoportmunkával ötvözni, és a lehető legtöbb szemléltető eszközt használni. A legalkalmasabb erre a szimulációs oktatás.

A szimulációs oktatás jelentősége igen széles körben elterjedt; elsősorban az egészségügyi oktatás keretein belül, de találkozhatunk vele más tudományok területén is. Alapja, hogy nem csupán elméleti síkon közelíti meg az adott témát, hanem több szempontból is vizsgálja, elemzi; majd kisebb egységekre bontva külön-külön is bemutatásra kerül egy-egy részlet. A tanulóknak így lehetőségük van arra, hogy a folyamatot egészében átlássák, majd az egyes részeket külön is gyakorolják. A szimulációs oktatás gyakorlat orientált oktatási forma, amely hatékonyan segíti elő a tanultak elmélyítését.

A szimulációs oktatás

Magyarországon 10.000 csecsemőből évente megközelítőleg 3 hal meg bölcsőhalál következtében (Statisztikai tükör 2017). Egyértelmű bizonyítékok jelzik azt, hogy az időben történő felismerés, és már a laikus szinten történő azonnali életmentő beavatkozás az egyedüli lehetőség a csecsemők hosszú távú károsodás nélküli túlélésére. A

laikus oktatás elterjedése hazánkban egyelőre nem túl gyakori. A túlélési lánc azonban egyértelműen rávilágít arra, hogy akár felnőtt, akár gyermek, csecsemő esetében az újraélesztés kimenetelét döntően meghatározza, hogy a keringésmegállás késlekedés nélküli felismerését követően, azonnali és hatékony alapszintű újraélesztést kell kezdeni. Egy csecsemő esetében erre a szülőket, gondozókat kell kiképezni, ám felméréseinkből kiderül, hogy célzottan a csecsemőkorban előforduló, életet veszélyeztető kórképek beavatkozására vonatkozóan, sem a terhesgondozás alatt, sem pedig a szülést követően nem kapnak akár orvosi, vagy védőnői felkészítést. A bölcsőhalál ismeretében, lakossági kezdeményezés hatására, az Országos Mentőszolgálat dolgozói ingyenes előadásokat tartanak ebben a témában. Az oktatás során PowerPoint előadás kerül bemutatásra, videókkal, rövid filmekkel, közbeiktatott, valós idejű skill gyakorlatokkal, folyamatos kérdészi lehetőséggel, interaktív gyakorlással, csecsemő szimulációs fantomokon.

A szimulációs oktatás hatékonyságát két célcsoportban vizsgáltuk. Az egyik csoport hagyományos oktatási formában részesült, frontális előadás keretében, szemléltető eszközök, gyakorlás nélkül, a helyi védőnői szolgálat szervezésében. A másik csoport oktatását az Országos Mentőszolgálat önkéntes debreceni sürgősségi szakápolójával együttműködve tartjuk havi rendszerességgel. Mindkét csoportban anonim önkéntes kérdőívek kerültek kitöltésre, valamint személyes interjúk keretében, kötött kérdés-sorozattal tártuk fel a résztvevők véleményét, tapasztalatait. Az eredményeket statisztikai módszerekkel összesítettük, majd grafikonokon tüntettük fel a legfontosabbakat.

Kutatásom célja, hogy rávilágítsak a *szimulációs oktatás kulcsfontosságára*, valamint bemutassam az adatok tükrében, hogy a hagyományos oktatási forma ebben az esetben nem éri el azt a hatékonyságot, ami biztosítja a tanultak elmélyítését. Az oktatástechnológia korszerűségének és hatékonyságának bemutatásán túl célom továbbá, hogy az eredmények tükrében egy részletesebb, átfogóbb vizsgálatot készítssek elő, amely az egészségtudatos magatartás, valamint az egészségre nevelés megoszlását mutatja különböző társadalmi rétegekben.

Oktatástechnológia

Az oktatástechnológia fontos szerepet tölt be az oktatási folyamatban, és a kor előrehaladtával ez egyre inkább összefonódott a műszaki technika fejlődésével. A tanítás-tanulási folyamat alapja, hogy a lehető legtöbb ismeretet, tudást, készséget, képességet adjunk át és szerezzünk meg. Az oktatástechnológia célja a megfelelő oktatási környezetben az oktatás hatékonyságának fokozása. Az oktatástechnológia definíciója magába foglalja a tanulás elősegítésére és a tanulói teljesítmények fokozására szolgáló ismereteket és az ehhez kapcsolódó gyakorlatokat a megfelelő technológiai eljárások és források megteremtésével, használatával (Falus 2007). Az oktatástechnológia megfelelő alkalmazásának alapvető feltétele a korszerű tárgykörismeret és az ismeretek optimális átadási rendszerének megtervezése, megszervezése, végrehajtása és értékelése. Az oktatástechnológiának szintén nagyon fontos része a taneszközök helyes megválasztása és alkalmazása (Betlehem 2015; Betlehem 2014).

Az elmúlt években több európai országban is hallhattunk a szimulációról, mint oktatási módszerről. Évtizedekkel ezelőtt még csak néhány ágazat kapcsán olvashattunk erről (például repülés, hajózás), napjainkban viszont széles körben elterjedt más olyan képzésekben is, ahol a tanulási folyamatot nagyban segíthetik a valóságot modellező módszerek. Az elsősegélynyújtás oktatása során a szimulációs technikák előtérbe kerültek. A szimulációt sokféle módon lehet értelmezni, éppen ezért a módszerek és eszközök csoportosítása eltérő lehet. Alapvetően megkülönböztetünk feladat alapú és esemény alapú szimulációs módszereket (Borján, Mészáros és Rigó 2015). A *feladat alapú* oktatás során egyetlen beavatkozás elsajátítására és gyakorlására alkalmas eszközről van szó (általában egyetlen testrész). Itt a manuális készségek elsajátítása és az adott beavatkozás szabályos kivitelezésének gyakorlása a fő cél. Az *esemény alapú* eszközök közé soroljuk a standardizált beteget, ahol a beteg szerepét hitelesen játszani képes, képzett imitátorok alakítják (Csoka és Deutsch 2011). Ide tartozik a hibrid szimuláció is, ami egy standardizált beteg és egy feladat orientált szimulációs eszköz együttes alkalmazását jelenti (Betlehem 2015).

Az elsősegélynyújtás oktatásában több okból kifolyólag is érdemes szimulációt alkalmazni. Az egyik a biztonság, hiszen tantermi keretek között szimulálhatunk olyan szituációkat, helyszíneket, melyek a valóságban nem biztonságosak. A másik ok a valósághűség, melyen azt értjük, hogy az elsősegélynyújtás képzéseken olyan szituációkat teremtsünk, melyek a döntési folyamatban, vagy a látványosságban a valóságot modellezik (Falus 2007). A szimulációs oktatás felépítésében több részre tagolódik: *elméleti háttér* előadások keretében, *skill* gyakorlatok és *scenariók*. Az előadások során az oktató részleteiben elmagyarázza a tananyag elméleti háttérét. A skill gyakorlatok során a részkészségek fejlesztésére kerül sor, az ebben való jártasság kerül előtérbe (Betlehem 2015). A scenariók egy előre megírt forgatókönyv szerint zajlanak, az elméleti és gyakorlati tudás együttes gyakorlására ad lehetőséget (Ködmön 2014).

Szimulációs oktatás az egészségügyben

A szimuláció egy fontos tanítási módszertan; amely kitölti az űrt az elmélet és a gyakorlat között, az egészségügyi oktatásban. A szimuláció alapú oktatás olyan strukturált, tanuláscentrikus környezetet biztosít, ahol a teljesen kezdő, középhaladó és haladó tanulók is gyakorolhatnak anélkül, hogy a betegekben bármilyen kárt tennének. A szisztematikus elemzések azt jelzik, hogy a szimuláció alapú oktatás fejleszti a tudást és a gyakorlati készségeket is, ráadásul a betegek állapotában is javulást hozhatnak a későbbiekben. A szimuláció haszna és előnyei egyértelműen visszatükröződnek abban, hogy az orvosi iskolák egyre növekvő számban alkalmazzák, mint tanítási módszertant (Ködmön 2014). Ez a tanulmány röviden bemutatja a szimuláció alapú oktatást. A felsőoktatásban alkalmazott oktatási technikák a szimuláció alapú oktatásban is alkalmazhatóak, mivel a szimulációs környezetek megtervezése lehetővé teszi az egyre nehezedő kihívásokat egy kontrollált környezetben, ahol a visszajelzésekre is figyelmet fordítanak az oktatók. A szimulációs alapú oktatás

biztosítja továbbá a gyakorlati elemek szociális és hatásos szemléltetését. Ez a módszer fejleszti a tanulókat, azonban a szimulációs környezetet meghatározott keretek között kell létrehozni, hogy a módszer elérje a kívánt célt (Ködmön 2014).

Az orvosi és egészségügyi oktatás hagyományosan a betegekkel való kapcsolaton alapszik. Az egészségügyi ellátás változásai, illetve a valódi betegek elérhetősége, vagy inkább elérhetetlensége vezetett a szimulációs betegek bevezetéséhez. Ezt egészíti ki az a tény, hogy a klinikai vizsgálatok standardizálása eléggé hiányos, így nem lehet elég következtetést levonni, amely segítené a gyakorlati oktatást (Falus 2007). A szimulációs betegek olyan szakmabeli emberek, akiket valós betegek alakítására képeznek ki, valósághű módon; speciális betegségek illetve állapotok bemutatására. Ez sokszor egységes módon történik, meghatározott előadásmód alapján, ami az oktatás során nem változik. A szimulációs vagy egységesített betegek mára már mindenhol jelen vannak az egészségügyi képzési programokban (Betlehem 2014). Alkalmazásuk alapvetően az orvoscépzés elméletében szerepel, beleértve a gyakorlati tanulást, a gyakorlatszerzést és a szituációhoz kötött tanulást. A szimulációs betegek rendkívül tanításközpontúak, és nagy hangsúlyt fektetnek a megfelelő értékelésre is; mind az egyetemi, mind a posztgraduális képzés során; és minden egyéb oktatási folyamatban is, különböző kontextusban és kultúrákban egyaránt. A szimulációs betegeket alkalmazzák a konzultációk, a klinikai és gyakorlati készségek oktatása és értékelése során; szimulációs környezetek kialakításával. A tanítás és tanulás igen széles skáláján mozognak, az egyszerű kommunikációs gyakorlatoktól egészen a magasabb szintű összetettebb gyakorlatokig. Minden szimulációs beteg egyfajta szerepet játszik, de ezzel egy időben értékeli a tanuló által nyújtott teljesítményt, és megfelelő visszacsatolást ad a szituációról (Betlehem 2015). Az egészségügyi oktatás ilyen magas szintjén rendkívül fontos, hogy a szimulációs betegek megfelelően legyenek felkészítve, kiképezve, alkalmazva; és folyamatosan biztosítva legyenek az új emberek is (Borján, Mészáros és Rigó 2015).

Szimulációs oktatás a laikusok körében

Az egészségügyi és egyéb tudományos képzések mellett egyre jobban elterjed a laikusok oktatása. Laikus alatt jelen esetben az egészségügyi előképzettség nélküli embereket értjük. Külföldön és hazánkban is megfigyelhető, hogy egyre több munkahelyen tartanak elsősegély oktatást, a kötelező munkavédelmi oktatás mellett. Az elsősegély többnyire az adott munkahely sajátosságaira épül, de tartalmazza az alapvető segítségnyújtáshoz szükséges fogásokat; pl. betegvizsgálat, eszméletlen beteg ellátása, alapszintű újraélesztés, segélykérés. Különösen fontos, hogy az oktatási intézmények pedagógusai, dolgozói szintén részt vegyenek ezeken a képzéseken, hiszen a különböző életkorban lévő gyermekek ellátása speciális sajátosságokat igényel. A nevelés-oktatás szakemberei mellett kiemelkedő fontosságú, hogy az oktatásba a szülőket, nevelőket, gondozókat is bevonjuk, hiszen a gyermekek idejük nagy részét otthon töltik.

Újszülött- és csecsemő-újraélesztés oktatása laikusoknak

Az oktatás kezdeményezése

A hazai statisztikai adatok szerint Magyarországon évente kb. 3 csecsemő hal meg bölcsőhalál következtében (Statisztikai tükör 2017). A bölcsőhalál számos hazai és külföldi egyetem munkacsoportjának folyamatos kutatási területe. Számottevő eredmények születtek a betegség hátterének feltérképezésben, azonban a megelőzésre még nem született konkrét evidencia, csupán néhány következtetés alapján állították fel a javaslatokat, amelyekkel csökkenthető a bölcsőhalál kialakulásának esélye. A rettegett betegség ösztönözte azt a néhány szülőt, hogy kezdeményezze az oktatást, hogy valójában mi is a teendő ebben az esetben. Egy gyermekfelszereléseket forgalmazó áruházlánc képviselője kereste fel az Országos Mentőszolgálat munkatársait, és a megfelelő előkészületeket követően elkezdődtek az előadássorozatok. A mentődolgozók szabadidejükben, civilben és mindennemű térítés nélkül tartják az előadásokat. Az évek során egyre nagyobb létszámban jelennek meg a résztvevő szülők, leendő szülők, nagyszülők, pedagógusok.

Az előadás felépítése

Az előadás szerkezetét és tartalmát a szakmában rendkívül jártas kollégámmal közösen dolgoztuk ki (Tim Attila, Elsősegély oktató; BLS-AED Instruktör; mentőápoló). Ezt követően a Debreceni Egyetem Klinikai Központ Gyermekgyógyászati Klinikájának egyik vezető szakorvosa (Dr. Varga Petra, Csecsemő- és gyermekgyógyász, valamint gyermek intenzív terápiás szakorvos) lektorálta és hagyta jóvá a szakmai részeket. A gyakorlati elemeket is tartalmazó elméleti alapokból PowerPoint bemutató készült, amely az előadás gerincét alkotja. Ez kerül vetítésre és egészül ki magyarázatokkal, tanácsokkal az adott témával kapcsolatban. Minden gyakorlati rész skill formájában kerül bemutatása, videofelvételek, valamint valós idejű bemutatók segítségével. A bemutatáshoz újszülött-, valamint csecsemő- és gyermek szimulációs fantomokat alkalmazunk, amelyeket részletesen ismertetünk a résztvevőkkel, kezükbe vehetik azokat és minden mozdulatot, részkészséget gyakorolhatnak. Az előadások időtartama változó, mivel minden résztvevőnek lehetősége van arra, hogy gyakoroljon a számára megfelelő ideig.

Első lépésben az oktató megszakítás nélkül, valós időben bemutatja az újraélesztés teljes folyamatát, beleértve a légzés és keringés vizsgálatát, a helyesen kivitelezett befújást és mellkaskompressziót, valamint a mentőhívás szabályait. Ezt követően részekre bontja a teljes folyamatot; részletesen és lassabban mutatja be, hogy hogyan kell helyesen levegőt fújni az újszülött tüdejébe; hogyan, milyen mélységben, milyen technikával és ütemben kell lenyomni a mellkasát az újraélesztés alatt. Az önként jelentkező résztvevők ezután a látottak alapján elmondják, és közben instruálják az oktatót, hogy mit csináljon. Végezetül mindenki lehetőséget kap arra, hogy a teljes folyamatot elvégezze, gyakoroljon és elmélyítse a tudását. Ugyanilyen séma alapján zajlik az összes gyakorlati rész bemutatása, mint pl. a légúti idegentest eltávolítás, eszméletlen gyermek pozícionálása.

Az előadás témái

Számos témát igyekeztünk feldolgozni az előadás során, amelyek nagy segítséggel szolgálhatnak a gyermekek elsősegélynyújtásának során.

A bevezető részben tárgyaljuk az életkori sajátosságokat, beleértve az életkori szakaszokat, fiziológiás paramétereket. Ezt követi egy nagyobb összefoglaló rész a bölcsőhalál etiológiájáról, statisztikai adatokról, a megelőzéshez kapcsolódó javaslatokról. Szorosan kapcsolódva ehhez a témához, itt kerül tárgyalásra az újraélesztés folyamata, a betegvizsgálat lépései, teendők légúti idegentest gyanúja esetén. Minden lépés bemutatása a szimulációs fantomok segítségével történik.

Az első nagyobb rész lezárását követően megbeszélésre kerülnek a hőháztartás zavarai; többek között a kihűlés, a lázas állapot, lázgörcs, hóguta, hőkimerülés. A tünetek felismerésén túl részletezzük a teendőket, a legfontosabb lázcsillapítási módszereket, valamint a megelőzés lehetséges eszközeit. A gyermekek esetében gyakran előforduló hányás, hasmenés tünetegyüttes is része az előadásnak; különös tekintettel a kiszáradás okozta problémák elkerülése érdekében.

A következő részletesebb fejezetben bemutatjuk a fulladás leggyakoribb gyermekkori kórképeit; a tünetek felismerését és a lehetséges beavatkozások részleteit. Ebben a részben tárgyaljuk a Croup-szindrómát, a Pseudocroup-szindrómát, a hörghurutot, az aszmát, a tüdőgyulladást, a légúti idegentestet, valamint az allergiás reakciókat.

Az előadás lezáró részében érintjük továbbá a következő fontos témákat: égés, égett gyermek ellátása; szén-monoxid mérgezés veszélyei, tünetei; balesetek, fejsérülések; rovarcsípések. Végezetül hasznos javaslatokat teszünk arra, hogy milyen eszközök legyenek a házi patikában, és részletesen bemutatjuk, hogyan kell megfelelően segítséget hívni, mire kell figyelni mentőhívás során.

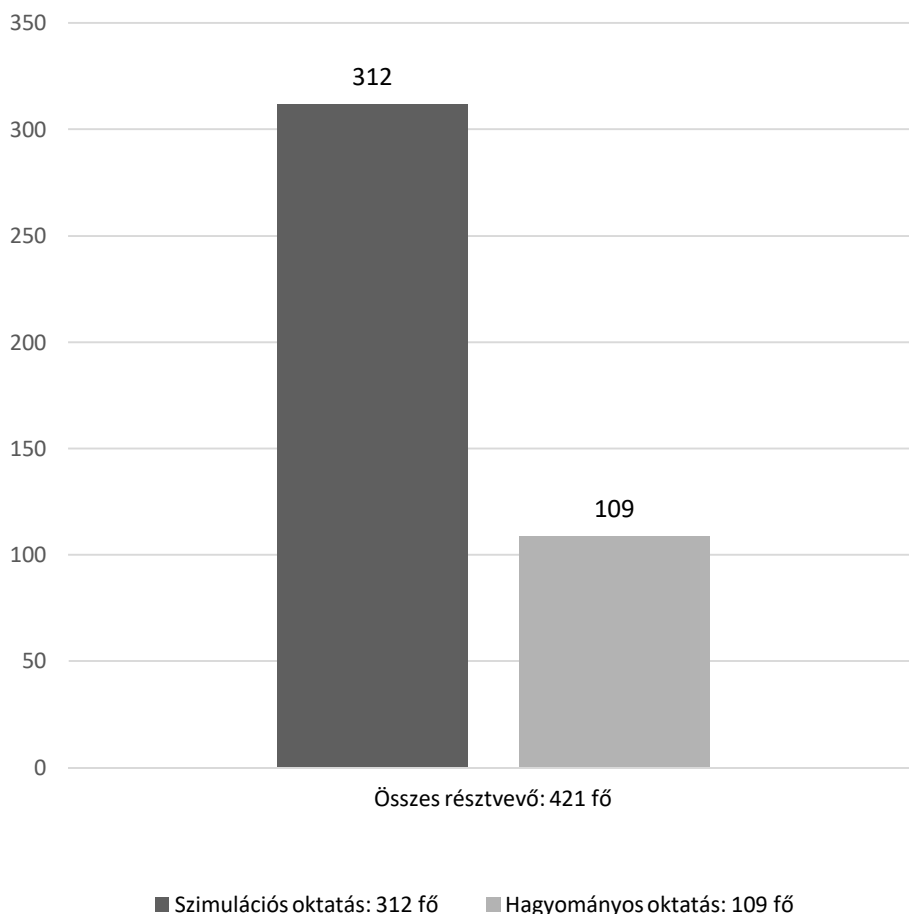
Módszerek

A kutatásban a Hajdú-Bihar, valamint a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyében tartott előadások önkéntesei vettek részt. Két kutatási csoportot vizsgáltam, 2016 és 2017 során.

Az egyik csoport hagyományos oktatási formában részesült; a helyi védőnői hálózat szervezésében. Az előadásaikon előre megbeszélt engedéllyel vettem részt. Szemléltető eszközök nem kerültek bevonásra, számítógépes háttér nem volt; az oktató frontális munkamódban, előadás, valamint magyarázat segítségével mondta el az alapvető elsősegélynyújtási ismereteket. A témák között szerepelt a csecsemő-újraélesztés, a lázas állapot, szoptatási és gondozási tanácsadás, napégés, bőrkkiütések.

A másik csoport a már korábban részletezett szimulációs oktatási formában részesült.

Mindkét oktatási formát követően a résztvevők önkéntes, anonim alapon kérdőívet töltöttek ki. A kérdőíveket összesen 421-en töltötték ki; ebből 312 fő részesült szimulációs oktatásban, 109 fő pedig a hagyományos előadásokon vett részt. Az így kapott eredményeket matematikai statisztika számítások alapján dolgoztam fel. A hipotézisek bemutatásához szükséges adatokat grafikonokon ábrázoltam.



1. táblázat. Az oktatáson résztvevők számának megoszlása.

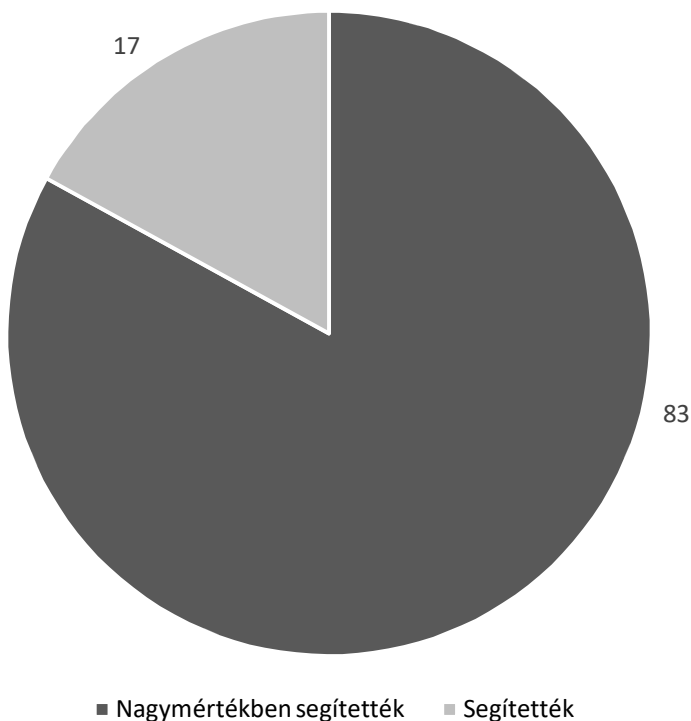
Eredmények

Hipotézisek

1. Feltételezem, hogy a szimulációs oktatás során alkalmazott fantomok nagymértékben segítették a megértést.
2. Feltételezem, hogy a szimulációs oktatásban részesültek szerint ők nagyobb százalékban tudják majd alkalmazni a hallottakat vészhelyzetben.
3. Feltételezem, hogy a hagyományos oktatásban részesültek ugyanolyan arányban tudják felidézni a hallottakat.
4. Feltételezem, hogy a résztvevők szerint az előadások hiánypótlóak.
5. Feltételezem, hogy a résztvevők nagyobb számban értesültek az előadásokról a médián keresztül.

1. hipotézis

A kutatás során vizsgáltam azt a lehetőséget, hogy a szimulációs oktatásnál *alkalmazott fantomok* segítették-e a tanultak elmélyítését, valamint a folyamatok megértését. A hagyományos oktatási forma során a résztvevőknek nem volt lehetőségük gyakorolni; a másik csoportban azonban egyértelműen kiderült, hogy a fantomok alkalmazása nagy segítséget jelentett. A 312 főből 260-an (83%) azt válaszolták, hogy a fantomok nagymértékben segítették a tanultakat.

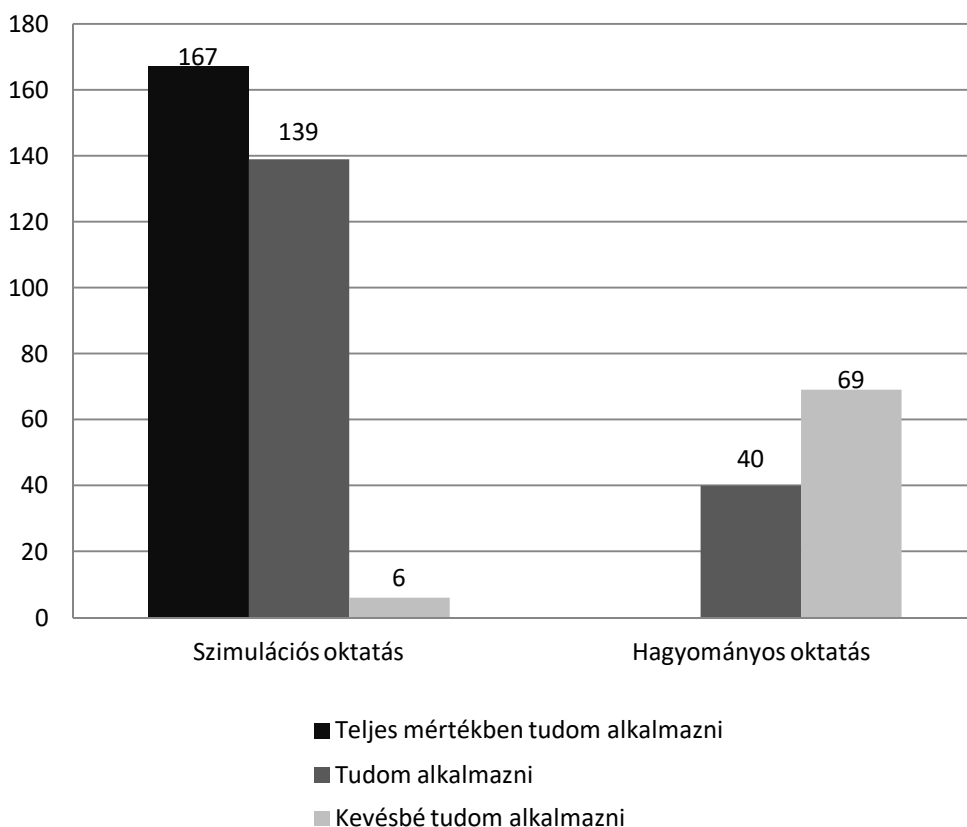


2. táblázat. Mennyire segítették a megértést a szimulációs fantomok?

Ez alapján az első hipotézisem beigazolódott.

2. hipotézis

A kérdőív segítségével felmértem a résztvevők véleményét arról, hogy vészhelyzet esetén szerintük tudják-e majd alkalmazni a bemutatott életmentő beavatkozásokat. Ezt a kérdést külön vizsgáltam mindkét mintacsoportban. A *szimulációs oktatáson* részt vettek közül 53%-ban válaszolták, hogy teljes mértékben tudják alkalmazni, 44% tudja alkalmazni és 6% gondolta úgy, hogy kevésbé fogják tudni alkalmazni. A *hagyományos oktatás* során ettől eltérő eredmények születtek; mindössze 36% válaszolta, hogy tudják majd alkalmazni és 64%-ban érezték úgy, hogy a tudás megszerzése bizonytalan, így kevésbé fogják tudni alkalmazni.

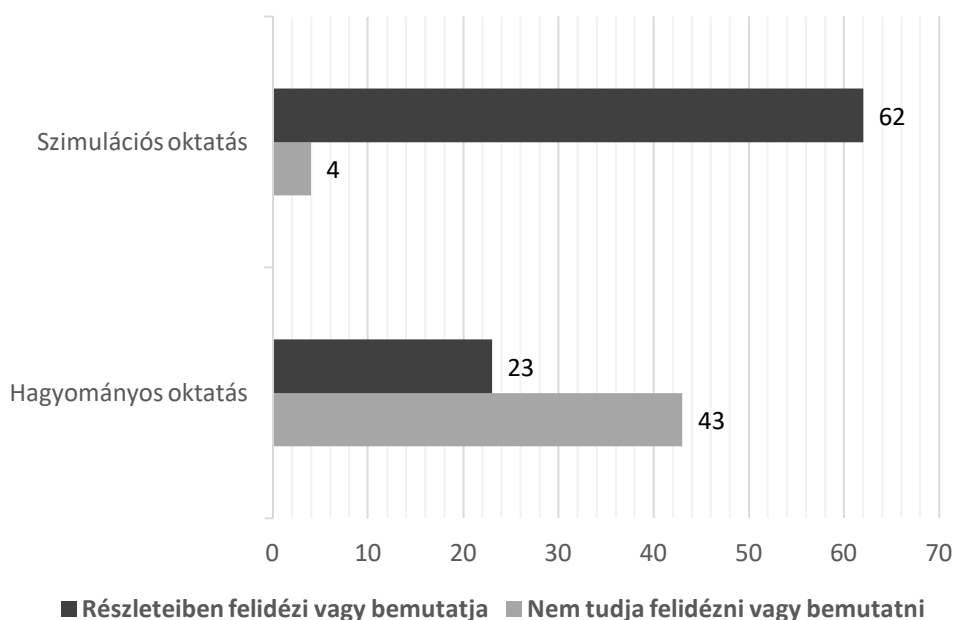


3. táblázat. Ön szerint tudja-e majd alkalmazni a hallottakat vészhelyzetben?

Az eredmények alapján a második hipotézisem is bebizonyosodott.

3. hipotézis

Az előadás tartalmának bármilyen formában történő *felidézést* szintén mindkét csoportban vizsgáltam. Véletlenszerűen kiválasztott, önkéntes résztvevőknek tettem fel ugyanazt a kötött kérdéssorozatot, melyben kitértem a helyesen kivitelezett újraélesztés részleteire, a légúti idegentest eltávolítás protokolljára, valamint a lázgörcs során alkalmazott ellátásra. Elfogadható volt a magyarázat, valamint a szemléltetés is, amennyiben azok helyesnek bizonyultak. Mindkét mintacsoportból 66 fő vett részt ebben a felmérésben. A *szimulációs oktatás* résztvevői közül 62 fő (94%) tudta részleteiben felidézni vagy bemutatni a hallottakat, 4 fő (6%) pedig tévesen vagy egyáltalán nem. A *hagyományos* keretek között zajló előadások résztvevőinek ezúttal is ettől eltérő eredményei születtek; mindössze 23 fő (35%) tudta felidézni (többnyire szóban) az elhangzottakat és 43 fő (65%) alig vagy egyáltalán nem emlékezett arra, hogy az előadó mit és hogyan magyarázott.

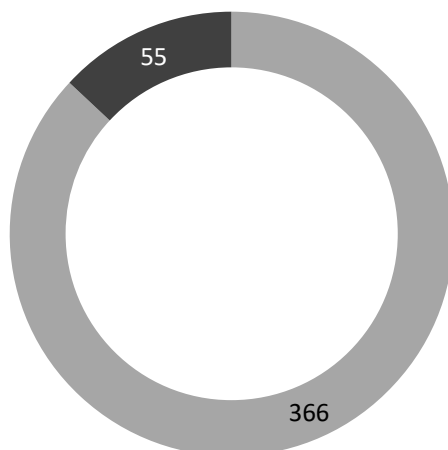


4. táblázat. Az előadás tartalmi felidézésének mintacsoportokon belüli eloszlása.

A kutatás eredményei alapján arra a következtetésre juthatunk, hogy a hagyományos oktatási forma nem bizonyul annyira hatékonnak az ismeretek elmélyítésében, mint a szimulációval támogatott előadás. A szemléltető eszközök nélküli előadás résztvevői majdnem fele olyan arányban tudták felidézni vagy bemutatni a tananyagot, mint a másik mintacsoport tagjai; így ez a feltevés nem igazolódott be.

4. hipotézis

A bevezetés során említésre került az a tény, hogy a laikusok oktatása, főként ebben a témában, egyelőre nem túl gyakori. Előzetes felmérések azt mutatták, hogy a kismamák, szülők sem a terhesgondozás alatt, sem pedig a szülést követően nem kapnak részletes felvilágosítást arról, hogy mi a teendő egyes vészhelyzetek esetében. A védőnői hálózat folyamatosan bővíti a felvilágosító előadásokat, azonban ezek egyelőre elég ritkán kerülnek megrendezésre. A kérdőív segítségével vizsgáltam azt is, hogy a résztvevők mennyire gondolják *hiánypótlónak* ezt a szimulációs előadás-sorozatot. Az eredmények arról tanúskodnak, hogy igen nagymértékben van szükség és főként igény a felkészítésre, hiszen minden leendő szülő, szülő, nagyszülő fontosnak tartja azt, hogy a mentési lánc első beavatkozájaként tisztában legyen a lehető legtöbb ismerettel, amely akár életet mentő is lehet az adott helyzetben. A 421 főből 366-an (86%) jelölték be azt, hogy teljes mértékben hiánypótló az előadás, vagyis ezt megelőzően nem kaptak ez irányú segítséget a témában. További 55 fő (14%) szerint hiánypótló a tananyag, de nem teljesen ismeretlen a számukra.



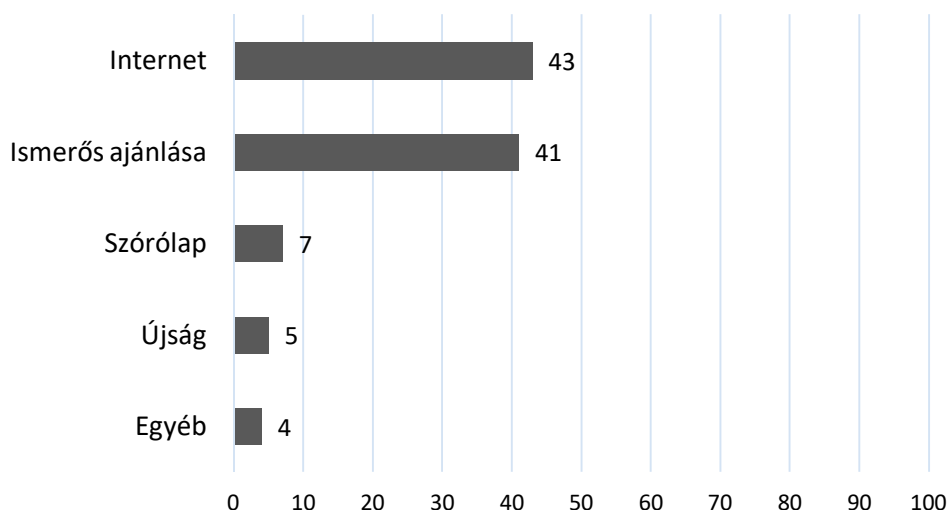
■ Teljes mértékben hiánypótló ■ Hiánypótló

5. táblázat. Hiánypótlónak tartja-e az előadást?

Az elemzés alapján ez a hipotézisem beigazolódott.

5. hipotézis

Az oktatás minősége mellett nagy figyelmet kell fordítani arra, hogy az érdeklődőkhöz eljusson a megfelelő tájékoztatás, így információhoz jussanak azzal kapcsolatosan, hogy hol és mikor tudnak részt venni az éppen esedékes előadáson. Napjaink egyik legnagyobb médiafelülete a nyomtatott, valamint az internetes sajtó. Kutatásom során feltártam azokat az adatokat is, amelyekből láthatjuk, hogy a résztvevők többnyire honnan szereztek *információt* az előadásokról. Feltételezésem szerint nagyobb részben informálódtak a médiából, hiszen ez ma a legelterjedtebb forma, azonban a kutatás kimutatta, hogy az előadásokat látogatók fontosnak tartják, hogy továbbadják az információt ismerősöknek, barátoknak. A különböző sajtófelületek csupán minimális többségben lettek megjelölve válaszként, amelyet szorosan követett az ismerős ajánlása révén történő információszerzés. Ez alátámasztja azt a korábbi hipotézisemet, hogy az érdeklődők hiánypótlónak tartják az előadásokat, mivel fontosnak érzik, hogy másokat is tájékoztassanak. A 421 fő százalékos eloszlása a következők szerint alakult: internet 176 fő (43%), ismerős által 173 fő (41%), szórólap 32 fő (7%), újság 18 fő (4%), egyéb (pl. védőnői hálózat, szülésznői gondozás) 22 fő (5%).



6. táblázat. Honnan értesült az oktatásról?

Az adatok tükrében ez a feltételezésem nem igazolódott be, mivel szignifikáns különbség nem mutatkozott.

A statisztikai adatok alapján pontos elemzésekhez juthatunk arra vonatkozóan, hogy az előadások mennyire népszerűek, mennyire hatékonyak, és hosszú távon milyen eredményeket várhatunk. Prevenció szempontjából fontos, hogy mindig legyen megfelelő felmérés ezekre az adatokra vonatkozóan, mivel ezek segítségével az egészségnevelési programok javíthatóak, fejleszthetőek. A statisztikán túl azonban az életből hozott példákon keresztül is látható, hogy milyen eredményeket hozhat, ha valaki egészségtudatosan él, és mindez a család színterén is megjelenik.

Esetbemutatás

Az oktatás hatékonyságáról számos tanulmány készíthető, különböző statisztikai felmérésekkel nyerhetünk információt arról, hogy az ismeretek átadásának melyek a leghatékonyabb formái. Konkrét esetben azonban nem csak a számok alapján, hanem valós történetek segítségével is meggyőződhetünk arról, hogy az oktatás sikeresnek bizonyult.

Az esetbemutatás az Országos Mentőszolgálat, valamint az érintett család beleegyezésével történik, a szülők utólagos beszámolója alapján.

2015. december elején, az éjszakai órákban hívás érkezik az Országos Mentőszolgálat Debreceni Irányítócsoporthoz; egy édesanya elmondása szerint 3 hónapos kisbabája meredten fekszik a kiságyban, bőre kékes színű, nem lélegzik. Azonnali telefonos betegvizsgálatot követően a mentésirányító vezényelni kezdi az alapszintű újraélesztést, ezzel párhuzamosan pedig a megadott helyszínre riasztja a megfelelő szintű

mentőegységet (rohamkocsi). A mentőegység a helyszínre érkezéskor azt tapasztalja, hogy az édesanya a pelenkázóra fektetett csecsemőn mellkas kompressziókat végez. A protokoll szerinti vizsgálatot követően ballonos-maszkos lélegeztetést alkalmaznak a csecsemőn, amelynek hatására kb. 2-3 perc után visszatér a spontán légzés, javulnak a vitális paraméterek. Megfelelő monitorozás mellett a stabil állapotú csecsemőt és az édesanyát a Debreceni Egyetem Klinika Központ Gyermekgyógyászati Klinika Intenzív Osztályára szállítják. 2016. május közepén az érintett édesanya részt vesz az akkor soron következő előadáson, és többszöri köszönetnyilvánítást követően elmondja az esettel kapcsolatos tapasztalatait. A kisbaba légzésének leállítását légzésfigyelő monitor jelezte. Az életveszélyes állapot észlelésekor a csecsemőt azonnal a pelenkázóra fektette és elkezdte a levegő befújását, valamint a mellkaskompressziókat; ezzel párhuzamosan pedig mobiltelefonon segítséget hívott. Saját elmondása szerint pánikba esni nem volt ideje, és higgadságát annak köszönhetően tudta megőrizni, hogy felidézte a korábbi előadásokon tanultakat; „szinte látta maga előtt, ahogy az oktatáson tartotta a szimulációs babát és nyomta a mellkasát”. A csecsemő szövődmények nélkül, teljesen felépült, azóta is egészségesen fejlődik.

Következtetések

A bemutatott tanulmányokból egyértelműen kiderül, hogy a szimulációs oktatás igen jelentős szereppel bír minden oktatási szinten. A valósághű elméleti és gyakorlati oktatás olyan nagymértékben segíti a készségek fejlesztését, amire az ezt megelőző időszakban nem volt lehetőség. Természetesen az ilyen szintű oktatásnak anyagi vonzata is van, ami sokszor szab határt a megvalósításnak. Különböző pályázatok segítségével az oktatási intézményeknek lehetőségük van mindezt kivitelezni. Magyarországon egyre több ilyen intézményben láthatunk szimuláció alapú oktatást. Ezek közül az egyik legkiemelkedőbb a Pécsi Egyetemen található jelenleg, ahol egy különleges oktatási centrumot hoztak létre az orvostanhallgatók és rezidensek részére. Az itt végzett oktatás jelentős mértékben megváltoztathatja az eddigi eredményeket. Az eddig főként elméleti alapú oktatás mostanra gyakorlat központúvá vált, így az innen kikerült egészségügyi szakemberek anélkül tudnak helyzeteket, szituációkat eljátszani, hogy valós betegeken kellene „gyakorolniuk”. A valósághű szimuláció során megengedett a hibázási lehetőség. Az oktatók az értékelés és visszacsatolás során olyan visszajelzéseket adnak, amelyekből leszűrhetőek a megfelelő következtetések, és a hibák a továbbiakban elkerülhetőek.

A laikusok körében tartott előadások ugyanolyan fontossággal bírnak. A szimulációs oktatás hatékonysága több szinten is bizonyítást nyert a hagyományos módszerrel szemben. A demonstrációs eszközök nagymértékben segítik a megértést, a hosszú távú memóriába történő bevéődést, valamint a későbbiekben alkalmazott felidézést, az információk előhívását. A technológia folyamatos fejlődésével egyre szélesebb körben terjed ez az oktatási forma, és az oktatók egyre több eszközt, módszert tudnak integrálni a nevelési-oktatási folyamatba.

A szimulációs oktatás előnyeit figyelembe véve hazánkban is egyre több intézményben, oktatási programban találkozhatunk ezzel a módszerrel. A résztvevő okta-

tók és hallgatók biztosak lehetnek abban, hogy a jövőben a legmagasabb szintű képzésben vehetnek részt, amellyel a későbbiekben pozitív változásokat hozhatnak nem csak az egészségügyben, de más területeken is.

Az oktatástechnológiai szempontok tehát kiemelkedő jelentőséggel bírnak, és jóval hatékonyabbá teszik a prevenciós előadásokat. Ezek segítségével nagymértékben fejleszthetővé válnak azok a pozitív attitűdök, amelyek hozzájárulnak az egyén egészségtudatos magatartásának kialakításához. Az egészségnevelés nem csak az egyén, hanem a társadalom közös érdeke is, hiszen a szocializációs és közösségi színterek közös metszéspontja azt eredményezi, hogy nem kizárólag magunkon, hanem másokon is szükséges segíteni. A másokon történő segítség; nem csupán egészségügyi területen, olyan társadalmi norma, amely minden egyén számára interiorizációs értékkel kell, hogy váljon. A szocializáció során tehát ez a viselkedés fokozatosan függetlenedik a külső kontrolltól, és saját, belső értékkel válik; ennek eredményeként az ember ösztönösen segítő kezét fog nyújtani embertársa számára, ezzel megőrizve a társadalom alapvető értékeit.

Irodalomjegyzék

1. Betlehem J (2014): Munkahelyi elsősegélynyújtás és balesetvédelem módszertani segédlet. Pécs, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.
2. Betlehem J (2015): Egészségügyi szakmódszertan. Budapest, BME Tanárképző Központ.
3. Borján E, Mészáros J, Rigó J (2015): Valóság-hű páciensszimulátorok alkalmazása a hallgatói teljesítmény értékelésében. Orvosi hetilap (156.), 33: 1335-1340. DOI: <https://doi.org/10.1556/650.2015.30228>
4. Csoka M, Deutsch T (2011): Innovative education: introduction of clinical simulation-based training at the Faculty of Health Sciences. Orvosi hetilap (152.), 10: 27-33. DOI: <https://doi.org/10.1556/oh.2011.29016>
5. Falus I (2007): Didaktika - Elméleti alapok a tanítás tanulásához. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó.
6. Ködmön J (2014): Mentorápoló ismeretek. Debrecen, Debreceni Egyetemi Kiadó.



Social Exclusion of Pervitin Users

Nikola Brandová¹, Alena Kajanová²

¹ University of South Bohemia in České Budějovice: České Budějovice, CZ

² University of South Bohemia in České Budějovice: České Budějovice, CZ

INFO

Nikola Brandová
nikusab@seznam.cz

Keywords

social exclusion; pervitin
users; drugs; public
institution

ABSTRACT

Abstract. The article is based on a qualitative study using narrative interviews with 13 South Bohemian Pervitin users who visit the drug advisory centre. The goal of the article is to describe how social exclusion is subjectively experienced by Pervitin users. The data were processed with the help of grounded theory. The respondents feel to be excluded in a number of normal life areas: they are rejected by their family, friends, and also by public institutions - particularly by the police and by health care facilities.

Social exclusion is accompanied by feelings of guilt and remorse for the users. They are also ashamed of their situation, feeling sorrow and disappointed themselves. In some cases, the users are angry with themselves, in other cases with their surroundings for rejecting them. In both variants, exclusion may constitute an important factor in reducing the users' chances of abstinence.

Kulcsszavak:

kirekesztés, pervitin-
fogyasztók, drog, köz-
szolgáltatások

Absztrakt. A cikk egy kvalitatív kutatásra épül, ami narratív kérdőív segítségével 13 dél-csehországi Pervitin használóval készült, akik rendszeresen ellátogattak a drogprevenció és tanácsadó központba. A cikk célja megmutatni, hogy a Pervitin használók hogyan élik meg a társadalmi kirekesztődést. A válaszadók úgy érzik, hogy a normális élet számos területéről kiszorultak: elutasítja őket a család, a barátaik és a közintézmények, különösképpen a rendőrség és az egészségügyi intézmények.

A társadalmi kirekesztődéssel együtt jár a büntudat és a felhasználók iránt érzett sajnálat. Szégyellik a helyzetüket, szomorúak és csalódottak magukban. Van, hogy magukra haragszanak, van, hogy a környezetükre, amiért elutasítják őket. Mindkét esetben fontos tényező lehet a kirekesztődés, ami csökkenti a szerhasználó absztinensé válásának esélyeit.

Introduction

According to Popay et al. (2008), social exclusion is defined as a process or condition restricting specific individuals, families, groups or even whole communities in having access to the resources needed for participation in social, economic and political life of the society. In its consequence, exclusion constitutes unequal chances for the persons concerned. The origination and development of social exclusion is multidimensional, with effects of internal (low education, personality characteristics, handicaps, etc.) and external (structural inequality in the labour market, stigmatization, etc.) factors whose interconnection leads to continuous deepening of the condition and to reduction of the chances of the excluded persons to break out.

The impacts of social exclusion are described by Ziyauddin (2009) in the following dimensions. The first dimension in the list is the economic dimension, manifested in restricted access to the labour market. The second dimension is the cultural dimension related to a low education level, also related to restricted opportunities to participate in the culture of non-excluded individuals. The third, social dimension, consists of restriction of social relations exclusively to persons living in the same subculture. The last dimension, discussed by Bernhard (2006), is the symbolic dimension, sometimes called subjective exclusion and characterized by stigmatizing designation and perception of the excluded persons. This dimension can be often found in groups whose dissimilarity is perceived by the majority society as deviant or "immoral". That leads to the marginalization of the members of such groups.

The literature presents two views of the connection of use a habit-forming substance and of the phenomenon of social exclusion. The first view deals with social exclusion as a consequence of problematic use of drugs. The use of a habit-forming substance is the "driving force" of the transition from normal life to exclusion when the addicted persons grow away from their families, friends, previous style of life, the labour market, and get involved with the chaotic, destructive trap of addiction. Drug addiction enters different areas of the individual's life and the problems emerging in the social area, the stigma, discrimination and prejudices related to drug use may lead the user to the margin of the society and to social exclusion (MacDonald, 2006). The social exclusion may have the form of self-exclusion - when the addicted persons are so concentrated on their addiction that they adapt voluntarily their whole life to drugs. Problematic drug users may also be excluded by their closest surroundings (particularly by their families) when they lose their job or give up most of their roles (Ryczkowska 2009).

The second view is focused on the opposite sequence of the given phenomena. It considers social exclusion as the cause of the problematic use of habit-forming substances. Problematic drug users often come from poor and socially excluded communities. They have restricted opportunities for choice and experience disadvantage. Socially excluded individuals are driven to the use of hard drugs by feelings of separation, alienation and hopelessness (Neale 2006). Additionally to

fun, the habit-forming substances may offer an economic opportunity, increased prestige, they may dampen the feelings of dissatisfaction and helplessness and help the individual to create a new identity. The drug career may be perceived as a challenge and, in itself, it may constitute an opportunity of self-fulfilment, particularly in case that other opportunities are restricted or inaccessible due to social exclusion (Adams 2008).

Social exclusion that may be characterized by decomposition of the family, bad housing, bad health condition, limited education, unemployment, crime, etc. increases the probability for the individuals to use drugs in a problematic manner. In the meantime, the problem of drug use may lead to further social exclusion (in form of more family problems, increased housing problems, worsened health condition, increased probability of unemployment, increased crime, etc.) (Buchanan 2005).

Materials and methods

The goal of the article consists of describing how social exclusion is subjectively experienced by pervitin users. The goal leads to the research question: In which areas of pervitin users' life does the social exclusion become evident? The study used a qualitative research design. The data were collected through narrative interviews. A narrative interview is a specific form of an open, unstructured interview. Such interview assumes that there are subjective significance structures that will come out during the free narration, not during targeted questioning (Flick 2009). The communication partners were asked the following basic question: Can you tell me the story of your drug career?

In the interviews with the communication partners, we focused on the period of their drug career, and in the interviews with abstaining persons, we also talked about the time when the use of pervitin was not a part of their lives. The interviews took from 30 to 55 minutes, were verbatim transcribed and subsequently analyzed. When analyzing the transcribed data, we focused on the topic of social exclusion. The data were processed by open coding and the results are completed with quotations typical for the individual categories.

The study was implemented on the territory of the Czech Republic, namely within the South Bohemian Region. The research set consisted of pervitin users visiting the Prevent Contact Centre in České Budějovice, Prachatice and Strakonice and the Addictology Advisory Centre in České Budějovice. Those facilities are devoted to working with the users of habit-forming substances. The study included 13 communication partners, 6 of them abstaining and 7 of them currently using drugs. The sample consisted of 8 women and 5 men; the youngest communication partner was 18 years old, the oldest was 35 years old; the period of use of pervitin oscillated from 1,5 year to 17 years.

Results

3.1 Drugs as a cause of exclusion

In the interviews, the pervitin users described different forms of their exclusion from the majority society due to their drug career. The closest circle of persons rejecting the communication partners includes their family members. After finding out that their relative uses habit-forming substances, the family members often turn away and their mutual relations get considerably worsened or interrupted: *"At home, when it came out, there was much rage. My mum finds needles in my things and she immediately called me to tell me that she found the needles and she started checking me and she saw that I had needle marks. She was very angry and did not talk to me much, and the same was my whole family."* (M., 19 years).

Another area where the pervitin users reported a negative attitude includes contacts with representatives of different institutions. They mentioned for example unpleasant experience with the police or with health care staff: *„Yes, that happens, for example when you have wounds and need treatment, so it happens that the doctor throws you out and so on."* (T., 31 years). But the users face condemnation and rejection not only within institutions but in the society in general. Their friends turn their back to them and people who are in contact with them condemn them for using the drug and approach them more negatively than persons not using any drugs: *„Well, it is quite simple, they look differently at you and turn against you straight away."* (E., 28 years).

Further, the communication partners described the feelings experienced by them in connection with the use of the drug and with the reactions of the surrounding persons. They often report feelings of guilt and remorse. They are also ashamed of their situation, feeling sorrow about and disappointment of themselves. Sometimes, the users are angry with themselves, in other cases with their surroundings for rejecting them. They feel uneasy because of other people avoiding their company: *"You simply feel, how to say it, not quite like scraping the living, but like having plague or something like that. They need not say it, they only pass by you and you see that they say to themselves, yeah, you are a druggie. It is quite terrible, yes."* (T., 31 years).

3.2 Dimensions of social exclusion in relation to drug abuse

In connection with the economic dimension of social exclusion, it was mentioned that the pervitin users are not able to keep their job, losing the chance of a regular income and becoming unemployed due to the drug: *"I had a job but I never managed to work for a long time."* (V., 30 years). Therefore, in many cases, the users get the means of subsistence and the money for the pervitin through alternative ways. Such ways may include illegal activities, e.g. production or distribution of the drug, prostitution, theft, etc.: *"... when you are in the street, without a job, without money, you must get it somehow, although you are not proud of yourself then."* (M, 28 years).

Another source of funds may consist of social benefits. Some users use them because it is convenient for them to get some money each month without having to go to work: *"It is actually favourable for me to be registered in the employment*

office; if I went to work, I would have almost the same money." (V., 30 years). But there may also be opposite cases of persons who would have the right to the benefits, but they do not make use of that source because they are discouraged by the proceedings within which they would have to go to the respective authorities in person and to speak with the clerks: *"Well, employment offices and so on, there always are problems, they look at me and when I say that I need money, they are clear about that I need them for the drugs, yeah. They see a druggie in me straight away, and that's it."* (D., 35 years).

Housing problems are connected with the drug abuse too. The individuals using pervitin may face situations when they search a flat for rent, but the flat owner does not provide them with the housing because of their appearance or behaviour: *"We had arranged a visit to a flat that was near a squat; we dropped by to say hello to a friend and the flat owners probably saw us because they didn't open us the door and didn't answer the phone either."* (T., 28 years). Sooner or later, the drug addiction may deprive the individual of housing, and therefore the individual gets to the street, to squats, to garages, etc.

If focusing on the social dimension of social exclusion, we must mention the experience of pervitin users with surrounding people. During the drug career of addicted persons, people avoid their company. *"Normal people look weirdly at me."* (E., 28 years). In connection with that fact, the users do not seek contacts with non-users, and their social network consists primarily or exclusively of other drug addicted persons: *"I don't have contacts with the people I met before; I meet my acquaintances who actually understand me; other people look down their nose at me."* (J., 24 years). The fact that the users withdraw from contacts with persons who do not use drugs supports their alienation from the majority society.

Within the cultural dimension of social exclusion of problematic drug users, we can speak of the creation of so-called "drug (sub)culture" with own rules and with a characteristic style of life concerning the use of illegal drugs. The subculture members can be involved in achieving their common goals, like getting drugs, seeking money for their purchase or trying to keep secret against the majority society: *"You are quite daily with those people, you arrange where you can get the substance, for how much many, somebody takes you there, it's quite a daily matter."* (T., 31 years). Moshier et al. (2012) add that the drug users experience excitement and efficiency resulting from the illegal activities within the subculture. But the membership in the subculture is accompanied by separation from individuals not belonging to the given subculture.

The fourth dimension of social exclusion is a symbolic dimension. Within it, the pervitin users often face stigmatization and condemnation by the majority society. Based on generally rooted stereotypes and prejudices maintained in the majority society, such individuals are displaced to the margin of the society: *„Well, it is quite simple, they look differently at you and turn against you straight away. They look at you differently, you are simply a druggie for them.“* (E., 28 years). Within our study,

we describe only the subjective level of the phenomena; a comprehensive research of the given issues would be possible through a discursive analysis.

Discussion

Additionally, to the variant where drugs lead to social exclusion, Goode (2008) mentions also an opposite variant - where exclusion and the related negative feelings lead to drug abuse. But we have not encountered the latter within our research. However, with respect to the character of the study and to the sample size, we cannot generalize stating that such a situation is less frequent. Moreover, both cases may be interconnected in practice.

Interconnections occur within the individual dimensions of social exclusion. Economic impacts of exclusion are primarily manifested by unemployment, typical for drug-addicted persons. Mravčík et al. (2015) state that about 18% of regular drug users (more frequently men) have regular employment. Therefore the drug users often make use of different alternative strategies to get subsistence. For example - and typically - there is a bilateral relation between the abuse of habit-forming substances and provision of commercial sexual services. Former (abstaining) female drug users are increasingly involved in the sex business, as they have reduced chances in the labour market because of their drug abuse past. Approximately 20-25% of female sex workers in the Czech Republic are addicted to drugs (Rozkoš bez rizika 2014). Similar strategies lead to further exclusion and stigmatization of the users, contributing to the creation of the spiral of exclusion. A consequence and cause at the same time is also the fact that socially excluded people communicate almost exclusively with others.

Conclusion

The Czech Republic has had an increasing number of people suffering from serious drug addiction problems recently. In 2014, there were 47.700 problematic users in the total population. The most frequently used drugs include methamphetamine (pervitin) and cannabis. Although the problematic users or drug-addicted persons are aware of the prevailing positive sides of the abstinence, they keep abusing drugs. The informants are more or less aware of their very risky behaviour. At the same time, life with addiction is very attractive for them, in spite of all negative sides.

Conflict of interest statement

None.

Bibliography

1. Buchanan J. (2005): Missing links? Problem drug use and social exclusion. *The Journal of Community and Criminal Justice* 2005; 51(4): 389-99. DOI: <https://doi.org/10.1177/0264550504048246>
2. Flick U. (2009): *An Introduction to Qualitative Research*. London: Sage.
3. Goode E. (2008): *Drugs in American society*, 7th edition. Boston: McGraw-Hill.
4. MacDonald R. (2006): Social exclusion, youth transitions and criminal careers: Five critical reflections on 'risk' The Australian and New Zealand. *Journal of Criminology*. 2006; 39(3), 371–83. DOI: <https://doi.org/10.1375/acri.39.3.371>
5. Moshier SJ, McHugh RK, Calkins AW, Hearon BA, Rosellini AJ, Weitzman ML, Otto MW. (2012): The role of perceived belongingness to a drug subculture among opioid-dependent patients. *Psychology of Addictive Behaviors*; 26(4): 812-20. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0029107>
6. Mravčík V. (2015): *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014*. Praha: Úřad vlády ČR.
7. Neale J. (2006): Social exclusion, drugs and policy. In: Hughes R, ed. *Drugs, policy and politics*. Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.
8. Popay J, Escorel S, Hernández M, Johnston H, Mathieson J, Rispel L. (2008): *Understanding and Tackling Social Exclusion. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health From the Social Exclusion Knowledge Network*.
9. Rozkoš bez rizika. (2014): *Analýza sociodemografických dat a rizikového chování klientek programu organizace Rozkoš bez rizika*.
10. Ryczkowska A. (2009): Alkoholismus a sociální vyloučení. In: *Problémy sociálního vyloučení-vybrané aspekty*. [Online] [Cit. 2014-06-15] Dostupné z: http://www.ropsopole.pl/pobierz/projektprowadzad/Problemy_wykluczenia_spolecznego-wybrane_aspekty_CZ.pdf
11. Ziyauddin KM, Kasi E. (2009): *Dimensions of Social Exclusion: Ethnographic Explorations*. Newcastle upon Tyne: Cambridge scholars publishing.



A digitális egyenlőtlenség vizsgálata a társadalmi kirekesztődés szempontjából

Husztai Elek

Drd. Babeş-Bolyai Tudományegyetem Kolozsvár Szociológia és Szociális Munkásképző Kar
Szociológia Doktori Iskola

INFO

Husztai Elek
husztielektarpa@gmail.com

Keywords:

poverty, social, digital,
exclusion, multimedia,
Bereg

ABSTRACT

Abstract. My research, which is part of a doctoral thesis, was made in Bereg the most backward subregion of Hungary in 2017. I examined the risk of poverty and social exclusion concerning the children of the age of 14 living here. I looked at this risk from a new angle, the angle of digital inequality. I looked for the answer whether the usage of the modern multi-media devices and the internet can help in the development of this subregion, the future generation will be able to meet the exigencies of the time, find a job in the digitalized labour market. Or else, the lack of these devices and the disability of using them make their position worse. I unveiled the students' sociodemographic, socioeconomical features, the degree of the supply concerning multi-media devices, the purpose of their usage, their attributes and the factors causing digital inequality. I scrutinized the degree of ICT usage at schools, the relationship between the usage of the internet and the school achievements, the students' relationships and their future prospects. In this article I would like to introduce the first part of my research in which I examined the socio-economical background of the degree of supply with multi-media devices.

Kulcsszavak:

szegénység, társadalmi,
digitális, kirekesztődés,
multimédia, Bereg

Absztrakt: Kutatásomat, mely egy doktori tézis része, a Beregben, Magyarország egyik legelmaradottabb kistérségében végeztem, 2017-ben. Az itt élő 14 éves korosztály szegénység és társadalmi kirekesztődés kockázatának mértékét vizsgáltam. Mindezt a társadalmi egyenlőtlenség egy új dimenziója a digitális egyenlőtlenség aspektusából szemlélve. Arra a kérdésre kerestem a választ, hogy a modern multimédiás eszközök, valamint az internet használata hozzájárulhat-e a kistérség fejlődéséhez, a jövő generációja képes lesz-e megfelelni a kor kihívásainak, munkát találni a digitalizációval átszőtt munkaerőpiacon. Esetleg ezen

eszközök, valamint a használatukhoz szükséges tudás hiánya tovább mélyíti-e a már meglévő társadalmi egyenlőtlenséget. Feltártam a tanulók szociodemográfiai, szocioökonómiai jellemzőit, multimédiás eszközökkel való ellátottságát, a használat céljait, attribútumait, a digitális egyenlőtlenséget okozó tényezőket. Kitértem az iskolai IKT használat szintjére, az internethasználat és a tanulmányi eredmények összefüggéseire, a tanulók társas kapcsolatainak, jövőképeinek vizsgálatára. Jelen cikkemben kutatásom első kérdéskörét kívánom bemutatni, mely a multimédiás eszközökkel való ellátottság szocioökonómiai háttérének vizsgálatával foglalkozik.

A tanulmány elméleti háttere

Magyarországon, a társadalmi kirekesztődésre nézve, a legnagyobb kockázatot a munkaerőpiactól való távolmaradás jelenti, mely leginkább a munkahelyüket elvesztőket, a pályakezdőket, a szülési szabadságról, illetve távollétról visszatérőket és a rokkanttá váltakat érinti. Másik fontos tényező az alacsony iskolázottság, ugyanis az alapfokú végzettségű embereknek jóval nagyobb az esélye a munkanélküliségre. Nagymértékben ki vannak téve a szegénység kockázatának a 3 vagy több gyermeket nevelő családok, mivel a 18 év alatti gyermekek számának emelkedésével nő a szegénységi kockázat. Ugyanígy az egyszülős családok, akik gyermeküket egyedül nevelik, átlagon felül veszélyeztetettek. A roma származás háromszoros szegénységi kockázatot jelent, körükben tízszeres a tartós szegények aránya. Komoly rizikót jelent még a fentiekén kívül a társadalomföldrajzi elhelyezkedés is (Európai Bizottság 2001; Spéder 2002, 2003; Fábián és Takács 2012).

A világháló használatának hiánya bekerült az Eurostat szegénységet és társadalmi kirekesztődést mérő tételei közé, ami mutatja, hogy a társadalmi egyenlőtlenségeknek egy új típusa alakult ki, mely a multimédiás eszközök birtoklásával, az internethasználatával függ össze. Ez pedig nem más, mint a digitális szakadék vagy egyenlőtlenség. Fogalma alapvetően az egyes társadalmi csoportok, informatikai eszközökhöz való, különböző mértékű hozzáférését jelenti. Az egyenlőtlenségek a társadalomkutatás jól ismert tényezői mentén jelentkeznek, mint a kor, az iskolai végzettség, az anyagi helyzet, a lakóhely vagy a földrajzi régió. Az elsődleges egyenlőtlenség az internethez való hozzáférést vizsgálja, míg a másodlagos egyenlőtlenség az internethasználati szokásokkal foglalkozik (Csepeli és Prazsák 2012). A másodlagos egyenlőtlenség DiMaggio-Hargittai szerzőpáros által meghatározott öt dimenziója a következő: technikai felszereltség, társadalmi támogatás, a hálózat autonómiájának egyenlőtlensége, az eszközhasználat, valamint a tudásbeli különbség mértéke. Kezdetektől fontos kérdés volt, hogy az infokommunikációs technológiák elterjedésével a deprivációt okozó tényezők meggyengülnek-e vagy az egyes csoportok között tovább mélyül a szakadék (Galács és Ságvári 2008).

A kutatás módszertana

Kutatásom szervesen illeszkedik a társadalomtudományok témakörébe, az innovatív és multimédiás eszközök társadalomra gyakorolt hatását vizsgálja a szegénység és társadalmi kirekesztődés tükrében.

Helyszíne a Beregi tájegység, mely Szabolcs-Szatmár-Bereg megye tiszaháti részén helyezkedik el, a Szatmár-Beregi-síkság része. Központja Vásárosnamény, mely a beregi falvakkal együtt alkotja 2004-től kezdve a Vásárosnaményi kistérséget. Ennek a kistérségnek a fejlődését számos tényező hátráltatja, a települések szerkezetén túl az ország keleti részében való elhelyezkedés, az országosnál lényegesen rosszabb foglalkoztatási helyzet, a romák magas aránya vagy a jelentős elvándorlás, mely inkább a képzettebb rétegeket érinti. Igaz, itt az országosnál kedvezőbb természetes szaporulatot találunk, de e mögött a jelenség mögött a magasabb termékenységgel bíró, képzetlenebb, szegényebb rétegek állnak.

Munkámat kvantitatív módszerrel végeztem. A kérdőíves felmérés 73 kérdést tartalmazott, 8 fejezetre osztva.

Az általam összeállított kérdőívet 280 diák töltötte ki. A Beregi-tájegység 27 településéből 12-ben működik általános iskolai felső tagozat, 14 intézményben. A 8. osztályos tanulók vettek részt a kutatásban, azonban volt olyan intézmény, ahol a 7-8. évfolyam összevont osztályként működött. Így került a mintába 16 fő 7. osztályos tanuló, a 8. osztályosok létszáma 264 fő volt. A kutatási etikát betartottam. A kérdőív kitöltése önkéntes és teljesen anonim volt. Az adatok Excel táblázatban kerültek tárolásra.

A vizsgált mintában (n=280) 163 fő fiú (58%) és 117 fő lány (42%) volt. Életkoruk 12-17 év közötti, átlagban 14 év. 47-en városban, 233-an falun élnek. A tanulók nagy része (86,8%) 3-6 fős családokban él, 81,8% mindkét szülőjével együtt. Az egyszülős családokban élő gyerekek (14,7%) többsége az édesanyjával él egy háztartásban (11,8%). Magas a 3 vagy több gyermekes családok aránya (42,1%), valamint a roma tanulóké (50,5%). A vizsgált tanulók kisebb részének vannak diplomás szülei. A diplomás szülők között a nők vannak többségben 22,9%-kal, míg a férfiak aránya 14,6%. A gimnáziumot végzett szülők esetében is a nők dominanciája állapítható meg (nők 14,3%, férfiak 9,3%). Míg a férfiak 46,8 %-a szakmunkásképzőt végzett, addig a nőknek csupán 27,5%-a szerzett ilyen végzettséget. Az anyák egyharmadának általános iskolai végzettsége van (33,6%), az apáknál alacsonyabb ez az arány (27,1%).

A kérdőív adatainak feldolgozása és elemzése a Microsoft Excel táblázatkezelő és diagramkészítő program, valamint az SPSS statisztikai programcsomag alkalmazásával történt.

A kutatás hipotéziseinek tesztelésére többféle statisztikai módszert alkalmaztam. Az egyes változók egymáshoz való viszonyát, a Pearson-féle korreláció és a Spearman-féle rangkorreláció alkalmazásával, valamint varianciaanalízissel, keresztábla és diszkriminancia elemzéssel teszteltem. A nemek, valamint a munkanélküli családtaggal rendelkezők és nem rendelkezők közötti különbségek kétféleképpen próbával lettek vizsgálva. Létrehozásra került egy globális vulnerabilitás mutató, mellyel a társadalmi kirekesztődés kérdését vizsgáltam az egyes társadalmi

csoportok sérülékenységén keresztül. Ehhez a mutatóhoz a szülők legmagasabb iskolai végzettségét vettem alapul, oly módon, hogy abban mindkét szülő végzettsége egyformán beleszámítson. A létrehozott mutató két logisztikus regressziós modell magyarázó változója lett.

Dolgozatomban a kérdőíves felmérés eredményeit a következő adatokkal vettem össze:

- A 2011-es népszámlálás országos, megyei és járási adatai
- KSH (Központi Statisztikai Hivatal): A háztartások életszínvonala, 2016, 2017
- Magyar Ifjúság Kutatás. Szerk.: Székely Levente - Szabó Andrea. 2016
- NMHH (Nemzeti Média-és Hírközlési Hatóság): Lakossági internethasználat online piackutatás 2016, 2017

A kutatás célja

Kutatásomat három kérdéskör mentén csoportosítottam. Ezek közül az első a multimédiás eszközökkel való ellátottság szociodemográfiai és szocioökonómiai háttérével foglalkozott. Jelen cikkemben ennek a kérdéskörnek az eredményeit mutatom be.

A legtöbb magyar és nemzetközi vizsgálat arra enged következtetni, hogy a digitális eszközök és az internethasználat esetében a kor, a lakóhely és a jövedelem mellett a legjelentősebb diverzifikációs tényező az iskolai végzettség (pl.: Galács és Ságvári 2008; Csepeli és Prazsák 2010), ezért fontosnak tartottam megvizsgálni, hogy a kutatásomba bevont települések esetében is igaz-e ez az állítás. Nem csak az iskolai végzettség és az eszközrendszerek kapcsolatát vizsgáltam, de feltételeztem, hogy ezek a használat változatosságára is pozitívan hatnak, akár transzgenerációs utakon is, egyrészt az eszközök nagyobb száma és változatossága révén, másrészt a magasabb iskolai végzettség szélesebb tájékozottsággal is járhat a digitális világ színterein.

Az iskolai végzettségen kívül a családok szocioökonómiai háttére is döntő tényező annak tekintetében, hogy kialakul-e a digitális szakadék valamilyen formája vagy sem (Csepeli és Prazsák 2010; Galács és Ságvári 2008). Ezért az iskolai végzettség mellett vizsgáltam a szocioökonómiai helyzet szerepét is az eszközök elérhetősége, és a használat változatosságának szempontjából.

A családon kívül a tágabb, de még lokális társadalmi környezet is erős tényezője lehet a szocializációs folyamatoknak. Vizsgálatomban abból a feltevésből indultam ki, hogy a lokális társadalom jellemzői serkentő és gátló hatással is lehetnek a gyermekek otthoni digitális környezetére és internethasználati szokásaira. Ez a hatásrendszer természetesen számtalan úton működhet, mint a mintaadás/követés révén vagy pusztán azáltal a közvetett hatás által, hogy az adott környékre milyen jövedelmi viszonyok jellemzők. Az alacsony iskolai végzettség, a munkanélküliség és a bűnözés különböző formái, mint a "problémás környék" összetevői, gyakran indikátorai az alacsony szocioökonómiai státusznak is (Bodonyi, Hegedűs és Fekete 2015), ami a multimédiás eszközhasználaton és az internet penetráción is nyomot hagy.

A nemzetközi és a hazai szakirodalom is talált példát a férfiak és nők eltérő multimédiahasználati szokásaira. Több tanulmány is kimutatta például, a számítógé-

pet és az internetet használók között a férfiak előnyét. (Hargitai 2003, Csepeli és Prazsák 2010). Kutatásomban ezért én is összehasonlítottam a két nem jellemzőit.

A kérdőíves felmérés eredményei

A Vásárosnaményi kistérség az Észak-alföldi régióban található, melynek lakói a legkevesebb, éves, átlagos bruttó jövedelemmel rendelkeznek az országban. Így nem meglepő, hogy a tanulók is igen alacsony jövedelmekről számoltak be.

A diákok többségének családjai nem rendelkeznek magas jövedelemmel, 200.000 Ft-os jövedelemből élő háztartásban csak 23,9%-uk él, míg 5,6%-uknak kevesebb, mint 100.000 Ft-ból kell boldogulnia. Ennek ellenére 90,3%-uk átlagosnak vagy átlagon felülnek ítéli meg családja anyagi helyzetét. 15,71%-ukra mondhatjuk, hogy az átlagnál szegényebbnek érzi magát. A szülők többsége fizikai munkát végez (férfiak 56,1%, nők 37,5%). A nők körében a munkanélküliség magas, 16,43%-os, a férfiak arányának (6,43%) többszöröse. A tanulók 29,3%-ának családjában volt munkanélküli az elmúlt egy évben. 25%-uk érzi úgy, hogy mindene megvan, 50%-uk tapasztalja, hogy csak a mindennapi élethez legszükségesebb dolgok megvásárlását engedhetik meg maguknak, 12,1%-uk számára pedig még ez is nehéz vagy egyenesen lehetetlen.

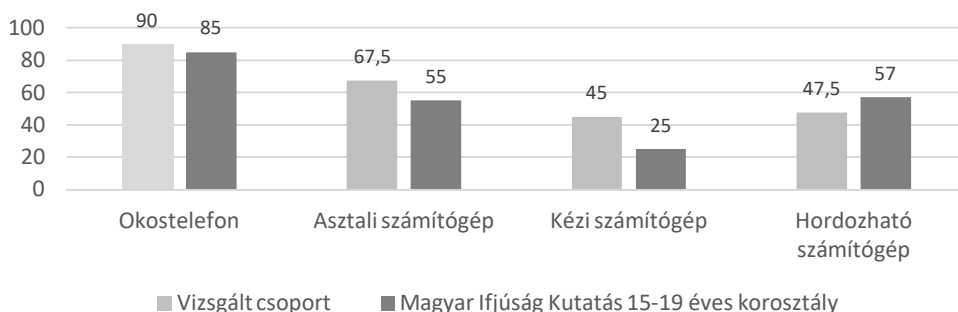
Kutatásomban a tanulók lakókörnyezetét is igyekeztem feltérképezni. Nagy többségük (95,7%) saját tulajdonú ingatlanban, családi házban vagy lakásban lakik. A kistérségben találkozhatunk, különösen a cigánysorokon, szegregátumokban, kicsi alapterületű, komfort nélküli házakkal, ugyanakkor itt a legmagasabb az egy szobára jutó családtagok száma. Ennek tükrében nem meglepő, hogy a tanulók kicsivel több, mint ötöde (19,6%) elégedetlen lakhatási körülményeivel.

Kérdőívemben kitértem annak vizsgálatára is, hogy a diákok milyen problémákkal kénytelenek szembenézni környezetükben. A „problémás környék” fogalmának használatát, vizsgálatát az ebbe szükségessé, hogy a kistérség a rendszerváltás óta eltelt időszakban nem a fejlődés, a hátrányok leküzdésének és a felzárkózásnak az irányába indult el, hanem elkezdődött a szegregátumok létrejötte, sőt beindult a gettósodás folyamata. Ez a kistérség 24 településéből 14-et érint (Balázs, Habarics és munkatársai 2012).

A tanulók válaszaiból és a kistérség védőnőinek véleményéből is az derült ki, hogy a legnagyobb problémát a tanulók környezetében a dohányzás és az alkoholfogyasztás jelenti. A cigarettázás 50,7%-uk, az alkoholfogyasztás pedig 33,9%-uk környezetében tapasztalható. A problémás környék rizikófaktorai közül az iskolai eredményességgel összefüggők a leghangsúlyosabbak. Sajnos a tanulók sok példát látnak az iskolai eredménytelenségre környezetükben, arra, hogy valaki a középiskola elvégzése után nem tanul tovább és nem is dolgozik, vagy be sem fejezi az elkezdett középiskolát, így nem szerez érettségit, vagy szakmát.

A tanulók számára fontos a multimédiás eszközök birtoklása, 81,4 %-uk szerint általuk előnybe kerülnek társaikkal szemben, 51,4 %-uk szerint velük boldogabb életet élhetnek, 47,5 %-uk szerint pedig sikeresebbek lehetnek. Minden 4. tanuló (26,1 %) érezte már magát hátrányban ezen eszközök vagy az internethasználat hiá-

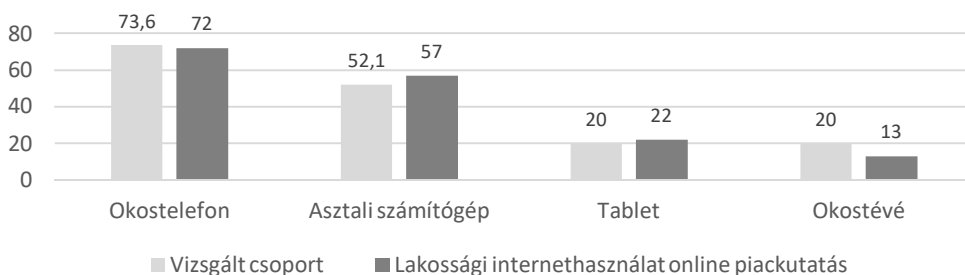
nyából kifolyólag. A kutatás eredményeiből kitűnik, hogy a vizsgálatban résztvevő fiatalok multimédiás eszközökkel való ellátottsága az országos adatokkal való összevetés függvényében is jónak mondható. A legtöbb tanulónak (50,7 %) 3-7 multimédiás eszköze van, de 30,5 %-uknak ennél is több, 8-14 eszköze, valamint vannak olyan tanulók is (2 fő) akik 20 db ilyen eszközt birtokolnak. Azok aránya, akik semmilyen multimédiás eszközzel nem rendelkeznek 1,4% (4 fő). A tanulók 93,2%-a rendelkezik saját mobiltelefonnal, 90 %-uk okostelefonnal, 65,7 %-uk asztali számítógéppel 40,7 %-uk laptoppal/notebookkal, 48,6 %-uk táblagéppel, 47,9 %-uk plazma/LCD televízióval. A birtokolt multimédiás eszközök számának átlaga 6,9 eszköz/fő.



Forrás: Magyar Ifjúság Kutatás (2016); saját kutatás

1. ábra: Multimédiás eszközök aránya (%)

A mobiltelefonnal rendelkezők 68,6 %-ának készülékéhez mobilinternet szolgáltatás is tartozik. A tanulók 73,6 %-a okostelefonján, 52,1 %-a személyi számítógépen, 22,5 %-a táblagépen, 20 %-a pedig okostévéjén internetezik. A legtöbben (50,4 %) egy eszközt használnak internetezés céljából.



Forrás: NMHH (Nemzeti Média-és Hírközlési Hatóság): Lakossági internethasználat online piackutatás (2017); saját kutatás

2. ábra: Internetezésre használt eszközök aránya (%)

A kutatásba bevont tanulók sok időt töltenek internetezéssel, 88,2%-uk naponta csatlakozik a világhálóra, ami magasabb az Eurostat 16-74 évesekre vonatkozó 69%-os értékénél. Ez természetes, hiszen az internetezők aránya, az életkor

emelkedésével fordítottan arányosan változik. A három hónapon belüli internethasználók vizsgálatánál, a 16-24 évesek körében már 97,3%-os értéket közöl az Eurostat, míg a Magyar Ifjúság Kutatás 88%-ra teszi a 15-29 éves korosztály napi internethasználóinak arányát. Hétköznap a tanulók 78,6%-a, hétvégén pedig 83,3%-a tölt több órát napi szinten az interneten. Az NMHH kutatása szerint az internetezés átlagos napi időtartama 3,5 óra. A kutatásban résztvevő tanulók hétköznaponként átlagban több mint 2,5 órát, hétvégén pedig több mint 3 órát töltenek el az online térben.

A kutatásban résztvevő tanulók aktív közösségimédia használónak számítanak, hiszen 95%-uk regisztrálva van ilyen oldalakon. Országosan jellemző a fiatalok ily nagymértékű részvétele a közösségi médiában, a KSH a 16-24 éves korosztályban szintén 95%-os arányt mutatott ki.

| Interneten végzett tevékenységek | Közösségi médiahasználat tevékenységei | Mobiltelefon használat gyakori tevékenységei |
|---|---|---|
| zenehallgatás 75,4 % | chatelés 90 % | zenehallgatás 88,2 % |
| közösségi oldalak látogatása 75 % | kommentelés 82,9 % | telefonálás 89,7 % |
| információ keresés 73,9 % | oldalak követése 75,7 % | fényképezés 85,3 % |
| tanuláshoz való információgyűjtés 60 % | képek, videók feltöltése 80,3 % | internetezés 84,2 % |
| internetes játék 53,6 % | híres emberek lájkolása, követése 69,1 % | játék 83,2 % |
| online vásárlás 37,5 % | csatlakozás csoportokhoz 65 % | videónézés 81,8 % |
| fórumok olvasása 11,4 % | csatlakozás eseményekhez 48,9 % | képek küldése 78,2 % |
| | események szervezése 31,8 % | ébresztés 71,5 % |
| | | applikációk letöltése 72,2 % |
| | | sms küldés 72,5 % |
| | | jegyzetkészítés 62,8 % |
| | | rádióhallgatás 33,2 % |

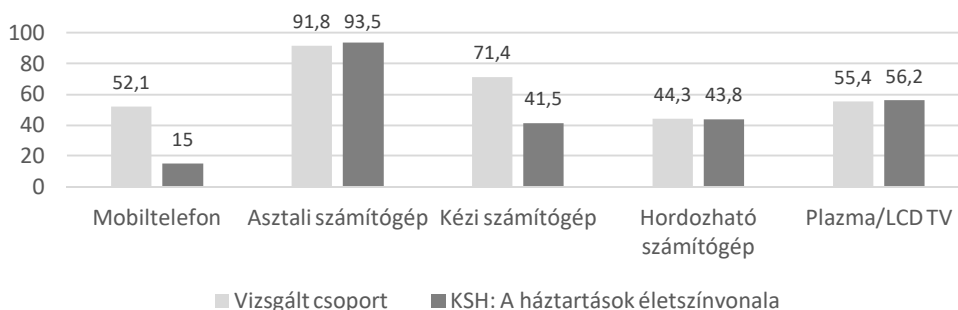
Forrás: saját kutatás

1. táblázat: A multimédiás eszközökön végzett leggyakoribb tevékenységek

A vizsgált tanulók 83,21%-a naponta látogatja ezeket az oldalakat, 61,1%-uk naponta többször, 64,3%-uk pedig naponta egynél több órát tölt el rajtuk. Kutatásom fon-

tos része volt annak feltárása, hogy a diákok milyen tevékenységeket végeznek mobiltelefonjaikon, az interneten vagy a közösségi oldalakon. A kapott eredményeket egy táblázatban összesítettem. A tanulók legtöbbször folytatott internetes tevékenységei a következők: zenehallgatás (75,4%), közösségi oldalak látogatása (75%), internetes keresés (73,9%). A közösségi oldalak vezető tevékenységei: a chatelés (90%), a kommentelés (82,9%), képek, videók feltöltése (80,3%). A mobiltelefon használat legfontosabb eseményei: zenehallgatás (88,2%), telefonálás (85,7%), fényképezés (85,3%). Az internetet a tanulók átlagosan 8,44, a közösségi oldalakat 8,2, mobiltelefonjaikat pedig 15,9 tevékenységre használják (1. táblázat).

A tanulók otthonában is magas számban találhatóak meg korunk innovatív eszközei.



Forrás: KSH (Központi Statisztikai Hivatal): A háztartások életszínvonala (2017); saját kutatás

3. ábra: Háztartások multimédiás eszközeinek aránya (%)

Az internet-elérhetőség szempontjából is kedvező helyzetben vannak a vizsgálatban résztvevő diákok, 88,2%-uk otthonában ugyanis van internet. A KSH felmérése szerint a magyarországi háztartások 79%-ának, az Eurostat kutatása szerint 82%-ának van internet-elérhetősége. A Magyar Ifjúság Kutatás szerint, a 15-19 éves korosztályba tartozók háztartásainak internet-hozzáférése 87%-os. Hátrányt csak az internetezésre használt eszközök számában találunk, a négy eszközön internetezők aránya 5,7%, míg az országos átlag 64%. A tanulók 55,2%-a csak egy készüléken tudja elérni a világhálót.

Az NMHH 2017-es kutatásból kiderül, hogy az internetezésre alkalmas kézi eszközök terjedése, a Wi-Fi, a mobilinternet, a közösségi oldalakon való aktív jelenlét, az állandó kapcsolattartás lehetőségének igénye miatt évről évre csökken az otthonukban internetezők tábora. Különösen a fiatalokra igaz ez. A 16-19 éves korosztály 80%-a az otthonán kívül, más helyeken is internetezik.

A vizsgált tanulók körében a barátoknál való internetezés (53,2%), illetve az egyéb helyeken történő, világhálóhoz való csatlakozás (43,9%, rokonoknál, szomszédoknál, ingyenes Wi-Fi elérhetőséggel rendelkező helyeken) a népszerű. Az iskolában 30%-uk, a könyvtárakban 20%-uk használja az internetet. Láthatjuk, hogy az elsődleges digitális egyenlőtlenség mentén vizsgálódva a tanulók nincsenek hátrányban, hiszen van lehetőségük a világháló használatára. A különbségek a másod-

lagos egyenlőtlenség mentén rajzolódnak ki, mivel az internetelés lehetősége nem mindenki számára egyformán biztosított. Vannak, akik bárhol és vannak, akik csak bizonyos helyeken, például otthon, iskolában, ingyenes Wi-Fi elérhetőségnél vagy teleházakban tudnak csak belépni az online térbe. Ez utóbbiakat hátrányos helyzetű településeken hozták létre, modern multimédiás eszközökkel felszerelve, a digitális szakadék felszámolásának érdekében. A tanulók 6,1%-a él ezzel a lehetőséggel. Az alacsony szám arra is utalhat, hogy a többségnek nincs rá szüksége, hogy igénybe vegye ezt a szolgáltatást, mert máshol is megvan a lehetősége az internetezésre. Ugyanilyen fontos az autonómia, hogy mennyire szabadon használhatja az adott egyén az internet nyújtotta lehetőségeket. Ebben az esetben a tanulók számára a kontrollt elsősorban a szülő és az iskola jelenti. Vannak olyan intézmények, amelyekbe mobiltelefont sem lehet bevinni. A válaszokból kiderült, hogy szülői kontroll, az interneten folytatott tevékenységek során, ha van is, csak időszakos. A szülőkkel történő gyakori, közös internetezés a tanulók csupán 23,2%-ára igaz. Amikor egyedül használják a világhálót, 78,2%-uk mellé soha, vagy csak nagyon ritkán ül oda a szülő. A szülők 66,9%-a ritkán vagy sohasem beszél gyermekeivel az interneten látott tartalmakról. Időkorlát valószínűleg a legtöbb tanuló esetében előfordul, de mivel a tanulók sok időt töltenek hétköznap és hétvégén is az interneten, valószínű, hogy nem túl szigorúak a szülők e tekintetben, inkább a büntetésből való használat-megvonás lehetőségét alkalmazzák. A szülők 63,3%-a él ezzel a lehetőséggel. A másodlagos egyenlőtlenség harmadik dimenziójához tartozik a társadalmi támogatás mértéke, tehát abban az esetben, ha nehézségbe ütközik a tanuló, akkor kihez fordulhat segítségért. Úgy tűnik a Beregben élő szülők segítségnyújtása nem számottevő. A legkevesebbszer abban segítenek a szülők, hogy gyermekeik jobban ki tudják használni az internet nyújtotta lehetőségeket (a „soha” válaszok aránya 51,8% volt) A biztonsági beállításokban, szűrők használatában (a „soha” válaszok aránya 50,7 % volt) szintén nem kapnak elég támogatást a tanulók. A legtöbb segítséget a szülők az oldalak tartalmának elmagyarázásában, a böngészésben és az online világban szerzett negatív tapasztalatok feldolgozásában nyújtották.

A kutatás eredményei

Kutatásom első kérdéskörét a multimédiás és IKT-eszközökkel való ellátottság szociodemográfiai és szocioökonómiai hátterének vizsgálata adta. Elsőként arra kerestem a választ, hogy a szülők iskolai végzettsége befolyással van-e a tanulók multimédiás eszközeinek számára és azok használatának változatosságára. A válasz egyértelműen igen. A saját és az otthoni multimédiás, valamint az internetezésre használt eszközök száma arányosan növekszik a szülők iskolai végzettségével. A két tényező között közepes hatáserősségű, szignifikáns összefüggés található a Spearman-féle rangkorrelációs vizsgálat szerint (saját multimédiás eszközök száma – apa: $p < 0,000$, $\rho = 0,325$, anya: $p < 0,000$, $\rho = 0,405$; otthoni multimédiás eszközök száma – apa: $p < 0,000$, $\rho = 0,375$, anya: $p < 0,000$, $\rho = 0,462$ internetezésre használt eszközök száma – apa: $p < 0,002$, $\rho = 0,184$, anya: $p < 0,001$, $\rho = 0,201$.) Az okostelefonok birtoklásával kapcsolatban már csak az anyák iskolai végzettsége

mutat összefüggést, keresztábra elemzést végezve ($p < 0,012$, Cramer $V = 0,216$). A további elemzések végzéséhez létrehoztam egy vulnerabilitás mutatót, melyhez a szülők legmagasabb befejezett iskolai végzettségére vonatkozó változókat vettem figyelembe oly módon, hogy abba mindkét szülő végzettsége egyformán beleszámítson. A szülők végzettségének megadására 5 opció állt a tanulók rendelkezésére, így a két szülőt együtt vizsgálva egy 2-10-ig terjedő értékekkel rendelkező változót kaptam, mely esetében a 2 és 4 közötti értékek az alacsony, míg az 5 és 10 közötti értékek a magas végzettségi kategóriát jelölik. Ezeket az értéktartományokat összevonva jött létre a dichotóm vulnerabilitás mutató (melynek 1-es értéke jelöli a szülők alacsony végzettségét, vagyis a sérülékenységet, míg 0 értéke a szülők magas végzettségét). A vulnerabilis csoportba a vizsgált minta (59%-a), míg a nem vulnerabilis csoportba 41%-a tartozott. A két csoport digitális eszközökkel való ellátottságát hasonlítottam össze. 5 változót hoztam létre (saját multimédiás eszközök száma, otthoni multimédiás eszközök száma, internethasználat változatossága, internetezésre használt eszközök száma, szülői segítségnyújtás), melyeket egytényezős varianciaanalízissel vizsgáltam meg. Ez, a Spearman- féle rangkorrelációs elemzés eredményeivel összhangban kimutatta, a saját multimédiás eszközök ($p = 0,000$), az otthoni multimédiás eszközök ($p = 0,000$) és az internetezésre használt eszközök ($p = 0,003$) számánál a szignifikáns különbséget a két csoport között.

| | Szignifikancia | F érték | Átlag | |
|--|----------------|---------|----------------------|---------------------|
| | | | Kevésbé vulnerabilis | Inkább vulnerabilis |
| Saját multimédiás eszközök száma | 0,000 | 59,324 | 9,06 | 5,46 |
| Otthoni multimédiás eszközök száma | 0,000 | 46,073 | 10,17 | 6,75 |
| Világhálóhasználat | 0,004 | 8,477 | 9,34 | 7,88 |
| Internetezésre használt eszközök száma | 0,003 | 9,250 | 1,92 | 1,57 |

Forrás: saját kutatás

2. táblázat: A vulnerabilitás összefüggései a digitális eszközökkel való ellátottsággal, illetve azok használatának változatosságával

Az újabb két változó (okostelefon, mobilinternet) használatával végzett keresztábra elemzés tovább árnyalta a képet. A vulnerabilitás és a saját okostelefonnal való rendelkezés között szignifikáns ($p = 0,005$), de gyenge szorosságú kapcsolat van (Cramer $V = 0,169$). A mobilinternettel való rendelkezés esetén már csak marginálisan szignifikáns – vagyis 10%-os szignifikancia szinten értelmezhető – összefüggést találunk ($p = 0,059$), a két változó közötti kapcsolat pedig ez esetben is gyenge (Cramer $V = 0,114$). Nem csak a multimédiás eszközök számával, hanem használatukkal kapcsolatban is sikerült összefüggéseket feltárni. Az internethasználat változatossága pozitív irányban korrelál mindkét szülő iskolai végzettségével (apa: $p < 0,029$, $\rho = 0,132$, anya: $p < 0,000$, $\rho = 0,218$). Ezt az eredményt az inkább vulnerabilis és a kevésbé vulnerabilis csoport varianciaanalízises vizsgálata is megállapította ($p = 0,004$). Az okostelefonok használatának változatosságával kapcsolat-

ban megállapítást nyert, hogy az apák iskolai végzettségének van szignifikáns ($p=0,035$), de csak kis mértékű ($\eta^2=0,041$) hatása. A vulnerábilis és nem vulnerábilis csoportok keresztábra elemzése pedig azt mutatta, hogy a mintában az alacsonyabb végzettségű szülők gyermekei használták nagyobb arányban (58%) mobiltelefonjukat internetezésre. Ez a kapcsolat azonban nem volt szignifikáns. A szülői segítségnyújtásban lehet még felfedezni kapcsolatot az apa végzettségére vonatkozóan ($p<0,028$, $\rho=0,140$). Ezt az összefüggést a vulnerábilis és nem vulnerábilis csoportot összehasonlító vizsgálat nem igazolta ($p=0,301$). Általánosságban igaz tehát, hogy a magasabb végzettségű szülők gyermekei több multimédiás eszközzel rendelkeznek, ám ha a korosztály legmodernebb, leginnovatívabb eszközét, azaz az okostelefont, valamint a hozzá kapcsolódó mobilinternetet nézzük, akkor már ez az állítás nem állja meg a helyét. Az okostelefonok használatával kapcsolatban is igaz ez, hiszen használatának változatosságára csak az apa végzettsége gyakorol hatást. Továbbra is kimutatható viszont az internethasználat és a szülők iskolai végzettsége között fennálló kapcsolat. A keresztábra elemzés szerint az internethasználat gyakoriságára ellenben már nincs befolyással a szülők végzettsége.

Két egyváltozós logisztikus, regressziós modell felállítására is sor került. Ezek magyarázó változóját a vulnerabilitás változó, függő változóját pedig az egyiknél a saját multimédiás eszközök számát jelző változó, a másikonál az otthoni multimédiás eszközök számát jelző változó adta. Ezek szintén dichotóm vagyis kétértékű változók, ahol a 0 érték a kevés, míg az 1-es érték a sok multimédiás eszközzel való rendelkezést jelöli. A saját multimédiás eszközökre vonatkozó modell magyarázó ereje a Nagelkerke R^2 alapján 0,152 volt, az otthoni multimédiás eszközökre vonatkozó modellé 0,172. Azt láthatjuk, hogy a vulnerabilitás szignifikánsan (mindkét modellnél $p=0,000$) jelzi előre a saját ($B=-1,460$) és az otthoni ($B=-1,574$) multimédiás eszközökkel való ellátottságot.

A kapott eredményekből azt a következtetést tudom levonni, hogy a szülők iskolai végzettsége ugyan még mindig hatással van a digitális eszközök meglétére, a világháló használatára, de szerepe egyre inkább csökkenő tendenciát mutat. Az látszik, hogy mai társadalmunkban, anyagi helyzettől és végzettségtől függetlenül, alapvető szükségletként jelenik meg a digitális technológia.

A szegénység és társadalmi kirekesztődés kockázati tényezői között a kor, a nem és az iskolai végzettség mellett a háztartások anyagi helyzete is kulcsfontosságú tényező. Ezért ennek összefüggéseit is vizsgáltam a multimédiás eszközök számára és használatának változatosságára vetítve. A Spearman-féle rangkorrelációs, a Pearson-féle korrelációs vizsgálat és a két mintás t próba a következő eredményeket hozta. Mind a saját, mind az otthoni multimédiás eszközszám több az anyagi helyzetet érintő tényezővel korrelál. Úgy, mint a pénzeszközök száma (saját: $p<0,011$, $\rho=0,152$, otthoni: $p<0,005$, $\rho=0,170$), a család anyagi helyzete (saját: $p<0,000$, $\rho=0,259$, otthoni: $p<0,000$, $\rho=0,277$), a jövedelmi helyzet (saját: $p<0,003$, $\rho=0,179$, otthoni: $p<0,004$, $\rho=0,173$) vagy a munkanélküliség hiánya a családban (saját: $t=2,355$, $p=0,019$, otthoni: $t=2,652$, $p=0,008$). Ezeken kívül az internethasználat eszközeinek számánál is találunk szignifikáns kapcsolatot az anyagi helyzettel ($p<0,002$, $\rho=0,139$) és a jövedelmi helyzettel ($p<0,007$, $\rho=0,160$) összefüggésben. Szintén felfedezhető kapcsolat a saját és az otthoni multimédiás eszközök, valamint az internetezésre használt berendezések száma és az anyagi helyzet szubjek-

tív megítélésének összevetésekor (saját: $p<0,000$, $r=0,371$, otthoni: $p<0,000$, $r=0,311$, internetezésre használt: $p<0,008$, $r=0,161$). A család létszáma és a tanulók multimédiás eszközeinek száma között fordított arányosság mutatható ki ($p<0,041$, $\rho=-0,122$). A család létszáma és a család anyagi, jövedelmi helyzete vagy a pénzkeresők száma között ez a kutatás nem mutatott ki szignifikáns összefüggést. Az eszközök számával kapcsolatban viszont talált kapcsolatot. Azok a tanulók használják többet az internetet, akik gazdagabbnak érzik magukat ($p<0,000$, $r=0,263$), ahol több a pénzkereső családban ($p<0,016$, $\rho=0,145$) és ahol a család magasabb jövedelmi ($p<0,032$, $\rho=0,128$) és anyagi státusszal rendelkezik ($p<0,007$, $\rho=0,162$). A világháló otthonon kívüli használata már csak a pénzkeresők számával hozható összefüggésbe ($p<0,020$, $\rho=0,139$). A mobilhasználat változatossága korrelál a családok jövedelmi ($p<0,000$, $\rho=0,265$) és anyagi helyzetével ($p<0,006$, $\rho=0,176$), valamint a diákok szubjektív jólétének megítélésével ($p<0,001$, $r=0,210$).

A szegénységről alkotott, hagyományos kép átalakulását bizonyítja kutatásom is. A 21. században már nem számít luxusnak a multimédiás eszközök birtoklása. Megállapítom, hogy az anyagi helyzet továbbra is hatással van a digitális eszközökkel való ellátottságra, azonban nem ez az elsődleges oka a digitális egyenlőtlenségnek. Így feltehetően a célzott anyagi támogatásokkal (mint például laptopok, tabletek pályázati lehetőségei) a mélyszegénységben élők felzárkózását lehet elősegíteni. A tanulók többsége azonban vélhetően ilyen jellegű támogatás nélkül is megszerzi a vágyott multimédiás eszközt. Más kérdés persze, hogy ez az eszköz milyen minőségű, a legkorszerűbb vagy a kifutó félben lévők közül való, valamint, hogy mennyire tudja azt használni a tanuló, milyen fokú a digitális kompetenciája.

Kutatásomban a multimédiás eszközök számát és használatát a lakóhely minőségének tükrében is vizsgáltam. A Pearson-féle korrelációs elemzés talált is összefüggést a saját ($p<0,016$, $r=-0,145$), az otthoni ($p<0,008$, $r=-0,161$) multimédiás eszközök számával, az internethasználattal ($p<0,039$, $r=-0,125$) és az otthonon kívüli internetezéssel ($p<0,009$, $r=-0,158$) kapcsolatban és mint azt feltételeztem, mindezt negatív előjellel. Itt is szembeűnő, hogy nincs kapcsolat az okostelefonok számával vagy azok használatának változatosságával, a közösségi médiahasználattal, de még az internetezésre használt eszközök számával sem. A diszkriminancia vizsgálat egy szignifikáns kapcsolatot tárt fel az internetezés hosszát illetően ($p<0,004$, Wilks' Lambda érték: 0,935). A problémásabb környéken élők több időt szánnak internetezésre a jobb környéken élő társaikhoz képest.

A feltárt, kis mértékű kapcsolatokat annak tulajdonítom, hogy az ilyen környéken élők általában rosszabb anyagi körülmények között kell, hogy boldoguljanak. A kistérség szegregátumaiban, gettósodott városrészeiben, ahol magas az alapszükségletek hiánya, ugyanúgy megtalálhatóak a legnépszerűbb multimédiás eszközök például az okostelefon vagy az okostelevízió.

Végezetül dolgozatom első kérdéskörében kitértem a fiúk és lányok médiahasználati jellemzőire is. Az átlagszámításokból az olvasható le, hogy a fiúk több saját tulajdonú (fiúk: 7,55 db, lányok: 5,96 db), és több otthoni multimédiás eszközzel (fiúk: 8,51 db, lányok: 7,53) rendelkeznek, az internetet több eszközön használják (fiúk: 1,77 db, lányok: 1,6 db), több mindenre (fiúk: 8,51 tevékenység, lányok: 8,35 tevékenység) és otthonukon kívül több helyen interneteznek (fiúk: 1,21 helyszín,

lányok:1,17 helyszín). A lányok ezzel szemben a közösségi média több lehetőségét használják ki (lányok: 8,58 tevékenység, fiúk: 8,02 tevékenység), ahogyan mobiltelefonjaikat is több funkcióra használják (lányok:16,65 funkció, fiúk: 15,47 funkció), több szülői segítséget kapnak (lányok: 5,43 tevékenység esetében, fiúk: 4,42 tevékenység esetében) és irányukban magasabb a szülői felügyeletet (lányok: 4,42 tevékenység, fiúk: 3,41 tevékenység) is. Azonban a különbségek a legtöbb esetben minimálisak, három esetben érik el a szükséges szignifikancia szintet (saját multimédiás eszközszám: $t=3,319$, $p=0,002$; mobiltelefon használat: $t=-2,237$, $p=0,026$, szülői segítségnyújtás mértéke: $t=-2,671$, $p=0,008$). Tehát a beregi kistérségben a két nem közötti, számottevő különbségek csak ezen három tényező mentén mutathatók ki. A fiúk magasabb multimédiás eszközszáma abból adódhat, hogy általában jobban vonzódnak az innovatív technikai eszközökhöz, míg a lányok kicsivel változatosabb mobiltelefonhasználatát az eltérő közösségi médiahasználati szokásokból eredeztethető. Az pedig, hogy a szülők nagyobb mértékű segítséget nyújtanak lányaik számára abból adódhat, hogy jobban féltik őket az online világ veszélyeitől, valamint, hogy technikai tudásuk a legtöbbször még elmarad a fiúkéétól.

Záró gondolatok

A beregi kistérség Magyarország egyik legelmaradottabb kistérsége, ahol gyakorlatilag az összes „hagyományosnak” tekinthető társadalmi kirekesztődést eredményező tényező megfigyelhető, a tanulók fokozottan ki vannak téve az elszegényedés kockázatának. Azonban digitális világunkban mindezek mellett egy újabb tényezővel is számolnunk kell. Ez pedig a digitális analfabetizmus, mely azon személyeket takarja, akik nem tudják az innovatív eszközöket oly mértékben használni, hogy ezáltal életminőségük javuljon, vagy legalább stagnáljon. Ahogyan kockázatot jelent az internetezésre használt multimédiás eszközök hiánya is, hiszen így az egyének lehetősége sincsen a megfelelő szintű jártasság megszerzésére. Az információs társadalom korában a modern eszközök használata nem választás kérdése. Aki kivonja magát a használatuk alól, elkerülhetetlenül hátrányba kerül a digitálisan képzettebb társaival szemben. Lassabban, nehezebben éri el a különböző szolgáltatásokat, jelentősen csökkennek esélyei a munkavállalásra vagy a magasabb fizetésre, társadalmi beilleszkedése nehezkesebbé válik.

A kérdés fontosságával a kormány is tisztában van, hiszen a Digitális Oktatási Stratégia felhívja a figyelmet a digitális kompetenciákban jelentkező különbségek (szociális helyzet, társadalomföldrajzi elhelyezkedés) társadalmi egyenlőtlenséget növelő hatására. A digitális esélyteremtés megvalósulásában az oktatásnak és a képzésnek tulajdonítják a legnagyobb szerepet. A program célja, hogy senki ne hagyja el az oktatást a szükséges digitális kompetenciák elsajátítása nélkül. Az esélyegyenlőség megteremtése az állam, valamint az oktatási intézmények számára is fontos feladat. A digitális kirekesztődés kockázatára nézve ez azt jelenti, hogy minden diák számára elérhetőek kell, hogy legyenek ugyanazok az innovatív eszközök. Meg kell teremteni a lehetőséget, hogy azok használatának elsajátításában se kerüljenek hátrányba a társadalom leszakadó rétegei. Mindennek elsődleges színtere az

iskola kellene, hogy legyen. A kutatás eredményei arra világítanak rá, hogy olyan programok lehetnek eredményesek, melyek a másodlagos digitális megosztottság felszámolását célozzák meg. A másodlagos digitális megosztottság elleni küzdelem azonban csak az elsődleges megosztottság eltüntetésével lehet hatékony. Ennek megteremtése érdekében állami vagy települési szinten átgondolandó lehetőség lehetne az ingyenes internethozzáférés biztosítása az oktatásban részt vevők számára, felújított számítógépek, multimédiás eszközök tartós használatba adása. Továbbá a DOS fontos eleme a tanulók saját eszközeinek bevonása a tanítás-tanulás folyamatába. Erre ma még kevés példát láthatunk. Kutatásommal célom volt annak kiderítése, hogy a beregi kistérség diákjai milyen mértékben vannak birtokában a szükséges eszközöknek. Kevés kivételtől eltekintve azt kell mondanom, hogy megfelelő mértékben. Az iskolák és a tanulók eszközellátottsága is megfelel az országos átlagnak, és ha nem is a leginnovatívabb eszközökkel rendelkeznek, a lemaradás nem olyan mértékű, amely lehetetlenné tenné a digitális oktatás szélesebb körű kiterjesztését.

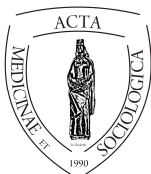
A kistérség településeinek problémái összetettek, de alapját a munkalehetőségek tartós hiánya miatt kialakuló szegénység jelenti. Ezért a kistérség felzárkózásának, az itt élő emberek életszínvonalának emelése szempontjából legfontosabb tényező az aktív korúak minél nagyobb részének elhelyezkedése a munka világában. Ezzel csökkenthető legnagyobb mértékben a szegénység és társadalmi kirekesztődés. A magyar állam is arra próbálja ösztönözni a munkaképes embereket, hogy a szociális ellátórendszer igénybevétele, a közmunkaprogramokban való részvétel helyett, az elsődleges munkaerőpiac aktív részeseivé váljanak.

Egyre csökken a szakképzettség nélkül végezhető, betanított munkahelyek száma országunkban, az igény az informatikai, robotikai képzettségű szakemberek iránt viszont évről évre növekszik. A digitális társadalom korában a digitális eszközöket működtetni tudó, hozzáértő szakemberekre van szükség, akik képzése nem szabhat gátat a kistérség társadalmi felzárkózásának. A digitális egyenlőtlenségek a már meglévő társadalmi egyenlőtlenségekhez adódnak hozzá és tovább mélyítik azokat. Ha a vásárosnaményi és a hozzá hasonlóan hátrányos helyzetben lévő kistérségekben a kormány hagyja elmélyülni a digitális egyenlőtlenségeket, azzal elveszi az esélyt az itt élők felzárkózása előtt.

Irodalomjegyzék

1. Balázs Gábor - Habarics Anikó - Nagy Gábor - Czaller László - Kulcsár Gábor - Luksander Alexandra (2012): Vásárosnaményi kistérségi tükröz. Helyzetfeltárás, TÁMOP 5.2.1-11/1. Budapest, Magyar Máltai Szeretetszolgálat. 112.
2. https://gyerekesely.tk.mta.hu/uploads/files/kistersegi_tukor_vasarosnameny.pdf
3. Bodonyi Edit - Hegedűs Judit - Fekete Márta (2015): Korai iskolaelhagyás – kriminalitás – megoldási lehetőségek az oktatás szemszögéből, In: Lancaric Daniel [ed], Jazykovedné, Literárnovedné a didaktické kolokvium XXXII. Pozsony, Z-F LINGUA, 22-33.

4. Csepeli György - Prazsák Gergő (2010): Internet és társadalmi egyenlőtlenségek Magyarországon. In: XXI. Század – Tudományos Közlemények. Budapest, Általános Vállalkozási Főiskola, 7-21.
5. Csepeli György - Prazsák Gábor (2012): Információs társadalom 2.0. In „Információs társadalom 2.0.” Előadás, Budapest, Eötvös Loránd Tudományegyetem.
6. Fábián Gergely - Takács Péter (2012): A jövedelmi egyenlőtlenségek változásai és a szegénység. Acta medicae et sociologica (3), 3: 33-48.
7. Galács Anna - Ságvári Bence (2008): Digitális döntések és másodlagos egyenlőtlenségek: a digitális megosztottság új koncepciói szerinti vizsgálat Magyarországon. Információs Társadalom (8), 2: 37-52.
8. Hargittai Eszter (2003): How Wide a Web: Inequalities in Access to Information Online. Ph.D. Sociology. New Jersey, Princeton University.
9. Spéder Zsolt (2002): A szegénység változó arcai. Tények és értelmezések: Tények és értelmezések. Budapest, Századvég kiadó.
10. Spéder Zsolt (2003): Gyermeket vállalni – új strukturális körülmények között - Család és népesség – itthon és Európában, In: Spéder Zsolt (szerk.), Család és népesség - itthon és Európában. Budapest, KSH Népességtudományi Kutatóintézet, Századvég kiadó. 86-112.
11. Székely Levente (2018): Magyar fiatalok a Kárpát-medencében: Magyar Ifjúság Kutatás 2016. Budapest, Kutatópont Kft., Enigma 2001 Kiadó és Médiaszolgáltató Kft.
12. Európai Bizottság (2001): Social Exclusion: Commission Takes First Step Towards EU Poverty Strategy.
http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2001/oct/iO1-1395_en.html.
13. KSH: A háztartások életszínvonala, 2017.
<https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/hazteletszinv/hazteletszinv17.pdf>.
14. KSH: Az infokommunikációs technológiák és szolgáltatások helyzete Magyarországon, 2016.
<https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/ikt/ikt16.pdf>.
16. Magyar Ifjúság Kutatás 2016. Az ifjúságkutatás első eredményei. Ezek a mai magyar fiatalok! Székely Levente- Szabó Andrea (szerk.), Társadalomkutató Kft.
17. http://www.ujnemzedek.hu/sites/default/files/magyar_ifjusag_2016_a4_web.pdf.
18. NMHH: Lakossági internethasználat online piackutatás 2017.
http://nmhh.hu/dokumentum/195102/lakossagi_internethasznalat_2017.pdf.
19. NMHH: Lakossági internethasználat online piackutatás 2016.
http://nmhh.hu/dokumentum/187704/lakossagi_internethasznalat_2016.pdf.
21. Magyarország Digitális Stratégiája (2016) Budapest,
22. <http://www.kormany.hu/download/0/cc/d0000/MDO.pdf>.



A szociális ellátórendszer sajátosságai Kárpátalján

Báthori-Tárczy Zita¹, Popovich Anna², Katsora Olexander³

¹ nyugalmazott egyetemi docens, Ungvári Nemzeti Egyetem, Társadalomtudományi Kar, Szociológia és Szociális munka Tanszék. Universytets'ka St, 14Uzhhorod.

² egyetemi docens, Ungvári Nemzeti Egyetem, Társadalomtudományi Kar, Szociológia és Szociális munka Tanszék. Universytets'ka St, 14Uzhhorod.

³ tanár, Ungvári Nemzeti Egyetem, Társadalomtudományi Kar, Szociológia és Szociális munka Tanszék. Universytets'ka St, 14Uzhhorod.

INFO

Katsora Olexander
oleksandr.katsora@uzhnu.edu.
ua

Keywords:

Transcarpathia, social protection, social services, welfare and well-being, state-run and non-governmental organization, double institutionalization.

Kulcsszavak:

Kárpátalja, szociális védelem, szociális szolgáltatások, jólét, jól-lét, állami és nem állami szervezetek, intézménytelenítés, kettős intézményesítés

ABSTRACT

Abstract. The Characteristic Features of Social Care System in Transcarpathia. The study deals with the social protection system in Transcarpathia; presents the structure of Ukrainian social protection and describes its components; the current economic, social and social situation characterized in the light of past and present aspects; outlines the peculiarities and tasks of Ukrainian state and non-state social protection its tasks and the factors limiting their fulfilment; clarifies the concept of social protection, welfare and well-being in order to avoid misunderstanding and contradictions in their interpretation; presents the system of Transcarpathian social services through certain activities and good practices of some major state, non-state and church institutions, draws conclusions on the situation and development tendencies.

Absztrakt: A tanulmány a kárpátaljai szociális védelem rendszerével foglalkozik; bemutatja az ukrainai szociális védelem felépítését és jellemzi annak összetevőit; a múlt és a jelen vonatkozásában elemzi a jelenlegi gazdasági, szociálpolitikai és társadalmi helyzetet; kitér az ukrán állami és nem állami szociális védelem sajátosságaira, feladataira és az azok teljesítését korlátozó tényezőkre; tisztázza a szociális védelem, jólét és a jól-lét fogalmát az értelmezésükben tapasztalható eltérések és ellentmondások elkerülése végett; néhány jelentősebb állami, nem állami és egyházi fenntartású intézmény tevékenységének, jó gyakorlatának ismertetésével bemutatja a kárpátaljai szociális szolgáltatások rendszerét; megállapításokat fogalmaz meg a helyzettel és a fejlesztési irányokkal kapcsolatban.

Bevezetés

Kárpátalja szociális ellátórendszerének fejlődését nem lehet az ukrán nemzeti tendenciáktól és egy sor fontos előzménytől elválasztva vizsgálni. Az ellátórendszer kialakulását a paternalista szociális politika, a túlzott centralizáció és a szociális védelem területéről korábban teljesen hiányzó civil szektor megjelenése jelentősen befolyásolja. Napjainkban, az Ukrajna keleti régiójában folyó harci események, a romló gazdasági helyzet, a jelentős társadalmi feszültségek nagyban megnehezítik a szociálpolitika megvalósítását. A jövedelmek és az igények kielégítése szintjén óriási különbségek mutatkoznak, ami a lakosság polarizációjához vezet. A „hagyományos” társadalmi problémák (szegénység, munkanélküliség, hajléktalanság, gazdasági migráció, fogyatékoság, árvaság) súlyosbodnak és a társadalmi szintéren mellettük újak jelennek meg: ilyen a belső migráció, a keleti-ukrajnai harci események következtében bekövetkezett hirtelen elszegényedés és a rokkantság. A közigazgatási-területi reform, a fiskális decentralizáció, a helyi önkormányzatok szerepének erősödése, a szociális szolgáltatások deinstitutionalizációja, a nyugdíjreform, a célzott támogatás rendszerének bevezetése a lakosság leginkább veszélyeztetett rétegei számára stb. merőben új helyzetet teremt. A szociális szolgáltatásokat nyújtó civil szektor szerepe növekszik, a stabil társadalmi körülményekhez igazított, régi szociális ellátórendszert fokozatosan egy viszonylag új fogalom, a lakosság szociális védelme váltja fel.

A szociális védelem fogalmának az ukrán nemzeti jogszabályokban nincs hivatalos definíciója. Nincs egységes szociális kódex sem, amely a szociális védelem minden aspektusát szabályozná, annak ellenére, hogy az országban szemléletváltás történt. Korábban a szociális védelem fogalma a szociális ellátás fogalmával, azaz a pénzbeli juttatásokkal volt azonos, és kizárólag szociális kockázatok esetén került szóba. Mára már a szociális védelem tágabb értelemben vett jelentése elfogadott, és a társadalmi élet sok területét érinti: a szociális ellátórendszert, oktatást, egészségügyet, foglalkoztatást, társadalombiztosítást, a szociális szolgáltatásokat stb. Napjainkban a szociális védelem kontextusában gyakran kerül szóba a társadalmi jólét, jól-lét fogalma, a globalizáció és regionalizáció államra gyakorolt hatásának kérdései. A fent említett fogalmak tisztázását azért tartjuk fontosnak, mert igen nagy eltérések, sőt ellentmondások vannak azok értelmezésében.

A szociális szféra fejlődése, funkcionálása, tendenciáinak szempontjából meghatározó tényező az adott országban uralkodó politikai gondolkodás, hisz az uralkodó politikai álláspont határozza meg az állami és a civil szektor szerepkörét, ezek helyét, feladatait, lehetőségeit, felelősségvállalását, a nemzetközi szervezetekkel való együttműködést és a szociális szféra területére érvényes összes tendenciát.

Jelen tanulmányban a szociális védelem széleskörű értelmezését fogjuk alkalmazni, jellemezzük összetevőit, így a szociális garanciák, a társadalombiztosítás, az állami szociális segélyek és a szociális szolgáltatások rendszerét. Főbb forrásként a nemzeti törvények, jogszabályok, tanulmányok, állami statisztikai felmérések eredményei és közigazgatási jelentések adatai szolgálnak. A tanulmány azon része, amely Ukrajna helyzetét próbálja behatárolni az államkoncepciók rendszerében, valamint a jólét és a jól-lét fogalmainak értelmezésével foglalkozik, a külhoni magyar

kutatók számára 2019-re kiírt Domus pályázat keretében a Kodolányi János Egyetemen folytatott kutatásnak köszönhetően született.

A jólét és jól-lét

Ukrajna gazdaság- és szociálpolitikájában a rendszerváltás közel 30 éve alatt komoly paradigmaváltás történt, új nézőpontok születtek, új társadalmi mozgalmak fejlődtek, szociális gazdaság van kialakulóban. Mindez a rendkívül nehéz és változó gazdasági-, politikai- és kulturális viszonyok miatt nagyon lassan zajlik. Nemzetközi összehasonlítás szerint a világ közel negyven országa mellett Ukrajna a tekintélyelvű versenyző államok kategóriájába tartozik és formális demokratikus intézményrendszerrel rendelkezik (Hervainé 2015). A Szovjetunió széthullása azt eredményezte, hogy az ország fejlődésében erősen visszacsúszott, a 2014-től keleten folyó háború a fejlődést tovább lassítja, csökkentve ezzel a lakosság politikai, szociális, valamint gazdasági biztonságát. Ugyanúgy, mint a többi informális biztonsági rendszerrel rendelkező országban, az ukrán politikai gazdaságtanra is hatnak a kapitalista országok, a piacát multi- és transznacionális vállalatok, szervezetek erősen befolyásolják. A lakosság jelentős részét politikai és gazdasági értelemben vett kirekesztettség jellemzi. Segélyek és juttatások bonyolult rendszere működik, mely nem fedezi még minimális mértékben sem a szükségleteket. A lakosság, hogy talpon tudjon maradni, számtalan megoldáshoz folyamodik. Jellemző a belföldön és külföldön végzett vendégmunka, az elvándorlás, az agyelszívás következtében tapasztalható értelmiségi réteg kivándorlása, lassú el- és átszivárgása jobb életkörülményeket és lehetőségeket biztosító országokba. Erős a gazdasági migráció, amely korábban a férfiak, utóbbi években főleg a nők nagy számát érinti. Ez a jelenség komoly következményekkel jár, és egy sor komoly, új, családi, szociális- és gazdasági problémát vet fel. Az illegális és féllegális üzlet virágzása, az aggasztó bűnözési statisztika a hatalom részéről komoly lépéseket sürget. A politikusok országért és lakosságért való tenni akarása, cselekvőképessége a közvélemény által erősen megkérdőjelezett, az emberek bizalma, hite a változásokban erősen megrendült, a lakosság nagy száma a megélhetéséért küzd, a politikát szükséges rosszként éli meg. Külföldről finanszírozott grantok, NGO-k projektjei, egyházi működtetésű intézmények egészítik ki/helyettesítik a hiányos állami szociális intézményrendszereket. Az országban a hangsúly az alapvető, égető szükségletek kielégítésére van helyezve, sok, törvény által előírt kedvezményben, juttatásban a lakosság csak azon része részesül, amely tud is annak létezéséről. Sokszor a törvény által előírt jogok sem teljesülnek. A jólét meghatározása kapcsán inkább a gazdasági és politikai biztonság, fenntarthatóság kérdése merül fel, de az országra a gazdasági fejlődés, a banki rendszer és a befektetések bizonytalansága a jellemző. A lassúság és bürokratizmus révén a szociálpolitika nem éri el a kellő hatását, így Ukrajna tekintetében továbbra is felemelkedő, demokratikus jóléti rezsim színében tetszelgő posztkommunista illfare rezsimről beszélhetünk. A törvény által előírt, állami, megyei és regionális szintű szociális intézményrendszer ki van ugyan építve, de ezek főleg adminisztratív szolgáltatásokat nyújtanak, kis számú szakembergárdával mű-

ködnnek, akik gyakran a megfelelő szakirányú felkészítés hiányában a gyakorlatban nem tudnak effektív munkát kifejtteni.

Ahhoz, hogy precízen meg tudjuk határozni a jólét és a jól-lét fogalmát statisztikusokra, környezettudománnyal, gazdaság- és társadalomtudománnyal, valamint szakpolitikával foglalkozó szakemberekre van szükség. De ahhoz hogy szétválasszuk ezeket a fogalmakat elég, ha tudjuk, hogy a jólét meghatározásánál az egyén és társadalom szempontjából is központi szerephez az anyagiak jutnak, a jól-lét fogalma pedig az életminőségről szól, ami az egyén, csoportok, az egész társadalom széles értelemben vett életterét, érzelmi és tudati viszonyulásait érinti.

Magyarországon a jól-lét, a társadalmi haladás, a fenntartható fejlődés mérését a Nemzeti Fenntartható Fejlődési Stratégia 2013-as elfogadása tette lehetővé. Indikátorfejlesztései, a brit Statisztikai Hivatal tanulmányai alapján, a korábban nem mért jól-léti mutatókra is kitértek, így Magyarország viszonylatában beszélhetünk közösségi, munkahelyi, iskolai, családi és egyéni jól-létről, de vizsgálják a jól-lét kérdését az életciklus folyamatában is, így gyermekkori, ifjúsági, felnőttkori és időskori jól-létről is vannak adatok. A magyar fejlesztési közpolitikai programok kötődnek az EU-programokhoz és az egészség, az egészség szociális hátterének alakítását fejlesztő programokra, városok, megyék fejlesztési programjaira, részletes operatív fejlesztési tervek kialakítására teszik a hangsúlyt (Hervainé 2015).

Az ukrainai kutatók zöme a jólét és a jól-lét kérdéseit nem választja szét. Csecsely O. M. az *Államigazgatás a gazdasági szférában* című könyvében arról ír, hogy a jólét fogalma rendkívül sokrétű, szintje olyan tényező, amely gátolja vagy előmozdítja a fejlődést, tovább ösztönzi vagy korlátozza az egyének és a lakosság aktív gazdasági magatartását. A lakosság jólétét a termelés, árucseré, felosztás és fogyasztás terén tapasztalható társadalmi tevékenység feltételei határozzák meg. A jólét alakítja a szükségletek hierarchiáját és határozza meg a szükségletek kielégítésének szintjét is. Összetevői vizsgálatok 3 fontos és szerkezetileg külön-külön is összetett területet kell vizsgálni – 1. a közjólétet, 2. a fejlődés minőségét valamint 3. az életszínvonalat és az életminőséget. A közjólét értékelése a GDP jövedelemeloszlás egyenlőtlenségeinek figyelembevételével kerül elemzésre. A fejlődés minőségének értékelése során a humán tőke fejlődéséhez szükséges javak biztosítását mérik. A lakosság életszínvonalát a lakosság jövedelme, a szociális biztonság, az egészségügyi ellátás, az oktatás, a demográfiai helyzet jellemzi. Az életminőség meghatározása ökológiai, gazdasági, szociális, politikai, demográfiai indikátorok mérése folytán történik (Csecsely 2015).

A lakosságnak égető szüksége van a segítségre. Ezt regionális szinten a Kárpátaljai Megyei Állami Adminisztrációhoz beérkezett lakossági kérelmek nagy száma is bizonyítja. A megyei vezetés a lakosság kérelmeivel kapcsolatos tevékenységéről szóló hivatalos jelentése szerint 2018 első felében 1882 kérelmet regisztrált, ezek 80,1%-a a szociális védelem hatásköréhez tartozó kérdésben érkezett (Kárpátaljai Megyei Állami Adminisztráció 2019). A kérelmezők között 668 nyugdíjas, 658 fogyatékkal élő, a terrorellenes akció (ATO) 504 résztvevője, 56 munka veteránja, 39 nagycsaládos, 16 csernobili katasztrófa következményeinek felszámolásában résztvevő személy és 11 egyedülálló anya volt. A gondok enyhítésére, a lakosság védelmében, egyszeri segélyeket adnak „Turbota”, regionális fejlődést segítő állami program keretében. .

A lakosság szociális védelmi rendszerének szervezeti felépítése

Ukrajna Alkotmánya szerint Ukrajna szociális állam. A szociális állam fogalma, pedig előírja az objektív okok miatt magukat önállóan ellátni képtelen állampolgárok támogatását. A szociális védelmi rendszer – az állam gazdasági, jogi, szervezési és egyéb intézkedéseinek rendszere az állampolgárok szociális jogainak és garanciáinak biztosítása érdekében jött létre és mindenekelőtt az állam támogatását hivatott garantálni azoknak az állampolgároknak, akik erre a koruknál, egészségi állapotuknál, szociális helyzetüknél, elégtelen létfeltételeiknél fogva rá vannak szorulva. A lakosság szociális védelmét a központi végrehajtó szerv, Ukrajna Szociálpolitikai Minisztériuma biztosítja, amelyhez az Állami Munkaügyi Szolgálat, Ukrajna háborús veteránok és az antiterrorista hadműveletben résztvevők ügyeivel foglalkozó Állami Szolgálat, Ukrajna Nyugdíjalapja és az Állami Foglalkoztatási Szolgálat tartozik. A járási és városi állami közigazgatás gyermekügy szolgálatait és a lakosság szociális védelmét ellátó osztályok a Megyei Állami Közigazgatási Hivatalok részei, a hozzájuk tartozó egységekkel együtt. Az állam szociálpolitikájának a megvalósításáért regionális szinten, így Kárpátalján is, a megyei állami adminisztráció Munkaügyi és Szociális Védelmi Főigazgatósága felel. A Főigazgatóság intézményrendszeréhez Kárpátalján 19 járási és városi munkaügyi és szociális védelmi valamint szociális szolgáltatások igazgatósága; 19 területi szociális szolgáltatóközpont; 1 fogyatékkal élők szakmai-módszertani és társadalmi rehabilitációjának területi központja; 7 bentlakásos intézmény tartozik (a munkácsi, nagyszőlősi, vilsáni (Égermező) gyermekeket, a nagyszőlősi időseket befogadó intézmény; a turjaremetei valamint a két munkácsi pszicho-neurológiai intézmény).

A Kárpátaljai Megyei Állami Adminisztráció Munkaügyi és Szociális Védelmi Főigazgatósághoz tartozik továbbá a Megyei Munkaközvetítő Iroda; a Megyei Állami Adminisztráció Gyermekvédelmi Szolgálat; Megyei Állami Családügyi, Gyermek- és Ifjúsági Szociális Szolgáltatások Központja és több állami szociális alap. A megyei intézményekhez járási és városi központok, szociális szolgálatok és más intézmények és szervezetek tartoznak. Az országban öt állami szociális társadalombiztosítási alap működik. Ezek a Nyugdíjalap; Munkaképesség ideiglenes elvesztése; Munkahelyi balesetek és foglalkozási megbetegedések; és Munkanélküliség esetére vonatkozó kötelező állami Társadalombiztosítási Alapok, valamint a Csernobili katasztrófa következményeinek felszámolását és a lakosság szociális védelmét szolgáló Társadalombiztosítási Alap. A szociális védelem feladata a helyi és az állami költségvetésekből finanszírozott egészségvédelmi, lakásépítési, munkanélküliséget megelőző és munkanélkülieket támogató szociális programok kidolgozása is.

Az önkormányzati és az államhatalom területi szervezeti reformja Ukrajnában négy éve zajlik. A területi alapon szerveződő közösségek egyesítése terén Kárpátalja Ukrajnában az utolsó helyet foglalja el. A megyében 2016 és 2017 során hat összevont területi közösséget hoztak létre, 5 további közösség várja az egyesítésről szóló megyei vezetés határozatát. Ez a folyamat 2018-ban nem folytatódott, annak ellenére, hogy a regionális hatalom optimalizálása érdekében 53 közösség létrehozását prognosztizálták (jelenleg 337 helyi tanács működik). 2019-ben a közösségek még

önként egyesülhetnek, ezután az összevonásról központilag döntenek, ami azt jelenti, hogy a szociális védelem az említett szervezeti átalakulások folytán a jövőben egészen más képet fog mutatni. Az új önkormányzati reform a szociális szolgáltatások biztosítását alapszinten a helyi közösségek hatáskörébe helyezi. Ez a szociális szolgáltatások decentralizációját jelenti. A tervek szerint a jövőben a területi vagy megyei rangú városokban „átlátszó office” jellegű szociális szolgáltató központok létesülnek. A járási szintű szociális szolgáltatások feladatkörét pedig átruházzák a területi alapon szerveződő közösségekre. A szociális szolgáltatások ügyintézése korszerűsödik és a területi alapon szerveződő közösségekben „front office” és „back office” alkalmazásával fog történni.

A lakosság szociális védelmi rendszerének összetevői

Szociális garanciák. Állami szociális garanciának tekinthető a törvény által meghatározott minimálbér, jövedelem, nyugdíj, a szociális segély és más típusú szociális juttatás nagysága. A szociális garancia célja az állam alapvető társadalmi norma szerinti létminimum szintjénél nem alacsonyabb életszínvonalat biztosítson. A létminimumot az adott évre, Ukrajna állami költségvetéséről szóló törvény által meghatározott módon, Ukrajna Legfelsőbb Tanácsa hagyja jóvá évente. Először a létminimumot 2000-ben határozták meg 270 UAH összegben (Ukrajna Pénzügyminisztériuma). 18 év alatt, közel hét emelést követően 2018. december 31-re ez az összeg 1853 UAH. Elmondhatjuk, hogy hosszú távon ez a növekedés rendkívül jelentéktelen, így a létminimum a lakosság jövedelmének alakulására nincs pozitív hatással. A törvény módot ad arra, hogy a helyi önkormányzat az állami költségvetés által az adott évre megállapított létminimumnál nem alacsonyabb szintű regionális létminimumot állapítson meg, ami az ottani életszínvonal értékelése, regionális szociális programok kidolgozása és végrehajtása, a önkormányzati forrásokból finanszírozott szociális segélyekre való jogosultság megállapítása szempontjából nagyon fontos. Az adott évre vonatkozó havi minimálbér nagyságát az állami költségvetésről szóló törvény határozza meg, amely 2019. január 1-től 4173 UAH (Ukrajna Pénzügyminisztériuma).

A Pénzügyminisztérium adatai szerint az átlagfizetés Ukrajnában 2018 novemberében elérte a 9161 UAH-t (Ukrajna Pénzügyminisztériuma), de Kárpátalján, úgy mint sok más régióban, az átlagbér ettől az összegtől jelentősen eltér.

| Időszak | Átlagfizetés (UAH) | Eltérés a hivatalos ukrainai átlagfizetéstől (UAH) | Eltérés (%) |
|---------------|--------------------|--|-------------|
| 2016 december | 5597 | -878 | -13.6 |
| 2017 december | 8127 | -650 | -7.4 |
| 2018 november | 8390 | -770 | -8.4 |

2. táblázat. Átlagfizetés alakulása Kárpátalján a Pénzügyminisztérium adatai szerint (UAH-ban).

A reálbérindex, ami a nominálbér vásárlóerejének változását mutatja Kárpátalján 93,0% volt.

Nyugdíjellátás. Ukrajnában az elfogadott jogszabályok szerint az ország nyugdíjrendszere három pillérű. Az első pillért a kötelező állami nyugdíjbiztosítás szolidáris rendszer képviseli; a második pillér a kötelező állami nyugdíjbiztosítás felhalmozó rendszere; a harmadik pedig az önkéntes részvételen alapuló nem állami nyugdíjalap (Ukrajna 01.01.2019-es szerkesztésű 1058-IV számú 09.07.2003 évi törvénye „A kötelező állami nyugdíjbiztosításról”). A második pillér bevezetése, a várakozások szerint, a gazdasági növekedést, a nyugdíjasok jobb ellátását fogja segíteni, valamint csökkenti a szolidáris rendszer hiányát.

A nyugdíjrendszer alapja jelenleg továbbra is a szolidáris rendszer. A szolidáris rendszerben az öregségi, rokkantsági és az eltartó elvesztése esetén kiszabható nyugdíjak kerülnek megállapításra. A felhalmozási rendszerből lesz fedezhető az élethosszig tartó nyugdíj és az egyszeri kifizetések. Ma az adott időpontra érvényes átlagos fizetéshez kötődő biztosítási járulékokat a munkáltatók fizetik. Így, a mai nyugdíjasok alacsony nyugdíjának egyik legfontosabb okát a kormány a korábbi időszakok igazságtalan bérfeltételeivel magyarázza.

Az Ukrajna Állami Statisztikai Szolgálatának, az Ukrajna Nyugdíjalapjának, az Ukrajna Nyugdíjalapjának Kárpátaljai Főigazgatóságának elemzése szerint 2011 - től a nyugdíjasok száma mind az országban, mind Kárpátalján csökken (2. táblázat). Ennek demográfiai okai vannak. A nyugdíjkorhatárt elérő emberek száma évente csökken, fokozatosan növekszik a nyugdíj megállapításához szükséges szolgálati idő, erős külföldre irányuló migráció, magas a halálozási arány.

| | 1996 | 2001 | 2011 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|-------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Ukrajna (millió fő) | 14,4 | 14,4 | 13,7 | 12,2 | 11,9 | 11,7 | 11,5 |
| Kárpátalja (ezer fő) | 276,2 | 288,2 | 294,3 | 287,5 | 283,3 | 280,0 | 274,6 |

2. táblázat. A civil és katonai nyugdíjasok számának alakulása Ukrajna Statisztikai Szolgálatának 2019. január 1-i adatai alapján

A Kárpátalján a demográfiai helyzet miatt egy munkavállalóra átlagosan 1,4 nyugdíjas jut, de ez az arány járasonként eltérő. Az Ungvári járás viszonylatában egy munkavállalóra 0,5 nyugdíjas jut, Volóci járásban - 2,3, Técsői járásban - 2,1 (Az idei és múlt évi nyugdíjakról). 2019 eleji adatok szerint az összes kárpátaljai nyugdíjas közül 47 ezer dolgozik. A nyugdíjak összege gyakran változik, nominálértékének növekedése ellenére vásárlóereje folyamatosan csökken. A Nyugdíjalap a nyugdíjkifizetések átlagos összegéről szóló 2019. január 1-i adatai szerint a létminimum alatt élő nyugdíjasok aránya Ukrajnában 20% körül van. (Ukrajna Nyugdíjalapja) Ugyanerre az időszakra számított átlagnyugdíj összege Kárpátalján 2139,66 UAH, ami a nyugdíjak emelését sürgeti. 2019 márciusától a kormány éves nyugdíjindex bevezetését tervezi.

A nyugdíjbiztosítás második pillérének, a felhalmozási rendszernek a bevezetését 2019. január 1-jéről 2020-ra halasztotta. Ami a harmadik pillért illeti, a Pénzügyi Intézmények Állami Nyilvántartása 2018. június 30-ára Ukrajna 8 régiójában 62 nem állami nyugdíjalapot jegyez (Kijevben 44-et, ami az összes magánnyugdíjalap 71,0% -a, kárpátaljai nincs közöttük). (A nem állami nyugdíjellátó rendszer fejlődésének eredményei)

Ukrajna Nyugdíjalapja fokozatosan fejleszti szolgáltatásait, köztük a távszolgáltatást is. Internetes portálján keresztül elektronikus szolgáltatásokat nyújt, kapcsolattartó központot működtet, alkalmazza a mobil kommunikációt, e-mailt. A régióban dolgoznak az „egyablakos rendszer” kialakításán, a területi osztályokon eddig 23 távmunkahely létesült, (3 közülük összevont területi közösségben).

Állami szociális segélyek. A jelenlegi ukrán állami szociális támogatási rendszer hátrányos helyzetben, szegénységben és kiszolgáltatottságban élő lakossági csoportokat támogat: gyermekes családokat, a szegény családokat, nyugdíjra nem jogosult személyeket, fogyatékkal élő felnőtteket és gyermekeket, stb. 2019 január 8-i hivatalos statisztikai adatok szerint Ukrajnában 1512367 lakhelyéről elűzött és áttelepített személy él. Számukra a kormány speciális célzott támogatási programot létesített.

Állami szociális segélyeket Ukrajna Szociálpolitikai Minisztériumának alárendelt szociális védelemi rendszer irányító szervei nyújtanak. A csoportok szerinti és célirányos segélyek finanszírozása a központi költségvetésből történik a helyi költségvetésbe irányított szubvenciók átutalása révén. Célirányos támogatási elv alapján az alacsony jövedelmű családok családi segélyt kapnak valamint támogatást tüzelőre és kommunális szolgáltatások költségeire. A segélyek másik része csoportok szerinti vagy kombinált, és függ a jövedelemtől.

Kárpátalján számos 2018 tíz hónapja alatt 87672 család kapott különböző típusú szociális segélyt: 60020 gyermekes család; 15819 gyermekkori fogyatékkal élő személy és fogyatékkal élő gyermek; 10085 alacsony jövedelmű család (46%-uk sokgyermekes család); 368 gyermek, akiért a szülők nem fizetnek gyerektartást. (Kárpátaljai Megyei Állami Adminisztráció Szociális Védelmi Főosztálya).

Szociális szolgáltatások. A lakosság szociális védelmének egyik legfontosabb összetevője a 2007 óta reformálás alatt álló szociális szolgáltatások rendszere. A fokozott figyelmet a népesség elöregedése, a fogyatékkal élők számának növekedése és egyéb társadalmi problémák megjelenése indokolja. Hivatalos adatok azt mutatják, hogy Ukrajnában minden évben több mint 1 millió nehéz körülmények között élő személy kerül nyilvántartásba. 2017-ben közülük 1 347 447 személy vett igénybe szociális szolgáltatást. Ugyanebben az időszakban Kárpátalján 19450 személy került nyilvántartásba és vett igénybe szociális szolgáltatást. (Ukrajna Statisztikai Szolgálat. Adatgyűjtemény)

„Ukrajna szociális szolgáltatásokról” szóló törvényének 12. cikke alapján az állami és nem kormányzati szociális szolgáltatások biztosítása valamennyi tulajdonforma felhasználásával és fejlesztésével történik (Ukrajna 07.01.2018-es szerkesztésű 966-IV számú 19.06.2003 évi törvénye „A szociális szolgáltatásról”). Az állami szektort állami tulajdonú, központi végrehajtó hatóságok által irányított szervezetek képviselik, a kommunális szektort, a helyi önkormányzati szerveknek alárendelt

közösségi tulajdonú intézmények. A nem kormányzati szektorhoz szociális, jótékonyági, vallási szervezetek és szociális szolgáltatások nyújtásával foglalkozó magánszemélyek tartoznak. Kárpátalján zömében állami és kommunális intézmények működnek, de fejlődik a magánszektor is.

A lakosság számára nyújtott szociális szolgáltatások elsősorban két szociális intézményrendszer hatáskörébe tartoznak, a család-, gyermek- és ifjúsági szociális szolgáltató központokhoz, valamint a lakosság szociális védelmét ellátó főosztályok hatáskörébe. Számos rájuk ruházott feladatkörben jelentős az átfedés, ami sürgeti az átszervezést és az emberi, anyagi, pénzügyi és technikai erőforrásokkal kapcsolatos problémák megoldását.

Nemzeti és regionális szinten bizonyos csoportok számára a szociális szolgáltatások intézménytelenítésének folyamata zajlik. Kárpátalján ez a folyamat az árvák és a szülői felügyelettől megfosztott gyermekek bentlakásos intézményei tekintetében a legeredményesebb. Az intézményi felügyelet családban vagy családi környezetben történő gondozásra és nevelésre módosul. 2017 végére 2216 volt az árvák és a szülői felügyelet nélkül maradt gyermekek száma. A túlnyomó többségük mára már családban van: 87 gyermeket örökbe fogadtak; 1485 gyámság alá van helyezve; 45 családi típusú gyermekotthonban 274 gyermeket helyeztek el, 124 nevelőszülőknél él. 117 gyermek továbbra is állami bentlakásos intézményben nevelkedik, közülük 62 az Oktatási és Tudományügyi Minisztériumhoz, 55 pedig a Szociálpolitikai Minisztériumhoz tartozó intézményben. (Ukrajna Statisztikai Szolgálat)

Az idők bentlakásos intézményrendszerének alternatívájává a Kárpátalján 19 intézményből álló területi szociális szolgáltató központok hálózata vált, melyek szolgáltatásai iránt nagy az érdeklődés. A területi szociális szolgáltató központok az alapvető szociális szolgáltatások mellett otthoni ellátást, átmeneti elhelyezést, nappali intézményben történő ellátást, környezethez való adaptációt, természetbeni ellátást és egészségügyi segítségnyújtást biztosítanak. A listán innovatív szolgáltatások is megjelentek, így például a „Harmadik kor egyeteme”, de van otthoni palliatív ellátás, bevásárlással és szállítással kapcsolatos szolgáltatás is. Kárpátalján a vallási közösségeknek és nemzetközi alapítványoknak köszönhetően az idők általános szociális szolgáltató központjainak száma nő, 5 új típusú, kevés férőhelyes lakóotthon létesült. A pszichoneurológiai bentlakásos intézmények átszervezése folyamatban van, itt innovatív ellátási formák bevezetése folyik. Fontos megjegyeznünk, hogy elkezdődött, a szociális szolgáltatások szabványosítási folyamata is. Mára már húsznál több elfogadott szabvány határozza meg a szociális szolgáltatások tartalmát, intézményi feltételeit, az ehhez szükséges dokumentumok listáját, az ellátási eljárást, az ellátás időszabályozását és a minőségére vonatkozó követelményeket.

Nem kormányzati szervezetek a szociális védelem rendszerében

A civil társadalom fejlődése, a demokratikus normák meggyökerezése az országban, a közösség államalakításba való bevonását közvetlenül biztosító civil szervezetek jelenléte nélkül elképzelhetetlen. Ezek a szervezetek közvetítőként működnek az

állam és különböző társadalmi csoportok között, a civil társadalom részéről ellenőrzést gyakorolnak az állam tevékenysége felett, megakadályozzák az állam politikai, gazdasági és a társadalmi élet szféráinak monopolizálását, védik az állampolgárok jogait és érdekeit (Buko 2006).

A rendszerváltásként megélt 90-es éveket követően Ukrajnában gyökeresen megváltozott a szabadság, biztonság, jólét, jól-lét, jóléti társadalom értelmezése. Szovjetunió tagállamként Ukrajnában is a szovjet adminisztratív rendszer erősen bürokratikus és autokrata ideológiai irányítása volt jellemző. A szociális kérdésekkel való foglalkozás kizárólagosan az állami feladat- és hatáskörhöz tartozott, ami a történelem során precedens nélküli módon, a magánszektor, szponzori segítség, mecenatúra és nemzetközi együttműködés kizárásával zajlott. A 80-as évek végén felszínre kerülő, komoly társadalmi problémák kezelése, amit akkor már a nyíltan folytatott kutatások is kimutattak, erősen meghaladta az állam lehetőségeit. Ezek orvoslása céljából a 90-es évektől bizonyos területeken, szigorúan szabályozott és ellenőrzött módon, a politika teret engedett a civil szerveződéseknek, kezdeményezéseknek és viszonylag nyitottá vált a Nyugattal való diplomáciai, gazdasági, technológiai és információs együttműködés iránt. A harmadik szektor Ukrajnában is fejlődésnek indult, mára a társadalmi felelősségvállalása jelentős. Az ukrán adótörvénykönyv 157. cikke a nonprofit szervezetek 12 csoportját különbözteti meg. Tevékenységük szabályozásában az ukrán törvényhozás liberálisnak számít. Hivatalos 2018 elejei statisztikai adatok szerint Kárpátalján 1589 nem kormányzati szervezet működik (Ukrajna Statisztikai Szolgálat). Természetesen közülük nem mind nyújt szociális szolgáltatásokat. Ezen a területen a jótékonyági alapítványok a legaktívabbak, legtöbbjük szegények, betegek, fogyatékkal élők, idősek és a lakosság egyéb hátrányos helyzetben élő csoportok megsegítésével foglalkozik.

A Munkácsi görög katolikus egyházmegye „Kápirac-Caritas” jótékonyági alapítványa közel 20 éve nyújt szociális szolgáltatásokat nehéz helyzetben élő emberek számára. Kiválóan működik az „Otthoni Gondoskodás” (ukránul Domashnya-opika) projektjük, amely idős embereknek biztosít otthoni ápolást, szervez szabadidős tevékenységeket és háztartásvezetésben nyújt segítséget. Az Irgalom Háza nevet viselő intézményük átmeneti menedéket biztosít javarészt idős emberek számára, akik különböző okok miatt nem élnek családban. Az Alapítvány „Segítségnyújtás az antiterrorista hadművelet által érintett családoknak” nevű projektje is példaértékű. A projekt a kelet-ukrajnai harcok áldozatainak, valamint a lakóhelyüket elhagyni kényszerült embereknek, az elhunyt katonák és önkéntesek családjainak segít.

Számos más társadalmi és jótékonyági szervezet nyújt szociális szolgáltatásokat Kárpátalján. Így a jótékonyági szervezetek közül az ungvári „Élet útja” Szociális Rehabilitációs Gyógyközpont a fogyatékkal élő gyermekek és fiatalok komplex rehabilitációjával, a fogyatékkal élő gyermekek, fiatalok és családjaik jog- és érdekvédelmével foglalkozik. 2006-tól a Gyógyközpont koordinálja az ország összes korai intervenciós részlegének tevékenységét.

A „Választás” nevet viselő jótékonyági szervezet, a Kárpátaljai Szociális-, Munka-rehabilitációs és Szakmai Orientációs Regionális Központ missziója a megye fogyatékossgal élő fiataljainak közhasznú munkába való bevonása, amelyet az igények felmérése mellett a szakmai képzés és a foglalkoztatás elősegítése révén végzi.

A Dorcas Kárpátalja Jótékonyági Alapítvány elősegíti az árvák, szülői felügyelettől megfosztott gyermekek és nemzeti kisebbségek szociális védelmét. Ugyanezek a csoportok, valamint a fogyatékkal élő gyermekek és fiatalok vannak a fókuszában Kárpátalja közigazgatási központja, Ungvár és az USA Oregon állambeli Corvallis között fennálló testvérvárosi program keretében 2001-től működő amerikai-ukrán TOUCH Projectnek is.

A „Kárpátaljai Egészségügyi és Segítségnyújtási Bizottság” megyei jótékonyági szervezet speciális szükségletű, HIV/TBC fertőzött személyeket és romákat segít, illegális bevándorlók, menekültek és menedékkérők jogainak védelmét vállalta fel. 2009-ben erőfeszítéseiknek köszönhetően jött létre az enyhe és közép súlyos értelmi fogyatékkal élő fiatalok számára az első alternatív típusú intézmény, a „Paraszolka”.

Az „Opika” Jótékonyági Alapítvány célcsoportja a Perecsenyi bentlakásos iskola diákjai, végzősei, kárpátaljai árvák és félárva. A szervezet hajléktalan gyerekekkel is foglalkozik. Jó példa még az idősök ellátását végző zsidó közösség jótékonyági alapítványa, a Hesed Shpira tevékenysége.

Az aktív munkájuk ellenére a nem kormányzati szervezetek többségének állami pénzügyi támogatása nem kielégítő. Ezt az elemzők a pénzügyi források korlátozottságával és a közpénzekből pályázatok útján elnyerhető támogatások átláthatatlanságával magyarázzák. Az állami finanszírozás, többek között az állami szociális megrendelés, az önkormányzat által kiírt pályázatok, a helyi közösségi alapok működési mechanizmusai még nem működnek megfelelően, így a nem kormányzati szervezetek pénzügyileg függenek a külföldi adományozó szervezetektől.

Következtetések

Összefoglalva elmondhatjuk, hogy Ukrajnában az instabil társadalmi-politikai és az ország keleti részén kialakult katonai helyzet jelentősen akadályozza a lakosság szociális védelmével kapcsolatos feladatok ellátását, a régiók és az egész ország fejlődését. A társadalmi kockázatok nem megfelelően prognosztizáltak, így azokat a szociális szféra nem képes teljeskörűen figyelembe venni. A kárpátaljai lakosság szociális védelme jelenlegi rendszerének elemzése több fontos megállapítást enged tenni. Először is, az országban a kettős intézményesítés jelenségével állunk szemben. A szociális védelem hagyományos modellje mellett, amely különböző típusú szociális segélyekre és juttatásokra, a szolidáris nyugdíjrendszerre, a bentlakásos intézmények működtetésére stb. fekteti a hangsúlyt, párhuzamosan létezik egy merőben új is, amelynek fókuszában a célzott szociális segítségnyújtás, az intézménytelenítés és új típusú szociális szolgáltatások kialakítása áll. Mindez a meglévő regionális szociális védelem rendszerét a meglévő erőforrások korlátozottsága mellett a célorientáltság tekintetében fragmentálttá és improduktívvá teszi.

Másodszor, a lakosság szociális védelmének minden összetevője (szociális garanciák, társadalombiztosítás, állami szociális segélyezés, szociális szolgáltatások rendszere) ebben az időszakban reformok alatt áll, ami pozitív változásokat is eredményez. A nyugdíjreform, a bizonyos típusú segélyek monetizálása stb. befo-

lyásolja a jövedelmek és a lakosság jólétének növekedését, ugyanakkor realisan javuló tendenciája csak az intézménytelenítésnek van. A negatív irányba mutató és mellékes trendek megítélése továbbra is ellentmondásos.

Harmadszor, a jelenleg zajló közigazgatási reform kapcsán a lakosság szociális védelmének feladatkörei fokozatosan az egyesült területi közösségek hatáskörébe kerülnek. Emiatt ezen a területen a közösség felelősségvállalásának problémájával szembesülünk. Jól szervezett helyi szociális védelemi rendszer létrehozására van szükség, amely mobilabb lesz a nemzeti rendszernél. Ez esélyt adhat a szociális védelem minden egyes összetevőjének fejlesztésére és a kiszolgáltatott csoportok támogatásának javítására.

A jótékonsági szervezetek tevékenységének eredményessége kedvező feltételeket teremt a hatóságok és a lakosság közötti rendszeres párbeszédhez és erősíti a társadalmi stabilitást. A szociális szolgáltatások területén jól működő jótékonsági intézmények száma növekszik, amelyek aktív részvételükkel pótolni igyekeznek a városi és járási szolgálatai figyelmét elkerülő problémák megoldását. Az ukrainai jótékonsági tevékenységek szférájának elemzése arra enged következtetni, hogy az állam és a civil szervezetek szociálpolitikai iránya azonos, de a reformok komoly szociális tartalommal való feltöltést igényelnek. A körülmények sürgetik az állam, a gazdasági szereplők, a nem kormányzati szervezetek és a társadalom együttműködését a társadalmi problémák megoldása érdekében. Elmondható, hogy a lakosság védelmének sajátosságai, az állami és nem kormányzati szervezetek e területen végzett tevékenysége tágabb kontextusba helyezett, speciális kutatást indokol.

Irodalomjegyzék

1. A civil szervezetek 2017 évi tevékenysége Ukrajnában / Ukrajna Statisztikai Szolgálat. Adatgyűjtemény. 2018
2. A nem állami nyugdíjellátó rendszer fejlődésének eredményei 30.06.2018 évre https://www.nfp.gov.ua/files/OgliadRinkiv/NPF/OsnPokazn/NPF_II_kv_2018.pdf
3. A Kárpátaljai Megyei Állami Adminisztráció lakosság kérelmeivel kapcsolatos hivatalos jelentése / Kárpátaljai Megyei Állami Adminisztráció <https://carpathia.gov.ua/storinka/zvit-shchodo-roboty-iz-zvernennnyamy-gromadyan>
4. A társadalom speciális figyelmét igénylő gyermekek védelme: Ukrajna Statisztikai Szolgálat. Adatgyűjtemény. http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/07/zb_zdpus_2017.pdf
5. Adatok az átlagnyugdíj nagyságáról /Ukrajna Nyugdíjalapja <https://www.pfu.gov.ua/category/informatsiya/byudzhet/analitika/dani-prosередnij-rozmir-pensijnnoyi-vyplaty/>
6. Az idei és múlt évi nyugdíjakról ... <https://www.pfu.gov.ua/zk/49860-propensijnnoyi-roku-mynulogo-i-roku-novogo-rozpovidaye-kerivnyk-zakarpatskyh-pensijnnykiv-anastasiya-pentek/>

7. Állami segélyek kiszabása és kifizetése 01.11.2018 évre / Kárpátaljai Megyei Állami Adminisztráció Szociális védelmi Főosztálya <http://www.zaksoc.gov.ua/index.php/component/content/article/577--01112018>
8. Átlagfizetés / Ukrajna Pénzügyminisztériuma <https://index.minfin.com.ua/ua/labour/salary/average/>
9. Buko S.L. Специфіка активності міжнародних НУО на ринку соціальних послуг. (magyarul – A nem kormányzati szervezetek tevékenységének sajátosságai a szociális szolgáltatások terén) Multiverzum. Filozófiai Almanach. Kijev. 2006. № 54.
10. Csecsely O. M. Állami igazgatás a gazdasági szférában. Vinnyca.Nilan. 2015 371 old. https://pidruchniki.com/79750/ekonomika/derzhavne_upravlinnya_v_ekonomichniy_sferi
11. Hervainé Szabó Gyöngyvér. Állami versenyképesség és jóléti modellek, társadalmi jól-lét és politikai ideológiák dinamikájában. A 21. Század eleji államiság kérdőjelei. Székesfehérvár. KJE.- 2015- 13-48.
12. Hervainé Szabó Gyöngyvér. Kovács László, Schuchmann Júlia. KJF.2015A globális jól-léti közpolitikai áramlat fogadtatása, és hatása az OECD tagországokra. KJE.- 2015.
13. Létminimum Ukrajnában /Ukrajna Pénzügyminisztériuma. <https://index.minfin.com.ua/ua/labour/wagemin/>
14. Minimális munkabér/ Ukrajna Pénzügyminisztériuma <https://index.minfin.com.ua/ua/labour/salary/min/>
15. Reálbérindex / Ukrajna Pénzügyminisztériuma <https://index.minfin.com.ua/ua/labour/salary/index/>
16. Ukrajna 01.01.2019-es szerkesztésű 1058-IV számú 09.07.2003 évi törvénye "A kötelező állami nyugdíjbiztosításról <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1058-15>
17. Ukrajna 07.01.2018-es szerkesztésű 966-IV számú 19.06.2003 évi törvénye „A szociális szolgáltatásról” <https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/966-15>
18. Ukrajna lakosságának szociális védelme: /Ukrajna Statisztikai Szolgálat. Adatgyűjtemény.
http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/07/zb_szn_2017.pdf



Tanulási stílusok vizsgálata a Felder-Soloman teszt alapján

Research on learning styles based on Felder-Soloman test

Alexáné Dorogi Alexandra

Pedagógus, Mátészalkai Szakképzési Centrum Kállay Rudolf Szakközépiskolája, 4320 Nagykálló
Kossuth út 8.

INFO

Alexáné Dorogi Alexandra
dorogi.alexandra@gmail.com

Keywords:

Felder-Soloman test
Learning style
Learning methodology

ABSTRACT

Abstract. In my survey I try to find the answer that how secondary school students study and how teachers can use this information in their lessons when they create lesson plans. Answers of Felder-Soloman learning style questionnaire include how students receive information in the easiest way, how they systematize them and what they need to memorize them. The results are important for both students and their parents.

In results of survey we can see that the most of students are visual, concrete, active and analytic, so they are in the inductive group. A fewer of them are verbal, abstract, reflective and global, so they are in deductive group. I know the answer too that parents' educational attainment, students' daily school of, career choices and the class do not influence the studying style.

Kulcsszavak:

Felder-Soloman teszt
Tanulási stílus
Tanulási módszertan

Absztrakt: A tanulmányban arra a kérdésre kerestem a választ, hogy a középiskolai diákokra milyen tanulási stílus jellemző, és a kapott információkat hogyan használhatja fel a pedagógus a tanítási módszerek kiválasztásakor és ennek alapján hogyan építse fel az órát. A Felder-Soloman Tanulási stílus teszt arra ad választ, hogy a tanulók milyen módon fogadják be legkönnyebben az információt, hogyan rendezik azokat, mire van szükségük az elraktározásához. Az eredmények a diákoknak és a szülőknek is egyaránt fontosak.

A vizsgálatból kiderült, hogy a tanulók nagy része a vizuális, a konkrét, az aktív, az analitikus, így az induktív csoportba tartozik. A kitöltők kisebb része tartozik a verbá-

lis, az absztrakt, a reflektív, a globális és így a deduktív csoportba. Arra is sikerült választ kapni, hogy a szülők iskolai végzettsége, a tanuló napi iskolába járása, a szakmaválasztás és a tanuló évfolyama nem befolyásolja a tanulási stílust.

Ez a tanulmány a Tudományos Diákköri Konferencia keretében jött létre.

Bevezetés

„Az iskola arra való, hogy az ember megtanuljon tanulni, hogy felébredjen tudásvágya, megismerje a jól végzett munka örömét, megízlelje az alkotás izgalmát, és megtalálja a munkát, amit szeretni fog.”

/Szent-Györgyi Albert/

A mai információs társadalom és a Z generációs fiatalok szokásai, mindennapi tevékenységük szinte teljesen megváltozott. McCrindle (2012) szerint ők már a teljesen digitalizált korszakban nevelkednek, így jellemző rájuk a 24/7 online-lét, ami azt jelenti, hogy 24 órában elérhetőek a hét minden napján. A digitális világ, a mobilitás nagyban befolyásolja a tanulásukat is. McCrindle szerint a vizualitás jellemzi őket, azaz, hogy az új ismereteket, információkat képileg jegyzik meg jobban.

Pedagógusként a tananyaggal mindig új információt, új ismeretet adunk át a tanulóknak. Ezt a pedagógusoknak úgy kell ismertetnie, hogy a diák is megértse, és minél jobban el tudja sajátítani. Ezért is kezdtem keresgélni hatékony módszereket erre a helyzetre, hiszen a változást a pedagógusnak is nyomon kell követnie, hogy az adott generációnak mi lehet a legsikeresebb megoldás a tananyag elsajátításában.

A diákok számára fontos azoknak a módszernek a megismerése, amivel a leghatékonyabban tudnak tanulni. Így érhetnek el sikereket. Ha valaki már az elején elveszíti a tanulási motivációt, igen nehéz visszatárlnia a tanuláshoz. Ha nem sajátítja el, hogyan is kell tanulni, akkor céltalanná válik a tanórán, valamint otthon sem fog leülni, házi feladatot készíteni, illetve a tanyagot elővenni és megtanulni.

Tanulmányomban a tanulási stílusokat mutatom be a Felder-Soloman teszt segítségével. A kérdőívet 464 nyíregyházi középiskolai tanulóval sikerült kitölteni.

Úgy gondolom, igen hasznos, ha tanulóként tudjuk, hogy melyik csoportba is tartozunk, hiszen a tananyagot ennek megfelelően tudjuk elsajátítani. Ha pedig tanárként dolgozunk, akkor fontos annak felismerése, hogy a diákok mely csoportba tartoznak. Ha ezt figyelembe vesszük az órák tervezésénél és levezetésénél, akkor sokkal hatékonyabb, eredményesebb lesz az elsajátítandó anyag visszacsatolása. A tanulók ezáltal pozitív élményekhez jutnak, teljesítményük nő.

A mai világban nagyon fontos felismerés lenne, hogy a szülő is megtudja, miért is teljesít alul vagy nagyon jól egy-egy tárgyból a gyermeke. A felmérés eredménye számukra is mérvadó lehet. Ha tudnák, hogy hogyan segíthetnének könnyebben tanulni otthon a gyermeküknek, akkor eredményesebb, sikeresebb tanulás lenne az eredménye.

Ha ez a három tényező – gyerek, szülő, iskola – felismeri a diák tanulási stílusát, sokkal jobb teljesítményre lesz képes a tanuló, jobb átlagot tud hozni az iskola, valamint a szülő is boldog lehet, hogy a gyereke megtanulta, hogyan is kell tanulnia.

A tanulási stílus nem felismerése komoly károkat okozhat. Ha egy diák nem lesz motivált, olyan képességű tanulókat veszíthetünk el, akik egy másik tárgyból esetleg kitűnő eredménnyel szerepelhetnének. Hiszen mindenkinek megvannak az erősségei, csak meg kell találni azt. Ehhez kell a három tényezőnek összefognia és a gyerekeknek akarni tanulni, hogy sikeres ember váljék belőle, és megtalálja magának azt a szakmát, ami a szívéhez közel áll. Ezen kívül az iskola is meg tudná tartani a gyerekeket. Sok iskolából lehet azt hallani, hogy nagy a lemorzsolódás. Mindenki küzd a tanulóért és azért, hogy bent tartsák őket az oktatásban. De ez ellen az iskola is úgy tudna tenni, ha megfelelő tanulási körülményeket biztosítana a diákok számára.

Egyes iskolákban kevés segítség áll a tanárok rendelkezésére. Sok helyen nincs projektor, amellyel színesebbé lehetne tenni az órát, melynek segítségével gyakorlatias videókat és játékos feladatokat tudnánk vetíteni, hogy a modern technológiát is bevonjuk a gyerekek oktatásába. Vagy a táblára ne csak fehér krétával tudjunk írni/rajzolni, hiszen a színek is fontos szerepet játszhatnak egy-egy tananyag megértésénél és elsajátításánál.

A Felder-Soloman teszt kiválóan alkalmas arra, hogy megismerjük egy egyén vagy egy csoport tanulási stílusát. Ezáltal a pedagógus felépítheti a tanórát, beszerezheti a szükséges eszközöket.

A tanulmány első részében azzal foglalkozom, hogy bemutatom a Felder-Soloman tesztet, hogy melyik dimenzió miről szól, majd rátérek a saját kutatásomra. A kérdőíves felmérés eredményeinek ismertetése után levonom a következtetéseket és javaslatokat is teszek, hogy merre lehetne kibővíteni a kutatást.

Elméleti háttér

A tanulás megközelítése

A tanulás nem velünk született képesség. Gyakorlás útján lehet fejleszteni. „*A tanulás során tartós tudást szerzünk, az új információt hosszú távú memóriánkban raktározzuk el. A tanulás továbbá valamiképpen fejlődés: csak akkor beszélünk tanulásról, ha hatása elősegíti, hatékonyabbá teszi a környezethez való alkalmazkodásunkat. A tanulás az elmében bekövetkező adaptív változás.*” (KNAUSZ, 2001).

A tanuláshoz valamilyen motiváció szükséges. Meg kell határozni, hogy mi célból is tanulunk (motiváció törvény). Az eredményes tanuláshoz szükséges a folyamatos gyakorlás (frekvencia törvény). A tanulás során az a hatás erősödik, amely megnyugtató állapotba helyez, de amelyet büntetés is kísérhet (effektus törvény). Ezek a tanulási folyamatok, tapasztalatok átvihetők, felhasználhatók minden új tanulásnál (transzfer törvény) (DINYÁNÉ, 2013).

Úgy gondolom, a mai világban nagyon nehéz megtalálni a diákoknak a motivációt. El kell érni, hogy sikernek könyvelje el a tanulást, tehát kell lennie sikerélménynek.

Tanulási stílusok, módszerek

Minden egyes ember sajátos tulajdonságokkal rendelkezik, melyek biológiai, fejlődési és szocializációs folyamatok által meghatározottak. Az egyéni preferenciák meglévő készlete befolyásolja gondolkodásunkat, viselkedésünket, a tanuláshoz való viszonyulásunkat és az ismeretek feldolgozásának módját is. Balogh (1993) megfogalmazásában a tanuló önálló tanulásában megmutatkozó stílusjegyeket nevezzük tanulási stílusnak, míg Mező (2002) szerint az egyén által előnyben részesített külső és belső tanulási feltételeket jelenti.

A tanulási stílus nem az intelligencia mércéje, hanem azoknak a belső energiáknak az összessége, amelyeket az egyén a tanulás során használ. Nem más, mint az információ befogadásának és az új ismeretek feldolgozásának módja. A tanulási nehézségekkel küzdők számára pedig kulcsfontosságú is lehet, hiszen ez lehet a megoldás arra, hogy sikeresen tanuljanak (BERNÁTH, KOLLÁR, NÉMETH, 2015). Ezek a tanulási stílusok stratégiák is lehetnek, hiszen különféle módszerekkel tudunk tanulni. Ez egyénenként eltér és változik, hogy kinek mi jelent segítséget.

Oroszlány (2004) szerint a tanulásra először egy alkalmas állapotot kell létrehozni. Ezt nagyon nehéz elérni, mert mindennek rendben kell lennie ahhoz, hogy az ember tökéletesen tudjon a munkájára, a tanuló pedig a tanulásra koncentrálni. Szintén már majdnem lehetetlen is, annyi dologra kellene koncentrálni. Példának okáért a teljesség igénye nélkül, a következő néhány hétköznapi dolgot emelném ki a szerző gondolatából: figyelni kell a testi-lelki egyensúlyra, a mozgásra, ugyanakkor eleget kell játszani, időben kell a televíziót kikapcsolni és időben aludni, hogy kipihenten kelljen fel az ember. Összesen 18 dolgot fejt ki bőven, hogy mi mindenre kell odafigyelni, majd ezek után jöhet a tanulás.

A tanulást már általános iskolás korban el kell kezdeni, rá kell vezetni a gyermeket arra, hogy hogyan is kell tanulni. Nem szabad elvenni a gyerek kedvét a tanulástól, mert utána már nehezen fog visszatérni. Ha a gyermek kérdez, akkor feleljünk rá, vagy próbáljunk meg neki segítséget adni, hogy hol tud utána nézni, ha már elég érett ahhoz, hogy például a számítógépen az internet segítségével kereshet. Ezzel azt is fejleszteni tudjuk, hogy nemcsak játékokra tudja használni a számítógépét. Sok hasznos dolgot fel tud fedezni, ami a saját korosztályának megfelelő.

Oroszlány (1997) adott tanácsot ahhoz, hogy mivel is kezdjünk neki a tanulásnak. Az első és legfontosabb az iskolai tanulás. Itt már sok mindent megjegyezhet a tanuló. Azt kell elérnie a pedagógusnak, hogy fent tudja tartani a figyelmet órán. Amennyiben ez lankadna, vannak tanulást segítő módszerek, mint például a nyújtózkodás, amivel kicsit fel lehet frissíteni mindenkit, felgyorsul a keringés és az óra zökkenőmentesen mehet tovább. Ez körülbelül 2-3 percet vesz igénybe, mégis a tanulók utána megint jobban tudnak koncentrálni.

Tehát fontos, hogy a tanár felépítse az órát. Azokat a kérdéseket lehet feltenni, hogy mit tegyen, hogyan tegyen, és miért tegyen. Az első a tudatosságra épül, a második a készséget fejleszti, az utolsó pedig motivál. Az egész pedig szokássá válik (GINNIS, 2007).

Felder-Soloman teszt

A tesztet két tudós, Richard M. Felder és Barbara A. Soloman állították össze 2005-ben. A Felder-Soloman teszt egy csoport tanulási stílusát vizsgálja. 44 kérdésből álló

kérdőívet kell kitölteni. Az egyéneket és magát a csoportot is 5 különböző dimenzióban vizsgáljuk meg, amelyek a következők:

- az információ érzékelése,
- az információ felvétele,
- az információ feldolgozása,
- az információ megértése,
- az információ közötti következtetések.

A paraméterek feldolgozása után képesek vagyunk a vizsgált csoporttal kapcsolatban információk közötti következtetések levonása alapján is megmondani, hogy az adott csoport hová is sorolható.

Makó (2015) szerint „*a tanulási stílus négy tényező kombinációjából tevődik össze:*

- *Milyen módon fogadjuk be legkönnyebben az információt – főleg vizuális, auditív, kinezetikus vagy taktilis tanulók vagyunk; vajon legjobban a látás, hallás, mozgás vagy érintés útján tanulunk?*
- *Hogyan rendszerezzük és dolgozzuk fel az információt – vajon túlnyomórészt jobb féltekés vagy bal féltekés, analitikus vagy globális módon?*
- *Milyen feltételekre van szükségünk, amelyek segítenek az információ felvételében és elraktározásában – érzelmi, társas, fizikai és környezeti?*
- *Miként hívjuk elő az információt – ami teljesen különbözhet attól, ahogyan felvettük vagy elraktároztuk.”*

Magyarországon kevés cikket, kutatást lehet találni. 2014-2015-ben Vörösmarty Gyöngyi készített egy publikációt, aki a Budapesti Corvinus Egyetem három képzésén 198 hallgatót kérdezett meg, az átlagéletkoruk 29-35 között volt a szakokon. Mindhárom szaknál hasonló eredményt kapott a dimenziók között, ugyanis a hallgatók a szenzoros, a vizuális, az aktív, valamint a szekvenciális csoportba tartoznak.

A másik kutatás 2016-ban történt, szintén a Budapesti Corvinus Egyetemen, amelyet Dr. Bodnár Éva és Dr. Sass Judit végzett. A vizsgált minta 291 fő, átlagéletkoruk 19,52. Az eredmény itt is ugyanazt mutatta, tehát a kitöltők az érzékelő, az aktív, a vizuális, valamint a szekvenciális csoportba tartoznak.

Információ érzékelése (vizuális-verbális)

Az információkat vizuálisan, vagy verbálisan érzékeljük. A vizuális típusú diákok számára fontosak a képek, animációk, a videók. Lényeges a tananyag elrendezése és felépítése, mivel a memorizálás és a felidézés is képileg történik. A vizuális ember az illusztrációkra kattint, felnagyítja azokat, kedveli a színes betűket és kiemeléseket. Látva, megfigyelve tanulnak, és kifejezetten jól tudnak emlékezni vizuális részletekre. A tanár használhat ilyenkor projektort, színes kártyákat vagy különböző képeket.

A verbális beállítottságú ember számára fontosak a hanganyagok, könnyebben tanul akár hangfelvételtől, sokszor felmondja a tananyagot. A vizuális típussal ellentétben a videókból a hangokra emlékszik, nem pedig a képanyagra (BALOGH, 1995). Játékos módszer lehet ezen tanulók számára az, ha például a tananyagot hangfájlként küldjük át nekik. Ők abból próbálják meg kiszűrni, megjegyezni a lényeget.

Információ felvétele (konkrét-absztrakt)

Az információ felvétele történhet konkrét és absztrakt módon. A konkrét típusú emberek a világ konkrét jelenségei érdeklik, sokszor építenek saját tapasztalatra, jól teljesítenek a rutinfeladatokban, viszont hiányzik belőlük a fantázia, a kreativitás. Aprólékosak, a komplex feladatok sokszor kihívást jelentenek számukra. A mai Z generációs gyerekek, azaz a mai fiatalok ritkán olvasnak. Egy könyv, ami csak betűkből áll igazán kihívás számukra. Képzelőerő kell ahhoz, hogy a történetet fejben tudják tartani és a leírás alapján például a tájat, a személyt el tudják képzelni. Talán ezért sem szívesen olvasnak a tanulók. A tanárnak segítségére lehet ilyenkor, ha a feladattípusokat begyakoroltatja és ezen nem változtatva kéri számon.

Az absztrakt, intuitív emberek sokszor látják az összefüggéseket, sokszor a megérzéseikre hagyatkoznak. Nagy képzelőerővel rendelkeznek, viszont nem szeretik az aprólékos dolgokat, és rossz megfigyelők (DINYÁNÉ, 2013). Nekik az irodalom és a humán típusú tárgyak fognak jobban menni, melyeknél néha a mondat mögé kell látni, el kell vonatkoztatni a dolgokról. Tehát itt is fontos, hogy a gyerek megtalálja magát, hogy melyik tárgyban lesz sikere.

Információ feldolgozása (aktív-reflektív)

Az információt feldolgozhatjuk aktívan vagy reflektíven. Az aktív csoportba tartozók tevékenyek, tettere készek, a pillanatért élnek. Adjunk nekik feladatokat, hogy nézzék meg az interneten, abból többet fognak tanulni, mert számukra fontos lehet az, hogy kutassanak bizonyos dolgok után. Meg kell mozgatni őket, nyitottak, és az új élményeket keresik, így tehát nem is szívesen tanulnak könyvből, vagy egyszerű e- tananyagból.

A reflektíven feldolgozók folyamatosan megfigyelik a tananyagot, és az új ismereteket a saját rendszerükbe próbálják beilleszteni. A tökéletesre törekednek, az elmélet érdekli őket, a megvalósítás nem. Jól vitatkoznak, és nem toleránsak (KATHYNÉ, 2013). A folyamatos bővítés a lényeg: a korábbi ismereteket újítsuk és mindig egészítsük ki valamilyen új ismerettel, új információval, mert ők így fogják beépíteni a tanulmányaikba.

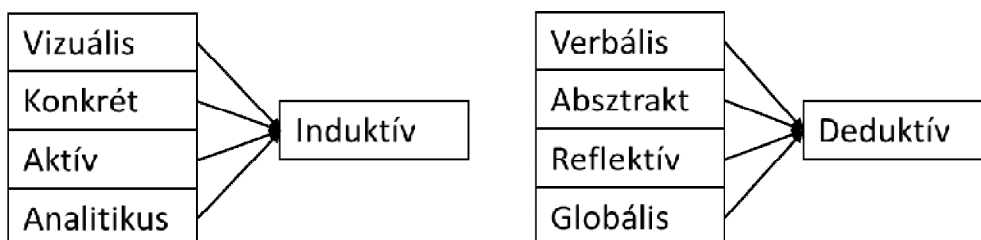
Információ megértése (analitikus-globális)

Az információ megértése történhet analitikusan vagy globálisan. Aki analitikusan gondolkodik, egyszerre egy dolgot képes megfigyelni. Tanulása szabályozott, a jól elkülönülő, kicsi tananyagelemeket preferálja. Lépésről lépésre halad. Saját jegyzetet készít. A részekből építik fel az egészet és a feladatmegoldásban logikusak. Ezen tanulók nyelvi és szóbeli kifejezősége általában igen jó, és a tényekből való építkezés, nézetkialakítás, fogalomalkotás során töprengő, elgondolkodó magatartást mutatnak.

A globálisan gondolkodó nagy összefüggő rendszert lát, melyben az apró elemekre nem figyel. Az adatok, tények nem érdeklik, egy fejezetet egészsként kezel. Sok időt tölt a tananyaggal, a kiegészítő anyagokat is megnézi. Ezen tanulók művészi hajlamúak, kreatívak, intuitívak, egyszerre több projekten képesek dolgozni, nincs időérzékük, szükségük van arra, hogy tevékenységük célját megbeszéljék, és/vagy egy konkrét példán lássák azt (KATHYNÉ, 2013). Hagyjunk nekik elég időt, mert ha rájönnek a feladat megoldására, akkor utána az olyan feladatokkal meg fognak tudni birkózni, meg fogják tudni oldani.

Információk közötti következtetések (induktív-deduktív)

A következtetés igazából az a gondolkodásmód, ahogy logikus eredményekre jutunk. Ha megvizsgáljuk az eddigi eredményeket, és összeadjuk a vizuális, konkrét, aktív és analitikus számokat, akkor megkapjuk az induktív számot. Ha pedig a verbális, absztrakt, reflektív és globális eredményeket adjuk össze, akkor megkapjuk a deduktív számot. Attól függően dől el, hogy melyik lesz többségben, hogy az adott illető induktív vagy deduktív.



Forrás: Saját szerkesztés

1. ábra: Információk közötti következtetések

Az induktív következtetés esetén az egyes eredményekből, adatokból következtünk az általános törvényszerűségekre. Ezt a módszert fogalmak, definíciók megtanulására használhatjuk.

A deduktív következtetés során az általános tételből következtünk az egyedire. Ilyenkor a tanulók korábbi ismereteire alapozunk (DINYÁNÉ, 2013).

Anyag és módszer

„A tanulmányi követelmények csak egy bizonyos pontig bizonyulnak elegendőnek. Az elhivatottságod, a lelkesedésed és mindenekfelett a személyiséged és a jellemed fog majd hozzásegíteni ahhoz, hogy sikerrel járj.”

/Tim Peake/

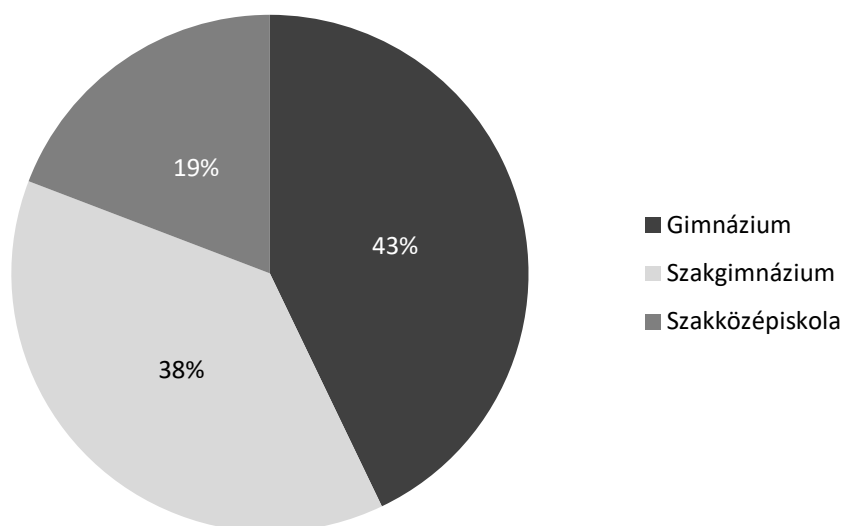
2018. májusában egy kérdőíves felmérést készítettem több nyíregyházi középiskola tanulóival, hogy megtudjam, milyen tanulási stílusba tartoznak. A helyi Szakképzési Centrum, valamint a helyi Tankerület vezetőinek kértem a segítségét, hogy jutassák el a tagintézményeikbe a kérdőívet, és informatika óra keretén belül töltsék is ki minél többen.

A fő vizsgálati kérdésem a Felder-Soloman teszt alapján az volt, hogy megtudjam, a tanulók mely csoportba tartoznak. A kérdőívet 464 tanuló töltötte ki a nyíregyházi középiskolákban. Minden kérdést megvizsgálva, először is szeretném megtudni a nemenkénti eloszlást is, hogy milyen arányban töltötték ki.

A válaszadók 36%-a férfi, 64%-a nő. A kérdőívet kitöltők átlagéletkora 17 év. A 2011. évi KSH (Központi Statisztikai Hivatal) népszámlálási adatok szerint a férfi-

nő arány ennél a korosztálynál 51% férfi és 49% nő Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében.

A válaszadók három csoportba sorolhatók: gimnázium, szakgimnázium és szakközépiskola. Ennek megoszlását a 2. ábrában mutatja.



Forrás: Saját szerkesztés

2. ábra: A válaszadók eloszlása középiskolai típusonként

A válaszadók nagyobb része gimnáziumba jár, ami 43%, a szakgimnáziumi 38%. A legkevesebben a szakközépiskolai részből töltötték ki a kérdőívet (19%).

Azt, hogy egyes iskolákban, milyen volt a nemek eloszlása, az 1. táblázatban mutatom be.

| | Fiú | Lány |
|-----------------|-------|-------|
| Gimnázium | 32,7% | 67,3% |
| Szakgimnázium | 30,1% | 69,9% |
| Szakközépiskola | 53,9% | 46,1% |

Forrás: Saját szerkesztés

1. táblázat: Nemenkénti megoszlás középiskolai típusonként

A gimnáziumi, valamint a szakgimnáziumi osztályban közel egyharmad-kétharmad arányban van a fiú-lány arány, míg a szakközépiskolába picivel több, mint a fele fiú volt a kitöltőknél.

A válaszadók átlagétkora 17,1. Ennek iskolai megoszlását az 2. táblázatban szemléltetem.

| | |
|-----------------|------|
| Gimnázium | 16,7 |
| Szakgimnázium | 18 |
| Szakközépiskola | 16,1 |

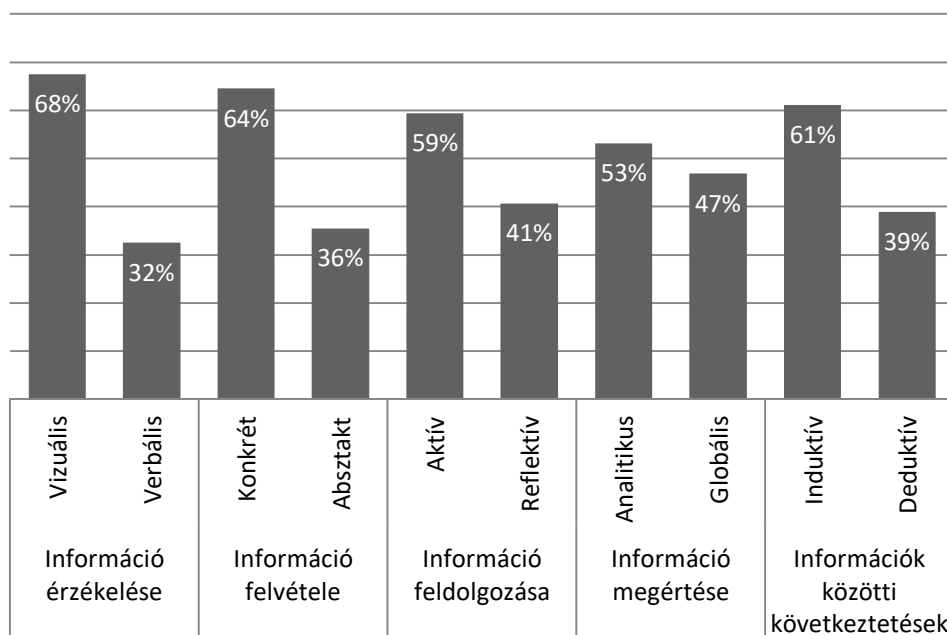
Forrás: Saját szerkesztés

2. táblázat: Átlagéletkor megoszlása

Mint láthatjuk, a legmagasabb életkor a szakgimnáziumi részen van, ami 18 év. Úgy gondolom, ez azért lehet, mert a szakgimnázium 5 éves képzés, míg a gimnázium 4 éves, ahol az átlagéletkor már csak a 16,7 év. Legkevesebb a szakközépiskola, ahol jelenleg 3 éves képzés folyik, itt az átlagéletkor 16,1 év.

Eredmények

A vizsgálat során arra voltam kíváncsi, hogy a mintába került diákok milyen csoportba tartoznak a Felder-Soloman teszt alapján. Hipotézisként megfogalmaztam, hogy a válaszadók nagy része a vizuális csoportba tartozik.



Forrás: saját szerkesztés

3. ábra: Az információ

A diagramból kiderül, hogy a válaszadók nagyobb része, 68%-a a vizuális csoportba tartozik, míg 32%-a a verbális csoportba. Ebből kiderül, az információt látással szer-

zik, fontos nekik a kép megjelenítés a tanórán. Jobban tanulnak színek, képek alapján. Ennél a korosztálynál mindenképp fontos lenne a projektorok használatát, hiszen ha a diák látja, könnyebben feldolgozza az új információt. A pedagógusnak a projektoron kívül még segítségére lehet egy-egy videó által szemléltetni a tananyagot. Ezáltal a vizuális tanuló kép alapján rögzíti az elsajátítani való anyagot, ugyanakkor hallja is, ami a verbális csoportnak kedvez. A csoportok általában nem homogének. A verbális csoportba a kitöltők 32%-a tartozik: hallás után könnyedén tanulja meg a tananyagot, így neki segítségére lehet egy diktafon, ahova felmondhatja saját magának a megtanulandó szöveget és ezt visszahallgatva sikeresen fog teljesíteni. Minden évfolyamban jellemző volt, hogy a diákok a vizuális szemléltetést részesítik előnyben. Sok esetben otthon nincs lehetőség a modern informatikai eszközök használatára, az anyagi lehetőségek sok helyen korlátozottak.

A következőkben az információ felvételét vizsgálom a csoportnál: konkrét vagy absztrakt típusba tartoznak. A válaszadók 64%-a a konkrét típusba tartozik. Az adatokat szívesen figyelik meg, szeretik az aprólékos munkát. A rutinfeladatokban jól teljesítenek, tehát ha begyakorlunk egy adott típust, akkor valószínűleg a sémája alapján meg fogja tudni oldani a hasonló feladatokat. De a hátránya, hogy hiányzik belőlük a fantázia. Ez összefüggésben áll azzal, hogy a mai tanulók keveset és ritkán olvasnak. A könyvekhez nagy képzelőerő kell. Át kell látni a történetet az elejétől a végéig, emlékezni kell az egészre. Így ehhez szorosan kapcsolódik az is, hogy a komplex feladatok kihívást jelentenek számukra. Egy bonyolult, összetettebb számítást már nem fognak tudni elvégezni, tehát kis részekre kell osztani nekik, hogy megértsék. Az absztrakt csoportba a válaszadók 36%-a tartozik. Ők szeretnek olvasni, mert van képzelő erejük, viszont nem szeretik az aprólékos munkát, elvesznek benne. Ezzel ellentétben az összefüggéseket a feladatoknál hamar és gyorsan átlátják.

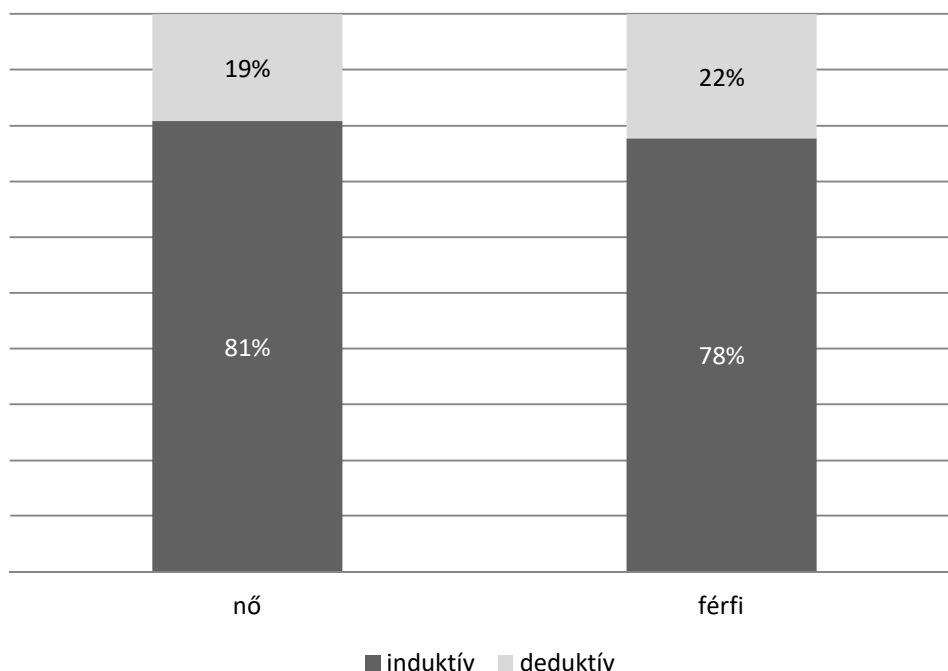
A harmadik dimenzió az volt, hogy az információt hogyan dolgozzák fel a megkérdezettek: aktívan, vagy reflektíven. A válaszadók nagyobb része, 59%-a tartozik az aktív csoportba. Így ha a csoport összetétele ezt mutatja, a tanárnak olyan feladatot kell adni a diákoknak, ami úgy készíti őket tanulásra, olvasásra, hogy ne csak a könyvből, hanem valamilyen új e-tananyagból történjen. Ők nem fognak a tökéletesre törekedni, hanem csak épp annyit szeretnének elvégezni a munkából, ami ki van osztva. Nem fognak befektetni több energiát a munkába. A mai fiatalok már a Z generációhoz tartoznak, így a felgyorsult világ azt eredményezi, hogy nem kell minden fejben tartani, gyorsan előkapja az okostelefont és megnézi az adott kérdésre a választ. Kevesebben, azaz 41% van a reflektív csoportban, akiknek a lényeg a lépésről lépésre bővítés. Az új ismereteiket beépítik a már eddig megszerzett tudásukba. Mindig a lehető legjobbra törekednek.

A következő dimenzió az, hogy az információ megértése analitikus vagy globális a vizsgált diákok körében. A vizsgálat eredménye, hogy közel 50-50%-ban oszlik meg a kitöltők válasza. Az analitikus csoportba tartozók (53%) egyszerre csak egy dologra tudnak koncentrálni. Tehát ne adjunk egyszerre több feladatot nekik. A sorrend kialakításában is segítséget kell nyújtanunk. A globális csoport (47%) először egy átfogó képet szeretne kapni. Tehát az egésztől kezdjük, mert az apró részletekben el fognak veszni és nem is nagyon fogja őket érdekelni. Ebbe a csoportba tartozók sokszor elolvassák a kiegészítő anyagokat.

A következő vizsgálat az, hogy a válaszadók összességében az információk közötti következtetéseket hogyan vonják le. Ez történhet induktívan vagy deduktívan. Mint láthatjuk, az induktív csoportba a kitöltők 61%-a tartozik. Ez azt jelenti, hogy a mai fiatalok szeretik a tényeket, szívesen figyelnek meg, tehát a definíciókat, fogalmakat könnyebben tanulják meg. A válaszadók 39%-a a deduktív csoporthoz sorolható, akik gyakorlati módon próbálják meg beilleszteni az új tananyagot a már meglévő tudásukhoz. A korábbi ismereteikre fognak hagyatkozni. Náluk a tananyag folyamatos bővítése a cél.

A Felder-Soloman teszt segítségével megnéztem, hogy a válaszadók mely csoportba tartoznak inkább. Ezek után olyan összefüggéseket vizsgáltam, amelyek már a válaszadók környezeti, társadalmi háttérében nézi az induktív-deduktív megoszlást.

Ennek kapcsán elsőként azt vizsgálom, hogy a nemenként van-e különbség, hogy induktív vagy deduktív csoportba tartoznak-e. Feltételezésem az, hogy lényeges különbség nincs. Ennek megoszlását a 4. ábrában szemléltetem.

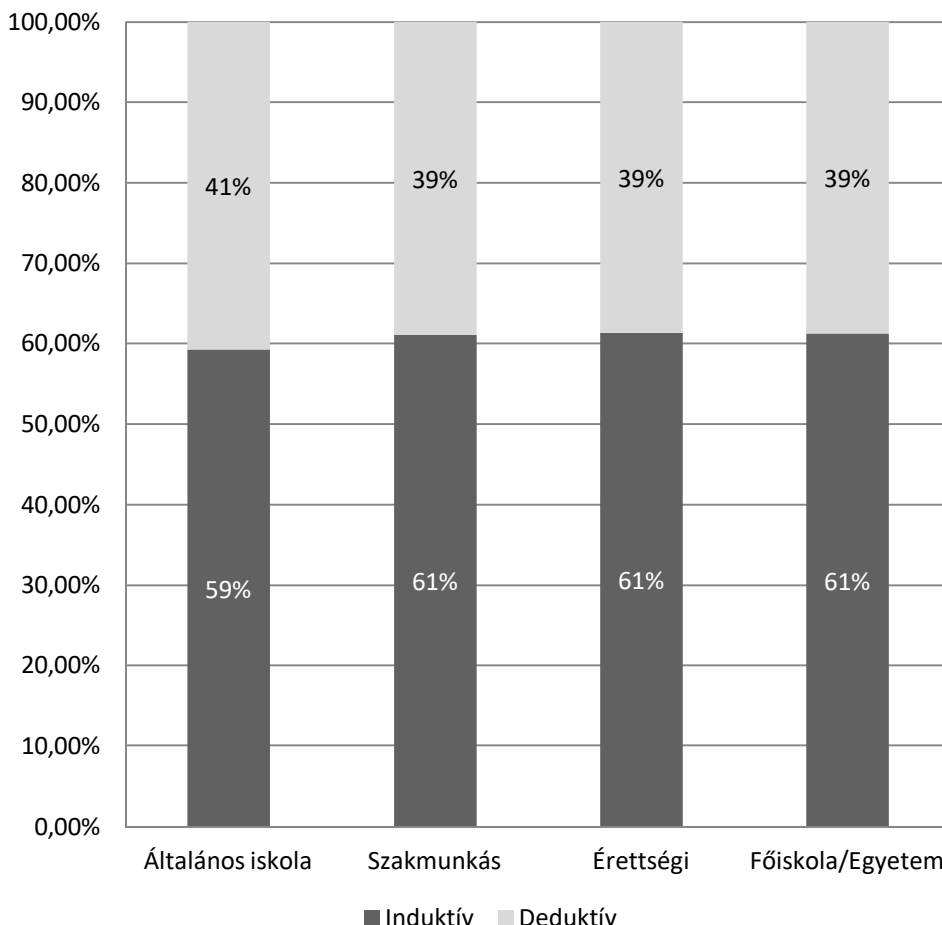


Forrás: Saját szerkesztés

4. ábra: Nemenkénti induktív-deduktív eloszlás

Mint láthatjuk, a feltételezésem igaz volt, hisz nincs lényeges különbség az információk közötti következtetés illetően, hiszen a nőknél 81%-a induktív, míg a férfiaknál 78%. A deduktív arány a nő-férfi esetében pedig 19-22%.

Következőként azt vizsgáltam, hogy a szülők végzettsége befolyásolja-e a tanuló induktív-deduktív beállítottságát.

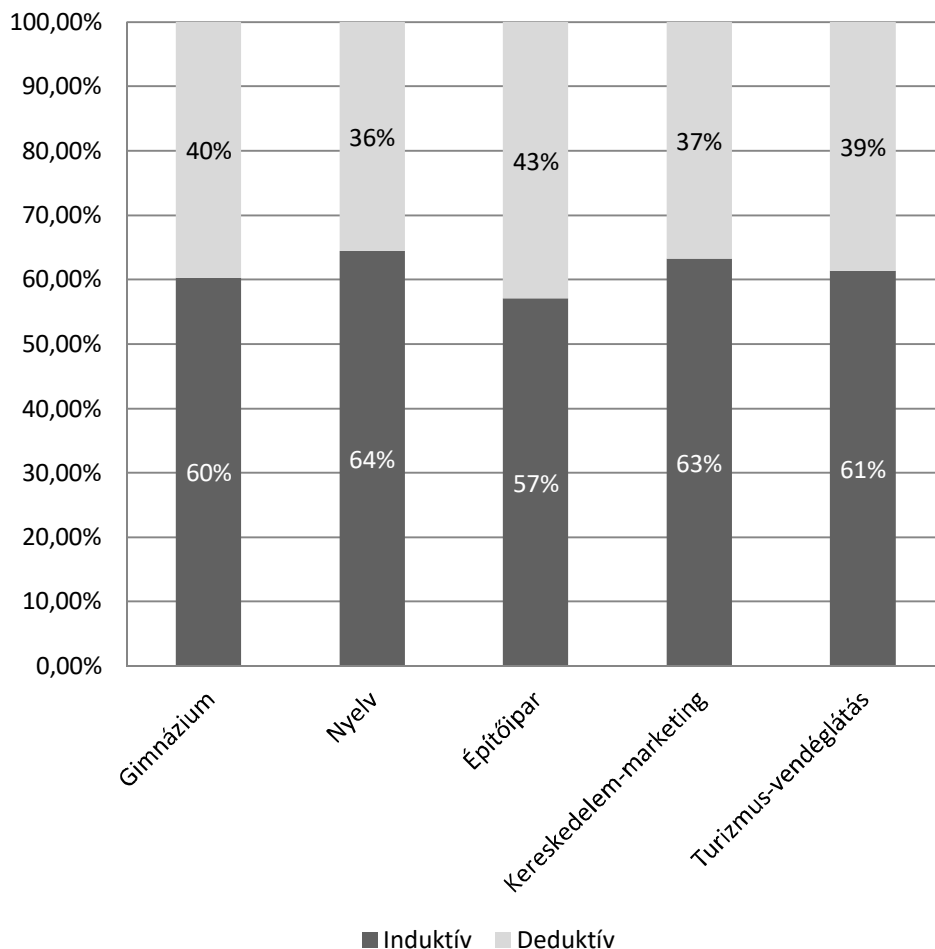


Forrás: Saját szerkesztés

5. ábra: A szülők végzettsége szerinti következtetés

Mint láthatjuk, hasonló arányban vannak az induktív és deduktív csoportba tartozók az alacsonyabb és a magasabb végzettségű szülők gyerekeinél. Az általános iskolai végzettségű szülők gyerekeinél az induktív csoportba 59% tartozik, míg a deduktív csoportba 41%. A szakmunkás végzettséggel rendelkező szülők gyerekeinél 61% tartozik az induktív csoportba és 39% a deduktív csoportba. Az érettségivel rendelkező szülőknél kicsit magasabb a megoszlás, itt az induktív-deduktív arány 61% és 39%. A főiskola/egyetem végzettségű szülők gyerekeinél szinte hasonló a helyzet, mint az előző csoportnál, itt 61%-a van az induktív csoportba és 39% a deduktív csoportba.

A következő vizsgálatnál a diákokat különböző szakirányokra osztottam be: építőipar, kereskedelem-marketing, művészet, nyelv és turizmus-vendéglátás, valamint külön kategória a gimnázium, hiszen ez nem szakirány. Ennek eredményét a 6. ábrában mutatom be.

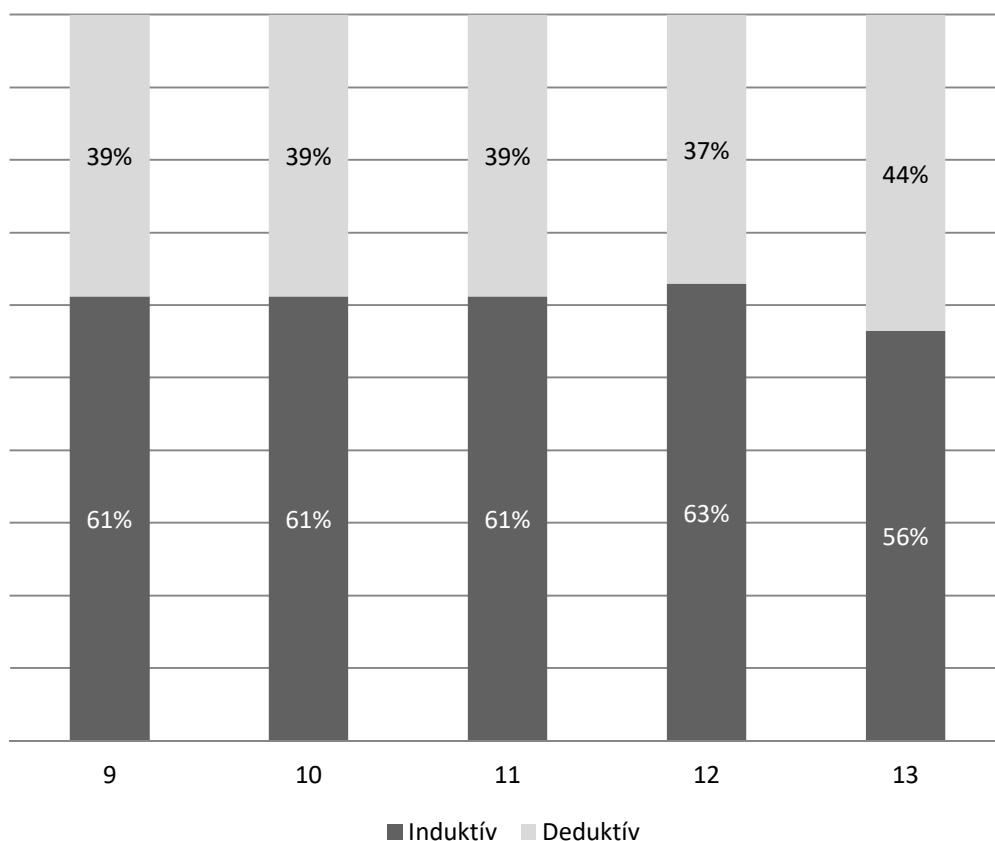


Forrás: Saját szerkesztés

6. ábra: A válaszadók szakok szerinti megoszlása

A százalékos megoszlás szinte hasonló eredményt mutat minden szakiránynál. Nagy különbséget nem tudunk felfedezni. A gimnáziumi tanulóknál, illetve a nyelvnél is az induktív van többségben, azaz 60% és 64%, míg a deduktív csoportba 40% és 36% tartozik. A gyakorlatiorientált szakmáknál meglepően alacsonyabb az építőipar megoszlása, itt az induktív-deduktív arány 57% és 43%. A legnagyobb különbség a kereskedelem-marketing szaknál van, itt a válaszadók 63%-a tartozik az induktív csoportba, míg 37% a deduktív csoportba. A turizmus-vendéglátás szakirány hasonló eredményt mutat, mint a gimnáziumi tanulóké, azaz 61%-ot az induktív és 39%-ot a deduktív tanulási stílus jellemzi.

A következő feltételezés, hogy az induktív-deduktív megoszlás évfolyamonként eltérő lehet. Ennek megoszlását a 7. ábrában szemléltetem.



Forrás: Saját szerkesztés

7. ábra: A válaszadók évfolyamonkénti megoszlása

A tendencia 9-12. évfolyamig az induktív irányába nő. Majd 13. osztályba, azaz ötödéven vagy az öt éves képzés utolsó évében láthatjuk azt, hogy nő a deduktív irányba a százalékos megoszlás. A 9. évfolyamnál 61% tartozik az induktív csoportba, míg 39% a deduktív csoportba. A 10. évfolyamnál hasonló a helyzet, itt kéttized százalékkal nő csak, azaz 61%-a induktív és 39% deduktív. A 11. osztálynál megint nő az induktív irányba a megoszlás, itt az arány 61% induktív és 39% deduktív. A 12. évfolyam arányai a következőképp alakulnak: 63%-a induktív és 37%.a deduktív. Mint már említettem a 13. évfolyamosoknál kicsit csökkent az induktív száma, mégpedig 56%-ra, de így nőtt a deduktív aránya, 44%-ra.

Ez azt jelenti, hogy a diákokat teljesen elviszi a tanulás arra, hogy a definíciókat, fogalmakat tanulják meg, nem pedig a saját ismereteiket bővítsék. Leginkább jegyzetelni fognak, magolni, nem pedig a gyakorlati tudást erősítik. Ezáltal ha kikerülnek a munkaerőpiacra, kevésbé fognak tudni megfelelően teljesíteni.

Konklúziók, javaslatok

„A tanuló ne gondolatokat, hanem gondolkozni tanuljon.”

/Immanuel Kant/

Célom az volt, hogy képet kapjak arról, hogy a középiskolás tanulók milyen arányban tartoznak az egyes tanulási csoportokba, hiszen a tananyagot ennek alapján könnyebben fel lehet építeni. Ezen kívül az egyes csoportok jellemzőinél láthatjuk, hogy milyen eszközöket kell alkalmaznunk a hatékony tanulás érdekében, valamint a tanuló hogyan tud otthon könnyebben tanulni.

Kiderült, hogy a válaszadók nagy része a vizuális csoportba tartozik, tehát fontosak a képek a tanórán. Ha a táblára is írunk, próbáljuk meg színessé tenni, színes krétákat használni, habár a táblára való írásnál is elveszhet a módszertani fejlesztés, így ennél jobb lehet a projektor használata. A vetítésnél próbáljuk meg a jegyzetelésre tanítani a gyerekeket, ne egész mondatokat írjanak le, mert a rövid vázlatot a vizuális típus hamarabb megjegyzi.

Az információ felvételénél a diákok többsége a konkrét típusba tartozik. Itt az a jellemző, hogy a begyakorolt feladattípust meg fogja tudni oldani a diák. Ám ami ismeretlen, fantázia hiányában nem tud boldogulni vele. Célszerű itt például, hogy dolgozatnál vagy feleletnél olyan kérdést tegyünk fel és úgy, ahogy órán elhangzott. Ha szeretnénk őket logikus gondolkodásra készíteni, lassan és türelmesen tegyük ezt.

A következő vizsgálat eredménye, hogy a kitöltők nagyobb része aktív csoportba tartozik. A csoportra jellemző a nyitottság, tehát merjünk új dolgokat megismertetni velük. Egy új játékos feladattal biztos fogunk tudni nekik kedvezni, amit egyrészt élvezni fogják, mert játszanak, de újat is tanulnak, méghozzá nem könyvből.

Az információ megértése, mint például egy új ismeretet hogyan dolgoz fel, közel megegyezett, de döntő többségben az analitikusok vannak, akik a kis tananyagokat szeretik, mert az egészet nem látják át. Viszont a globális tanulási stílusba tartozók a fejezetet egészként kezelik, a kiegészítő anyagokat is megnézik. Tehát a csoportnak a feladatokat kis részekre bontsuk le, hogy könnyebben tudjon tanulni számára átláthatóbb lesz.

Így mindezek függvényében azt kaptuk következtetésnek, hogy a diákok többsége az induktív csoportba tartozik. Jobban szeretnek leülni és megtanulni a definíciókat, minthogy a korábbi tapasztalataira hagyatkozzon és esetleg saját szavaival fogalmazza meg azt.

A szülők iskolai végzettsége, valamint az évfolyam nem befolyásolja azt, hogy a csoport induktív vagy deduktív lesz. Átlagban 60%-a ($\pm 3\%$) tartozik az induktív csoportba, azaz mindenki az inkább „magolós” típusba tartozik, mintsem a már meglévő tudásába próbálná beilleszteni az új információt. Véleményem szerint ennek az az oka, hogy nem tudják elmélyíteni az eddigi tudást olyan szinten, hogy utána át tudják látni az összefüggéseket.

Úgy gondolom, hogy azért is kaphattunk ilyen eredményeket, mert a magyar közoktatás nagyon merev és lexikális tudást kapnak a diákok. Nagyon kevés a gyakorlati rész, amikor a tanuló látja az eredményét annak, amit készít, viszont a sok tananyag miatt a tanárnak is kevés lehetősége adódik az órán. Olyan szemléltetésre

lenne szükség, amit a diák maga tapasztalhatna meg egy-egy órán, akár a mértékváltásnál konkrétan kimérni, hogy mennyi is a váltószám az egyes számok között. A szakmai tárgyaknál pedig rengeteg videó állna a tanár rendelkezésére, de órán nem lehetséges sokszor a vetítés, mert a technikai feltételek sem adóttak és a tanmenet szerint pedig haladni kell.

Ma már égető probléma, hogy hogyan lehet a tanulók tanulástechnikáját fejleszteni, a tanulás iránti vágyukat ösztönözni. A tanulók az első nehézségek után feladják a tanulást, ezért minden lehetőséget és alternatívát meg kell ragadni, hogy a segítségükre legyünk.

Ezen kívül a javaslatom még az lenne, hogy a pedagógusok is kapjanak értesítést arról, hogy az adott tanuló milyen csoportba tartozik, hiszen az órát annak alapján könnyebben fel lehet építeni. A pedagógusoknak napra késznek kell lenniük és tanóráikat az új generációhoz kell igazítani. Esetlegesen olyan csoportokat létrehozni, akik egyformák, és nekik úgy megtartani, olyan módszerekkel az órát, ahogy a tanulási stílus megkívánja, hiszen így lehet sikeresen elsajátítani már órán a tananyag nagyobb részét. Természetesen ez azzal járna, hogy a pedagógusoknak képzést kellene erről kapni, valamint az iskoláknak is minden teremre be kellene szereznie a megfelelő technikai feltételeket.

Továbbiakban ezt a felmérést érdemes lenne országos szintre kiterjeszteni, hogy egy teljesen reprezentatív felmérést tudjunk készíteni. Az ország egyes részein más anyagi körülmények között élnek a diákok. Meghatározó lehet a település is, ahol a tanuló felnevelkedett. Ezen kívül még alternatív iskolákra is ki lehetne terjeszteni és ott is megvizsgálni a kapott eredményeket, hogy ott is hasonló eredményeket kapnánk, vagy teljesen eltérő lenne.

Összefoglalás

„Én azt hiszem, annál nincs nagyobb öröm, mint valakit megtanítani valamire, amit nem tud, és nagyobb jótétemény sem.”

/Móricz Zsigmond/

Összefoglalva a tanulmányt, igen hasznos felmérési eredmények születtek. A cél, hogy felismerjük, hogy az adott tanuló vagy csoport mely típusba tartozik, és ennek alapján felépíteni az órát. A leghatékonyabb az lenne, ha mindkét típusú csoport számára tudnánk a tanórát megtervezni, hiszen nincs lehetőség arra, hogy az osztályokat a tanulási stílus szerint különböztessük meg és osszuk csoportokra.

De ha mindezt meg is valósítanánk, akkor az azzal is járna, hogy minden iskolának jóval nagyobb technikai felszereltséggel kellene rendelkeznie, mint most. A képek mellett az auditív típusnak hangfájlokat tudnánk mutatni, amivel viszont ez a csoport tanulna hatékonyan. Tehát máris találtunk egy megoldást arra, hogy mindkét csoportot le tudjuk kötni órán.

Viszont ami a legfontosabb, hogy a tanító pedagógusokat is fejleszteni kellene. Merjék használni az IKT eszközöket. Ebben főként az idősebb kollégáknak kellene segíteni és esetleg eleinte valamiféle ingyenes képzést biztosítani a szabad idejük

terhére. De egy pozitív marketinggel úgy gondolom, meg lehetne őket fogni, mert ez nekik is nagy segítség lenne az órán. Kevesebb magyarázással, valamint videók, képek, hanganyagok segítségével sikeresebb diákokat nevelhetünk és kerülhetnek ki az iskolából. Ez mind a pedagógusnak, mint az iskolának, de legfőképpen a diáknak és a szülőknek lenne kedvező. Továbbá nem elhanyagolható a társadalomra gyakorolt hosszú távú hatása sem.

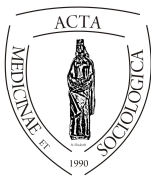
Eddig az iskola és a pedagógusok szemszögéből vontam le a konklúziót és fogalmaztam meg javaslatot. Ugyanakkor az egyik legfontosabb lenne a másik oldallal is ugyanezt megértetni, azaz a szülővel és a gyerekekkel. A tanulónak segíteni kell megtalálni a maga tanulási stílusát. Ha tudja, hogy ő képek alapján tanul jobban, mutassunk neki videókat, vagy olyan applikációt, ahol képileg történik a memorizálás. Ha pedig verbális, akkor azzal tudjuk segíteni, hogy esetleg a tananyagot mondja fel egy hangrögzítőre és azt hallgassa. Onnan fog könnyebben tanulni. Így a nehezebbnek tűnő tárgyakat is sikeresebben fogja teljesíteni. Kevésbé lesznek rossz jegyei és sikere lesz az iskolában.

A szemléletváltás nemcsak a pedagógusok részéről, de a tananyag összeállításában is szükséges.

Felhasznált irodalom

1. BALOGH L. (1993): *Tanulási stratégiák és stílusok, a fejlesztés pszichológiai alapjai*, Debrecen, KLTE.
2. BALOGH L. (1995): *Tanulási stratégiák és stílusok, a fejlesztés pszichológiai alapjai*.
file:///G:/BGE/TDK/Tanulasi_strategiak_es_stilusok4302410657599585100.pdf
Letöltés: 2018.08.27.
3. BERNÁTH L., N. KOLLÁR K., NÉMETH L. (2015): *A tanulási stílus mérése*,
http://www.eltereader.hu/media/2015/11/IP36_READER1.pdf
Letöltés: 2018.09.28.
4. BODNÁR É., SASS J. (2016): *Hogyan tud reagálni a felsőoktatás a hallgatóknál tapasztalható egyéni különbségekre*,
<http://mellearn.hu/wp-content/uploads/2016/10/Dr.-Bodn%C3%A1r-%C3%89va.pdf>
Letöltés: 2019.11.06.
5. DINYÁNÉ SZ. M. (2013): *Tanulásmódszertan*,
<http://semmelweis.hu/dei/files/2013/11/Tanul%C3%A1sm%C3%B3dszertan1.pdf>,
Letöltés: 2018.08.25.
6. GINNIS P. (2007): *Tanítási és tanulási receptkönyv*, Fordította: Kovács Lajos (2008), Pécs, Alexandra Kiadó
7. KATHYNÉ M. A. (2013): *Tanulási stílus, stratégia, módszerek és motiváció*.
<http://rmpsz.ro/uploaded/tiny/files/magiszter/2013/nyar/5.pdf>
Letöltés: 2018.08.27.
8. KNAUSZ I. (2001: 5): *A tanítás mestersége*, (Egyetemi jegyzet)
<http://mek.oszk.hu/01800/01817/01817.pdf> Letöltés: 2018.08.25.

9. MAKÓ F. (2015): *Tanulásmódszertan*,
https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412b2/2013-0002_tanulasmodszertan/tananyag/JEGYZET-07-1.3_Az_onallo_tanulas_szemel.html Letöltés: 2018.08.27.
10. MCCRINDLE R. (2012): *Generations Defined Sociologically*,
<https://mccrindle.com.au/wp-content/uploads/2018/03/Generations-Defined-Sociologically.pdf> Letöltés: 2019.11.06.
11. METCALF, L. (2008): *Megoldásközpontú tanítás*, Pécs, Alexandra Kiadó
12. MEZŐ F. (2002): *A tanulás stratégiája*, Debrecen, Pedellus Kiadó.
13. OROSZLÁNY P. (1997): *Könyv a tanulásról*, Budapest, Független Ped. Int. Tankönyvcentrum.
14. OROSZLÁNY P. (2004): *Tanulásmódszertan*, Budapest, Metódus-tan Bt. Kiadó.
15. VÖRÖSMARTY Gy. (2016): *Beszerezési csoportok kezelése*,
<file:///G:/Publik%C3%A1l%C3%A1s/VT2017nlp41.pdf> Letöltés: 2019.11.06.



Speciális Olimpia mozgalom Kölyök Sportoló programjának állapotfelmérő-eszköze a gyakorlatban

Pázmány Viktória¹, Lentner Nóra²

¹ tanársegéd, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Védőnői Módszertani és Népegészségtani Tanszék, Nyíregyháza Sóstói út 2-4.

² gyógypedagógus, Csalogány Óvoda, Általános Iskola, Készségfejlesztő Speciális Szakiskola és EGYMI, Budapest San Marco u. 48-50.

| INFO | ABSTRACT |
|--|--|
| Pázmány Viktória pazmany.viktoria@foh.unideb.hu | Abstract. The study provides a snapshot on the adaptation process of Special Olympics Young Athletes global motor assessment tool in Hungary. The research was conducted with the involvement of the experts leading groups of Young Athletes in Hungary. Its aim is to have the special educators try and comment on the Hungarian version of Young Athletes Motor Skills Assessment Check List, assisting with its establishment in the Hungarian praxis. |
| Keywords: intellectual disability sport Special Olympics Young Athletes | |
| Kulcsszavak: értelmi fogyatékos sport Speciális Olimpia Kölyök Sportoló Program | Absztrakt: A tanulmány a Speciális Olimpia mozgalom Kölyöksportoló Programjának nemzetközi felmérő eszközének magyarországi adaptációs folyamatáról ad pillanatképet. A vizsgálat a Magyarországon működő Kölyök Sportoló csoportokat vezető szakemberek bevonásával jött létre abból a célból, hogy az angol nyelvű Young Athletes Motor Skills Assessment Check List magyarra fordítását követően azt kipróbálva a gyógypedagógusok véleményezzék a felmérőlapot és ezzel segítsék annak a magyar gyakorlatban való meghonosítását. |

Bevezetés

A Magyar Speciális Olimpia Szövetség a nemzetközi Speciális Olimpia mozgalom tagjaként 30 éve szervezi értelmi fogyatékos gyermekek, fiatalok és felnőttek sport- és szabadidős tevékenységét. A mozgalom egész éven át tartó, folyamatos edzésekkel, versenylehetőségekkel és rendezvényekkel színesíti a fogyatékos személyek és családjaik életét. Lehetőséget nyújt a verseny- és élsport által a legjobbaknak a kiteljesedésre, de állapottól, képességektől függetlenül minden értelmi fogyatékos személyt segít a

lehető legteljesebb fejlődésben, az egészséges életmódban, a közösségi élmények megszerzésében. A magyar Szövetség 2015-ben honosította meg a nemzetközi gyakorlatból a Young Athletes, azaz a Kölyök Sportoló Programot, melynek célja a legfiatalabb korosztály és családjaik megismertetése a Speciális Olimpia mozgalommal, és a leendő sportolók, az utánpótlás nevelés mellett a családok számára egy, az addigól eltérő jövőkép kínálása a fogyatékos gyermekkel közösen. A hazánkban 4 éve működő program elsősorban korai fejlesztő központokban és óvodákban zajlik csoportos, illetve kiscsoportos mozgásfejlesztés keretében, valamint egy csoportnak egy befogadó sportegyesület ad otthont. Egyelőre két angol és egy magyar nyelvű kiadvány, nemzetközi konferenciákon kapott anyagok, továbbá a Magyar Speciális Olimpia elnöksége és szakág-vezetői segítik munkát. A Kölyök Sportoló program elsődleges célja az utánpótlás felkészítése a sportéletre, iránymutató a családok számára a Speciális Olimpia, és a versenyzés felé. (Young Athletes, 2016)

Munkánk célja a Young Athletes Motor Skills Assessment Check list magyarországi meghonosítása. A tanulmány ennek a folyamatnak egy fontos pillanatképét mutatja be. Általában a gyógypedagógiai tevékenységben, így a mozgásfejlesztésben is a kezdeti állapot felmérése, a diagnosztika és a folyamatos nyomonkövetés hangsúlyos feladat. A Kölyök Sportoló Program - bár szigorúan véve nem a gyógypedagógiai fejlesztés fogalomkörébe tartozik, hiszen főleg a nemzetközi gyakorlatban nem feltétlen intézményes rendszerben, inkább szabadidős tevékenységként jelenik meg a családok életében - a céljait tekintve és a magyar gyakorlat alapján elválaszthatatlan a gyógypedagógiai munkától, ahol a Kölyök Sportoló Program gyógypedagógusok által vezetett foglalkozás. Mivel intézményenként, és gyógypedagógusonként eltérő a felmérés módja, rendszeressége és eszköze is, valamint a hazai gyakorlatban alkalmazott felmérő eszközök nem kifejezetten illeszkednek a mozgásfejlesztés sportszemléletű megközelítéséhez, az elmúlt évek során szerzett tapasztalatokra építve döntöttünk úgy, hogy a nemzetközi Szövetség által létrehozott eszközt a magyar gyakorlatba is átültetjük. Vizsgálatunk az angol nyelvű Young Athletes Motor Skills Assessment Check list magyar nyelvű adaptálásának céljából az eszközt kipróbáló edzők tapasztalataira irányult. A szakemberek gyakorlatból eredő észrevételei a mérőeszközzel kapcsolatban iránymutatók a mérőeszköz magyar nyelvű gyakorlatba való átültetésében.

A Speciális Olimpia és a Kölyök Sportoló program

A Speciális Olimpia versenyzői, így az utánpótlás programban részt vevők is az értelmi fogyatékos személyek csoportjába tartoznak (Regényi-Virányi-Jády, 2017). A hazai programban tanulásban és értelmileg akadályozott tanulók, és még pontos besorolást nem kapott óvodások vannak jelen. A nemzetközi terminusok szerint a Kölyök Sportoló program egészen kiskortól, 2-3 éves kortól 7- 8 éves korig foglalkozik értelmi fogyatékos gyermekekkel és családjaikkal (Young Athletes, 2016). A hazai gyakorlatban azonban az intézményes jelleg miatt óvodáskorú és alsó tagozatos gyermekek vesznek részt a foglalkozásokon 10 éves korig. Az eredetileg, angol nyelven Young Athletes nevű projekt, értelmileg akadályozott és ép gyermekek

(„children with and without intellectual disabilities”) számára készített program. Fő célja, a mozgás, a különböző sportágak megismertetése és megszerettetése a Kölyök Sportolókkal. Szabadidős tevékenységet kínál a gyermekeknek, pedagógusainak, családjaiknak és az önkénteseknek, valamint irányt mutat a Speciális Olimpia közössége felé a kisgyermekes szülőknek. A Kölyök Sportoló Program legkiemelkedőbb célja, hogy az értelmileg akadályozott kisgyermek és családja is megismerkedhessenek a Speciális Olimpia világával, már egész kis korban is sport-szemléletű mozgásfejlesztésen vegyenek részt. A program öt fő területen vár változást a mozgásos foglalkozások eredményeként:

1. Motoros képességek és készségek
2. Szociális, emocionális és tanulási képességek, készségek
3. Sportkészségek
4. A gyermek állapotának elfogadása
5. A gyermekkel szembeni elvárások

A magyar gyakorlatba 2015-ben került be a program a Magyar Speciális Olimpia elnökségének javaslatára. Először egy csoporttal, a budapesti Csalogány Intézményben indultak meg a foglalkozások, majd a bemutatóknak, előadásoknak, népszerűsítő videóknak köszönhetően évente 1-2 óvoda, iskola csatlakozott a programhoz. A 2019/2020-as tanévben 6 speciális intézményben és egy befogadó sportegyesületben zajlanak rendszeresen az edzések, rendezvényeinken pedig többségi gyermekek egyre növekvő létszámmal, közel 1/3-os arányban szerepelnek. Jelenleg 11 gyógy-pedagógus, 3 gyógypedagógiai asszisztens foglalkozik közel 50 gyermekkel heti rendszerességgel.

Ezek a foglalkozásokon - épp úgy, mint bármely más kiscsoportos mozgásfejlesztésen - nem beszélhetünk tisztán mozgásos készségek fejlesztéséről, hiszen a kognitív képességekre, mint például a figyelem, a szociális készségekre, kommunikációs készségekre egyaránt szükség van. A gyermekek fejlődnek alapmozgásaikban, de gyakorolják a kivárást, türelmet, egymásnak szurkolást, valamint különböző kommunikációs eszközöket használnak. A program alapelvét alátámasztja számos szakirodalmi meghatározás, melyek szerint, a mozgáson keresztül az összes készséget hatékonyan fejleszthetjük, a mozgás megfelelő motivációs bázist nyújt az egyéb területek megalapozására.

A sport számos képesség, készség fejlesztésére alkalmas, számos cél eszközül szolgáló tevékenység. Értelmi fogyatékos személyeknél lehet a fejlesztő munka eszköze, munka helyett mindennapi motiváció és cél, szabadidős tevékenység, mely által a sportolók kitartást gyakorolnak, szociális kapcsolataikat erősítik, fejlődik az önértékelésük, önbizalmuk és az egyik legfontosabb, hogy sikerélményt szereznek. Emellett az értelmi fogyatékos személyek sportja nem csak az adott személyre, hanem környezetére is hatással van, az eredmények elősegíthetik a társadalmi előítéletek leküzdését, a fogyatékos személyek integrációját, elfogadását és az esélyegyenlőség elősegítését is (Gruiz, 2003).

Értelmi fogyatékos gyermekek és felnőttek esetén ugyanúgy „kedvezően befolyásolja az aktivációs és teljesítménynívót” a tudatosan felépített és megtervezett testnevelés óra, vagy edzés. (Nádori, 1993, p.23.) Rendszeres sportélet esetén az érintett személyeknél a kognitív képességek, mint az „intelligencia, szókincs, megfi-

gyelőképeség”, valamint a szociális készségek terén figyelhető meg javuló teljesítmény. Az „egyen fizikai-pszichikai teljesítőképessége, teljesítménye”, a „terhelés-szabályozás, mint a keringés-légzés és energiafelhasználás” és természetesen a motorikus teljesítmény is javul (Nádori, 1993).

Értelmi fogyatékos személyek esetén a mozgást felhasználva indíthatók be motívációs folyamatok. „Az értelmi fogyatékos gyermekek a tevékenységen, illetve a mozgáson keresztül könnyebben megközelíthetők, mert a motorium területén- a kognitív szférához képest- bizonyíthatóan erősebb képesség-készségkészletük van. A motorikus folyamatok az értelmi fogyatékos gyermeket lényegesen jobban motiválják, kedvezőbb élményt nyújtanak, mint a tisztán kognitív-szociális-emocionális folyamatok, (Nádori, 1993, p. 24.). A fenti elméletre épülnek azok az alátámasztások, melyek az értelmi fogyatékos személyek sportolásának fontosságát, létjogosultságát igazolják. Nádori László 1993-as tanulmányában a következőképpen érvel: „A sport a természetes gyermeki igénynek- a mozgás, funkcionalitás és aktivitás révén – közvetlenül megfelel” (Nádori, 1993, p. 24.). Eltérően más területektől a sport Nádori megfogalmazásában „képesség-semleges” természetű, összetett, komplex képességstruktúrát igényel, nem pedig „szigorúan körülírt képesség-készségsszintet, az értelmi fogyatékos meg határozott szintjein” (Nádori, 1993, p. 24.). Az egyik legfontosabb pozitív hozadéka a rendszeres sport és versenyletelnek a siker, elismerés, győzelem, vagy akár kudarc, vereség megélésére, ezen élmények hatással vannak az egyénre, önmaga megismerésére. Kiemelendő, hogy a sikerek, és kudarcok meg tapasztalása befolyással bír a személy személyiségfejlődésére, az önállóság, öntudat, önismeret egyre nagyobb mértéke hozzájárul a saját képességeibe vetett bizalmához (Nádori, 1993).

Értelmi fogyatékos személyek esetén akár mozgásfejlesztésről, akár konkrét sportfoglalkozásról beszélünk, alapelvek közé soroljuk a tervszerűséget, téri és tárgyi rendezettséget, figyelem felkeltését, gyakorlatok ismétlését és begyakorlását, változatos gyakorlatok tervezését, valamint különös hangsúllyal a megfelelő motiváció kialakítását, kudarcélmények elkerülését, valamint azok esetleges feldolgozását (Horváth, Barthel, 2003 p.181.).

A nemzetközi szövetség, valamint a program módszertani ajánlásai leginkább szemléletet, eszmét határoznak meg. Játékgyűjtemény, ötlettár segíti a foglalkozást vezetőket a tervezésben, de ezek csupán a szemléletet adják, ajánlást kínálnak a foglalkozások felépítéséhez. Ezek az összegyűjtött mozgásos játékok a mozgásnevelés, testnevelés módszertanával.

A Young Athletes – Motor Skills Assessment/Check List

A módszertani füzetek számos eszközt, azok képekkel illusztrált változatos használati javaslatát mutatják be. Ezen eszközök egyike a kutatás témája, a Young Athletes Motor Skills Assessment Check list. A nemzetközi szövetség által készített, kifejezetten a Kölyök Sportoló programban részt vevő ép és értelmi fogyatékos gyermekek mozgásos képességeinek felmérésére alkalmas eszközzel lehetősége van a szak-

embereknek a program megkezdése előtt, majd adott időközönként megállapítani a gyermekek mozgásállapotát, így a fejlődés mérhető és követhető lesz. A felmérő lap hazai bevezetésének jelenlegi helyzetét követjük nyomon a tanulmányban. Jelenleg az adaptáció folyamatában a szűk körben terjesztett felmérő lap szakemberek általi véleményezése, lektorálása van folyamatban. A Magyar Speciális Olimpia Szövetség tervezi, hogy a végleges változatot honlapján hozzáférhetővé teszi minden érdeklődő számára. A sport szemléletű mozgásfejlesztéssel foglalkozó Kölyök Sportoló programban részt vevő csoportok számára az útmutató az alábbi nagymozgások gyakorlását ajánlja:

- Alapozó készségek
- Járás és futás
- Egyensúlyérzékelés és ugrás
- Labda fogása és elkapása
- Dobás
- Ütés
- Rúgás
- Haladó sportkészségek

A labdagyakorlatok alapjainak elsajátítása során egyik cél a Kölyök Sportoló programban, hogy később az adott sportág edzésein már készségszinten tudja a gyermek. Ezen gyakorlatok szolgálnak a többek között a bowling, a tenisz, a tollaslabda, a kosárlabda, labdarúgás, floorball, kézilabda, röplabda alapjául. A haladó sportkészségek a Kölyök Sportolók esetén a sportágakkal való megismerkedés, sport-specifikus készségek elsajátítása, valamint ezek sportkörnyezetben való alkalmazásának gyakorlása a cél. A gyermekek már egészen óvodás korban sport-specifikus mozgásokat sajátítanak el, valamint sportversenyeken vesznek részt.

Összehasonlítva a gyógypedagógiában és a Kölyök Sportoló programban kijelölt fejlesztési területeket és célokat megállapítható, hogy csupán célját tekintve tér el egymástól a kettő: míg az egyik a kognitív, szociális és egyéb készségeket kívánja kiegészíteni, addig a másik típusú foglalkozás ezen területek mellett a sportéletre való felkészítéssel foglalkozik. Ugyanazon gyermekek ugyanazon mozgásos területei fejlesztésében megjelenő különbségeket a fókuszeltolódás eredményezi, a két irányzat tehát nem ellentétes egymással, csupán a fókusza eltérő.

A vizsgálat

Munkánk során elsősorban a programban részt vevő gyógypedagógus végzettségű edzőknek a tapasztalatait, véleményét vizsgáltuk meg a Kölyök Sportoló Felmérő lappal kapcsolatban, összehasonlítva azt a komplex vagy kizárólag mozgásállapot vizsgálatra alkalmas felmérő eszközökkel. Fontos kérdése volt a vizsgálatnak, hogy a sport szemléletű, kifejezetten a Kölyök Sportoló programban részt vevő gyermekekre készített eszköz mely elemeiben egyezik gyógypedagógiai felmérő eszközzel, illetve milyen mértékben specifikus, eltérő attól?

A felmérésben részt vevők tapasztalatait az írásbeli kikérdezés indirekt módszerén keresztül ismertük meg. Személyes interjúra a földrajzi távolságok és a válaszadók elfoglaltsága miatt nem volt lehetőség. A beérkezett információkat a tartalomelemzés módszerével elemeztük.

Első kérdéscsoportban a részt vevő gyógypedagógusokat a végzettségükről, munkájukról, a Speciális Olimpia mozgalommal illetve a Kölyök Sportoló programmal való kapcsolatukról kérdeztük. Majd nyílt kérdésekkel térképeztük fel, hogy milyen előzetes ismereteik vannak értelmileg akadályozott gyermekek mozgásállapotára vonatkozó felmérésekről, milyen eszközöket használnak a gyakorlatban. Ezen kérdések egy része rövid válaszokat, míg másik részük tanult ismeretek közlését igénylő kérdés volt. Ezt követően kértük őket, hogy fejtsek ki a Kölyök Sportoló program keretei között bevezetésre kerülő felmérő lappal kapcsolatban véleményüket. Kíváncsiak voltunk annak alkalmazhatóságára, valamint, hogy a szakemberek munkáját mennyiben segítheti az az állapotfelmérésben illetve a fejlesztésben. Kérdéseinkkel kitértünk a mérőeszköz előnyeire és hiányosságaira egyaránt.

Minden, a kutatásban részt vevő személy legalább egy gyermekkel elvégezte Kölyök Sportoló Felmérő lap feladatait, majd ezt követően válaszolt a kérdésre. A 17 kérdésből álló dokumentumot 11 gyógypedagógus illetve gyógypedagógiai asszisztens kapta meg, akik mindannyian visszaküldték válaszaikat.

Vizsgálat eredményei

A Kölyök Sportoló programban bevezetésre kerülő felmérő lappal kapcsolatos kérdésekre 11 fő válaszolt, akik közül 1 fő kivételével – aki gyógypedagógiai asszisztens – minden válaszadó gyógypedagógus végzettségű. Előzetesen különbséget vártunk a régebb óta a szakmában dolgozó gyógypedagógusok és a pályakezdők megfogalmazásában, felmérő eszközökben való jártasságban, de a válaszok leginkább a munkahelyi sajátosságokat tükrözték – például a korai fejlesztés területén dolgozók korai életkorban használt felmérő eszközöket soroltak. A bevezető kérdésekben nem szerepelt a munkahely, valamint a korosztály, akikkel foglalkoznak, így e szempont alapján nem hasonlíthattuk össze a válaszokat.

A kutatásban részt vevők többnyire fiatalok, 4-5 éve foglalkoznak értelmi fogyatékos gyermekekkel, 2 fő 14-15 éve van a pályán. A Kölyök Sportoló programhoz a kezdetektől 2 fő csatlakozott, a többiek 1-3 éve foglalkoznak az óvodás és kisiskolás korú értelmi fogyatékos gyermekek mozgásfejlesztésével, sportéletre történő felkészítésével a Magyar Speciális Olimpia Szövetség keretein belül. Végzettséget tekintve a gyógypedagógusok közül 2 fő bölcsészképzésben, 1 fő óvodapedagógus képzésben, 3 fő mesterképzésben is részt vett, egy fő pedagógus szakvizsgát tett. Emellett a kitöltők közül 2 fő masszőrként tanult, 2 fő Kölyökatlétika képzést, 1 fő szivacskezilabda képzést végzett, valamint számos mozgásfejlesztéssel kapcsolatos tanfolyamon bővítették szaktudásukat. A válaszokat tekintve – kiemelve itt az ismert és használt vizsgálo eljárásokra, és a felmérő lap hiányosságaira vonatkozó kérdést - nem mutatkozott különbség azon szakemberek véleményében, akik sport-specifikus tanfolyamokon, képzéseken vettek részt.

A Kölyök Sportoló felmérő lappal kapcsolatos véleményükön kívül fontosnak tartottuk felmérni, hogy a válaszadók milyen felmérő eszközöket ismernek, és használnak. Célunk volt, hogy kapcsolatot fedezzünk fel, a válaszadók által ismert és használt vizsgáló eljárások és a Kölyök Sportoló felmérő lappal kapcsolatos tapasztalataik között, de a válaszok inkább arra engednek következtetni, hogy mely területen, milyen életkorú gyermekekkel foglalkoznak munkájuk során (pl. korai fejlesztés területén, mozgásneveléssel). Arra a kérdésre, hogy milyen, értelmileg akadályozott gyermekek mozgásos képességeinek felmérésére alkalmas eszközöket ismernek, legtöbbször saját készítésű, vagy intézményi szinten használt vizsgáló eszközt, a Strassmeier fejlődési skálát, a P.A.C. egyes elemeit, speciális, terápiákhoz (Pl. Vojta, Katona vagy Ayres terápiák) tartozó vizsgáló eljárások felméréseit, valamint a Lakatos Katalin nevéhez fűződő Állapot és mozgásvizsgálatot sorolták fel. 2-2 fő említette a Kiphard-féle szenzomotoros és pszichoszociális fejlődési táblázatot és a Kulcsárné-féle komplex fejlesztés felmérését. Csúpan 1-1 kérdéssorban jelent meg a válaszok között a Lincoln-Oseretzky fejlődési skála, a Netfit, a Movement ABC, a HKI és a Portage. Kiemelendő, hogy a Netfitet az a szakember jelölte meg, akinek nincsen sportág-specifikus vagy testnevelői végzettsége, a Movement ABC-t és a Portage-t pedig azok a gyógypedagógusok sorolták fel, akik részt vettek valamilyen mesterképzésben. 1 fő a felmérő eszközöknél vizsgáló eljárások helyett tárgyi eszközöket – mint a zsámoly, gerenda, szivacs - sorolt fel.

| | Felmérő eszközök | | | | | | | | | | | |
|------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Edző | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L |
| 1 | X | | | X | X | | | | | | | |
| 2 | X | | | X | X | | | | | | | |
| 3 | | X | X | | | X | | | | | | |
| 4 | | X | | | | | | | | | | |
| 5 | X | | X | | X | | | | | X | | |
| 6 | | | | X | | | X | | | | X | |
| 7 | X | X | | | | X | | | | | | |
| 8 | | X | X | | | | | | | | | |
| 9 | | | X | X | | | | | X | | | |
| 10 | X | | | | | | X | X | | | | X |
| 11 | X | | | | X | | | | | | | |
| | 6 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

1. táblázat: Felmérő eszközök használata a Kölyök Sportoló programban résztvevő edzők körében

Felmérő eszközök:

- A. Saját készítésű felmérés
- B. P.A.C.
- C. Strassmeier
- D. Speciális, terápiához tartozó vizsgáló eljárások (Vojta, Katona, Ayres)
- E. Állapot és mozgásvizsgálat (Lakatos Katalin)
- F. Kliphard-féle szenzomotoros és pszichoszociális fejlődési táblázat
- G. Kulcsárné-féle komplex fejlesztés felmérése
- H. Lincoln Oseretzky skála
- I. Netfit
- J. Movement ABC
- K. HKI
- L. Portage

Feltételeztük, hogy azok a szakemberek, akik az általuk eddig használt felmérő eszközökkel elégedetlenek, nyitottabbak lesznek a Kölyök Sportoló felmérő lap felé, de minden válaszadó megfelelőnek tartja az adott célra az általa használt felmérő eljárást, és előremutatón nyilatkozott az új felmérő eszközről is.

Kérdéseink fókuszában a Kölyök Sportoló felmérő lappal kapcsolatos első benyomások megismerése állt, célunk volt felmérni, hogy hasznosnak, használhatónak tartják-e a hazai kollégák az eszközt, milyen hiányosságait, előnyeit tapasztalják. A Kölyök Sportoló programban hazai bevezetésre kerülő felmérő lapot minden válaszadó hasznosnak tartja a gyermekek képességeinek megállapítására:

„Kiindulási pontként szolgálhat a sportfoglalkozások megtervezésében.”

„Átfogó képet ad a gyermekek képességeiről.”

„Globális képet ad a gyermekek mozgásos képességeiről.”

„A megfelelő mozgásformák felméréséhez sok segítséget adnak.”

„Átfogó képet ad a gyermekek aktuális mozgásállapotáról. Megmutatja, mely területek működnek megfelelően, vagy kiemelkedően és mely terület fejlesztendő hangsúlyosabban.”

„Különböző helyzeteket és teljesítményeket mérek fel a lap segítségével, így jobban fel tudom mérni a gyermekek fejlődési szintjét egymáshoz viszonyítva is, és korábbi önmagukhoz képest is.”

Egyes válaszokban benne rejlik a fejlesztés iránti igény is:

„Segítséget fog nyújtani, kisebb módosítással, esetleg bővítéssel. Jó az alapkoncepció, a feladatok könnyebbek, jól érthetőek, sokszínűek, az alapkészségeket átveszik.”

„Az alapvető területek hiányosságaira rávilágít, de lehetne részletesebben lebontva.”

„Támogatom és örülök neki, hogy lett egy saját felmérő eszközünk. A gyerekekkel felvett felmérés alapján új dolgot (hiányt vagy fejlődést) nem tudtam meg a gyerekekről. Új gyermek mozgásos képességeinek megismerésére viszont nagyon jól alkalmazható.”

A fejlesztő munka tervezésében a Kölyök Sportoló programban résztvevők a felmérést új gyermek érkezése esetén, a hiányosságok megállapítására, fejlesztési célok és a következő lépcsőfokok kijelölésére tartják leginkább alkalmasnak. Úgy vélik, segítséget nyújt azon területek, feladatok megállapítására, amelyek a gyermekek önbizalmát, motivációját növelik.

Az eszköz gyengeségeként a pontos megfogalmazások, feladatleírások, szakkifejezések hiányát emelték ki a válaszadók. A gyakorlatok közül a testsúly, testmagasság lejegyzését, lépcsőzés, hajlékonyság vizsgálatát, részletesebb egyensúly, koordináció felmérést, valamint vízben történő vizsgálatot is javasoltak. Nehézséget okozott továbbá a felvétel során, hogy az eszköz nem ad pontos, egyértelmű utasításokat (pl. guruló labdába rúgás) sem a fordításban, sem az eredeti angol megfogalmazásban. Ugrások vizsgálatakor az egyik válaszadó nehezményezte, hogy a magasugrás mérésekor nincs segédeszköz, vagy részletes leírás, ami segíteni a felmérést végző munkáját a mérésben, valamint többen is jelezték, hogy az egy lábon ugrás vizsgálatakor célszerű lenne jobb és bal lábbal is elvégeztetni a gyakorlatot, a jobb eredményt rögzíteni és megjegyzésben jelölni a használt oldalt.

Egy sarkalatos pontja a felmérő lapnak a járógyakorlatok vizsgálata. A „Járás és tárgy szállítása” témában a felmérő lap nem határoz meg konkrét feladatot, így a felmérést végző gyógypedagógusok a saját kreativitásukra, ötleteikre hagyatkoztak. Egyes szakemberek a felhasználható eszközökből gazdálkodva a gyermekeknek azt a feladatot adták, hogy teniszlabdát nyújtott ujjakon, felfelé néző, tetszőleges oldalú tenyerükön vigyenek, míg mások babzsák, Wesco téglá „szállításával” mérték fel ezt a területet. A tapasztalatok alapján átírássra került a feladat szövege, és meghatározva egy labda két kézben tartásával vizsgáljuk ezt a pontot.

| Edző | szakmailag megfelelő nyelvezet | utasítások precíz megfogalmazása | további vizsgálandó területek | segédeszközök hiánya | jobb és bal oldal / dominancia vizsgálata |
|------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|----------------------|---|
| 1 | X | | | X | |
| 2 | X | | | X | |
| 3 | | X | X | | |
| 4 | X | | X | | X |
| 5 | | X | | X | |
| 6 | | X | X | | |
| 7 | | X | | | X |
| 8 | | | X | | X |
| 9 | X | | X | X | |
| 10 | | X | | X | X |
| 11 | X | | X | | |

2. táblázat: Felmérő lap hiányosságai, gyengeségei

A beérkező válaszok közül a felmérő lap előnyei között kiemelték a szakemberek, hogy a vizsgálat könnyen, egyszerűen kivitelezhető, kevés eszközt igényel és rövid idő alatt felvehető. Emellett az eszköz jó hasznosíthatósága mellett szól az is, hogy a könnyen végezhető gyakorlatok miatt sok gyermek esetében alkalmas az eszköz a vizsgálatra, akár a súlyosabb sérüléssel élőkkel is elvégezhető. Átfogó szemlélete miatt a fejlődés több területére is kiterjed a vizsgálat, ezzel egyértelműbb képet adva a programban részt vevő gyermekek fejlettségi szintjéről. A feladatok játékos mivolta pedig a figyelem fenntartását, a motivációt segíti.

| Edző | egyszerű vizsgálat | kis eszköz igényű | kis időtartalmú | könnyű gyakorlatok | átfogó szemlélet | játékos |
|------|--------------------|-------------------|-----------------|--------------------|------------------|---------|
| 1 | | X | | X | X | |
| 2 | X | | X | X | X | |
| 3 | | | X | | | X |
| 4 | X | X | | | | X |
| 5 | X | | X | | X | |
| 6 | | | | X | | |
| 7 | X | X | | | X | X |
| 8 | | X | X | | | |
| 9 | | | X | X | | X |
| 10 | X | X | | X | | X |
| 11 | X | | | | X | |

3. táblázat: Felmérő lap erősségei

A felmérés gyermekenként átlagosan 15-30 percet vett igénybe első alkalommal a gyógypedagógusoknak. A felmérés elvégzésekor a válaszadók a következőket tapasztalták:

„A gyermekeknek egy picit unalmas volt, persze egy szép mese keretében izgalmas-sá lehet tenni nekik.”

„A gyermekek élvezték, hogy mérjük őket, viszont célszerű legalább egy plusz kollégával elvégezni.”

„Mindegyik gyermek a legjobb teljesítményét adta, és szerintem elég gyorsan megértették a feladatot.”

„A gyermekek örömmel végezték a feladatokat. Jelen esetben a felméréseket 2 felnőtt végezte, amely meggyorsította és talán pontosabbá is tette az adatok felvételét.”

„Élvezettel végezték a gyerekek, nem volt megterhelő számukra és nem volt unalmas.”

„Gördülékeny, érthető, kivitelezhető, könnyen felmérhető.”

A tapasztalatok egyik kiemelt konzekvenciája, hogy a feladatsor precíz elvégzéséhez és a megfigyelések rögzítéséhez 2 szakember jelenléte szükséges.

A feladatvégzés során a segítségnyújtás mértéke nem meghatározott az eljárás leírásakor, így felmerül a kérdés, hogy nyújthatunk-e a gyermeknek a vizsgálat során a bemutatást követően verbális, vizuális vagy manuális segítséget. Ebben a tekintetben szintén további egyeztetés illetve finomítás szükséges.

A felmérésnél nehézséget okozott, hogy több gyakorlatnál nem volt egyértelmű a feladatleírás, feladatmegfogalmazás, szükség volt többszörös bemutatásra, facilitálásra, problémát okoztak a tér korlátai- a futás és a rúgás vizsgálatokor-, a magasugrás pontos lemérése. Járógyakorlatoknál több gyógypedagógusban felmerült a kérdést, hogy mindkét irányba kell-e végezni a gyakorlatokat, ha nem akkor ki dönti el, hogy melyik irányba történjen a mozgás, valamint, hogy hátrafelé járásnál feladat-e, hogy a vonalon maradjon a gyermek. Továbbá az egyik szakember jelezte, hogy számára a labdás feladatoknál nem egyértelmű az utasítás megfogalmazása, hogy gurításnál, rúgásnál a gyermekhez képest a felmérést végző személy milyen irányban álljon.

A kérdéssor egyik fő kérdése volt az is, hogy a válaszadók a jövőre nézve tervezik-e használni a Kölyök Sportoló felmérő lapot. A kitöltők mindegyike azt

válaszolta, hogy alkalmazhatónak tartja a felmérő eszközt a gyermekek mozgásos képességeinek, készségeinek nyomon követésére, úgy gondolják, megfelelő és szükséges finomításokat követően használni fogják, de két válaszadó kiemelte, hogy nem önmagában, hanem más gyógypedagógiai felmérő eljárásokkal kiegészítve fogja alkalmazni.

Összegzés

Munkánk során egy új felmérő eszközt kívántunk megismertetni és véleményeztetni gyakorló szakemberekkel. Úgy véljük, hogy a diagnosztika, a felmérés mellett az edzők, gyógypedagógusok, és a programban részt vevők gyógypedagógiai szemléletének összekapcsolódása a sport- és versenylettel kiegészíti egymást, és ezáltal lesz komplementer, átfogó és teljes a Kölyök Sportoló program.

A kipróbálást követően a gyógypedagógusok javaslatait figyelembe véve kijavításra került a feladatok leírása, valamint megjegyzésként egyes feladatoknál (pl. tárgy szállítása, guruló labda rúgása) pontosabb feladatleírás szerepel, hiszen célunk, hogy egységes eljárásként minden felvétel azonos legyen, hogy az eredmények összehasonlíthatóak legyenek.

Bízunk benne, hogy a Kölyök Sportoló program felmérő lapjának hazai bevezetése sikeres lesz. Azonban a hivatalos közzététel előtt további vizsgálatok, próbák, egyeztetések és finomítások szükségesek.

Ismerve a felmérő lap korlátait, mint hogy ez nem egy standardizált vizsgáló eljárás, önmagában nem alkalmas gyógypedagógiai állapotleírásra, képességek megállapítására, tevékenység tervezésére, az eszköz kizárólag a mozgásos képességekre, készségekre fókuszál. Az átfogó tervezéshez, felméréshez nem elegendő csupán a mozgásos képességprofil jellemzése, de ezt a Check list nem is ígéri. Olyan, kiegészítő eszközt kínál, amely a Kölyök Sportoló program résztvevőinek előzetes, utólagos és összehasonlító felmérésével a szükséges feladatok kijelöléséhez járul hozzá. Mivel a Kölyök Sportoló Program Felmérő lapjának pontjai közvetlenül mérik azokat a képességeket, készségeket, amelyek a Kölyök Sportoló Program tananyagát képezik, a dolgozat címében is szereplő gyakorlatban közvetlenül hasznosítható. Ez a gyakorlat azt mutatja, hogy a hazai „edzők” elégedettek az új vizsgáló eljárással, a kipróbálást követően a válaszadók mindegyike tervezi, hogy munkája során alkalmazni fogja az eszközt.

Felhasznált irodalom

1. Barthel Betty (2005): A mozgásnevelés sajátosságai és módszertana, In: Dr. Varga Imre (szerk.): Speciális didaktika I.- Az értelmileg akadályozottsággal élő gyermekek tanítása. Szeged. 70-120.
2. Nádori László (1993): Értelmi fogyatékosok testnevelését és sportját vizsgáló kutatások In: dr. Göllesz Viktor (szerk.): Életminőség- fejlesztő speciális mozgalmak a fogyatékosügyben. Budapest, A Szociális Munka Alapítvány Kiadványai 9. 21-27.

3. Regényi Enikő, Virányi Anita, Jády György (2017): Tanulásban akadályozott, valamint értelmileg akadályozott személyek testkultúrája In: Benczúr Miklósné (szerk.): Az adaptált testkultúra és sport fogyatékoságspecifikus alapismeretei. Budapest, ELTE-BGGYK. 79-92.
4. Special Olympics Young Athletes (2016)- Activity guide (kézikönyv)
<https://media.specialolympics.org/resources/community-building/young-athletes/young-athletes-activity-guide/YoungAthletes-Activity-Guide-Print.pdf>
(letöltve: 2019.03.12)
5. Special Olympics Young Athletes (2017)- Facilitator guide (kézikönyv)
<https://media.specialolympics.org/resources/community-building/young-athletes/young-athletes-facilitator-guide/YoungAthletes-Facilitator-Guide-Print.pdf>
(letöltve: 2019.03.12)
6. Special Olympics- Young Athletes Motor Skills Assessment, 2017
<https://media.specialolympics.org/resources/community-building/young-athletes/Motor-Skills-Assessment.pdf>
(letöltve: 2019.02.09)

Melléklet



Speciális Olimpiai Kölyök Sportoló Program Felmérő lap

Bevezetés

Speciális Olimpiai Kölyök Sportoló Program

A Speciális Olimpia Kölyök Sportoló Programja egy játék- és sportprogram ép és értelmi fogyatékos gyerekek számára, hazánkban 3-tól 10 éves korig. A Kölyök Sportoló Program a mozgásos foglalkozások során megismerteti a gyermekekkel a különböző sportágakat, olyan mozgásos képességeket, készségeket, sajátítanak el, mint például a futás, rúgás és dobás, amelyek később sportágak alapjául szolgálnak. A Kölyök Sportoló Program közösségi élményt kínál családoknak, tanároknak, gondozóknak, közösen osztozhatunk a mozgás örömeiben!

A program megvalósításának, és a részvételnek nincsen előfeltétele, minden képességszintű gyerek részt vehet. A gyerekek megtanulnak együtt játszani és a tanuláshoz nélkülözhetetlen kognitív, kommunikációs, szociális képességeik, készségeik fejlődnek mozgás által. Megtanulnak együttműködni, sorban következni, türelmesen várni és utasításokat végrehajtani. Ezek a készségek segítik a gyerekeket a családi, közösségi és iskolai elfoglaltságaikban.

A Kölyök Sportoló Program játékos módon tanítja a gyerekeket az egészséges életmódra. Fontos egészen kiskorban kialakítani az egészséges szokásokat, melyek megteremthetik a testmozgás, a barátság és a tanulás alapjait a későbbi életkorokra. A Kölyök Sportoló Program egyszerű eszközökkel könnyen és változatosan végezhető, jó szórakozás mindenki számára. A Kölyök Sportoló Útmutatóját és alapfelszerelését használva, teljesíthető otthon, az iskolában, vagy gyerekközösségben. A Kölyök Sportoló Programban minden gyerek, a családjaik és a közösség tagjai is egy befogadó csapat tagjai lehetnek.

Felmérő lap

A Kölyök Sportoló Program felmérő lapja azon gyógypedagógusok, edzők, szülők és gondozók számára készült, akik a motoros teljesítmény objektív mérőszámait keresik. A felméréseknek köszönhetően a program megkezdése előtt, illetve a fejlesztési időszak (iskolai modellben tanév) végén mért eredmények összehasonlíthatók, nyomon követhető a gyermekek fejlődésének mértéke. Az edzők, gyógypedagógusok

gógusok a kapott eredmények tükrében tervezhetik meg a fejlesztő tevékenységet, tüzhetik ki a fejlesztési célokat.

Mivel a Kölyök Sportoló Program felmérő lapjának pontjai közvetlenül mérik azokat a képességeket, készségeket, amelyek a Kölyök Sportoló Program tananyagát képezik, ezért az eszköz tananyag-alapú értékelő eszköznek számít. A kifejezés, hogy tananyag-alapú értékelő vagy mérőeszköz olyan felmérésre utal, amely „közvetlenül megfigyeli és rögzíti a diák teljesítményét a helyi tananyag tükrében” (Deno, 1993; Witt, Elliot, Daly, Gresham & Kramer, 1998).

A Kölyök Sportoló motoros értékelésnek három kulcseleme van:

1. Kölyök Sportoló Program előzetes értékelés

A Kölyök Sportoló Program előzetes értékelést a Kölyök Sportoló Programon való részvétel előtt kell lefolytatni. Ez a felmérés információt nyújt arról, hogy a Kölyök Sportoló Program megkezdése előtt a gyerekek milyen képességekkel, készségekkel rendelkeznek az egyensúlyérzék, járás, futás, ugrás és a manipulációs gyakorlatok konkrét kivitelezése területén.

2. Kölyök Sportoló Program utólagos értékelés

A Kölyök Sportoló Program utólagos értékelést a Kölyök Sportoló Programon való részvétel után kell lefolytatni. Hazai viszonylatban, mivel iskolai modell keretében valósul meg a program, érdemes tanév elején, illetve a tanév végén elvégezni a mérést. Ez a felmérés információt nyújt arról, hogy ugyanazon gyakorlatokban a fejlesztési időszak végén hogyan teljesítenek a gyermekek.

3. Kölyök Sportoló Program összehasonlító értékelés

Ez az összehasonlító értékelés olyan eszköz a felkészítő kezében, amellyel összehasonlíthatja az előzetes és utólagos adatokat, így nyomon követhető a fejlődés mértéke.

A Kölyök Sportoló Program felmérő lapja nem sztenderd mérőeszköz és nem használható az itt leírttól eltérő célra. Például azt nem javasoljuk, hogy a gyermek egyéni fejlesztési tervében, vagy fogyatékoság diagnosztikában szerepeljenek a felmérés adatai, illetve, hogy a pontszámokat fejlődési mérföldkövekkel azonosítsák. Az eszközt nem ilyen megbízhatósággal és érvényességgel terveztük ezért nem használható a célján, vagyis a gyerekek mérésakor mutatott képességeinek értékelésén kívül másra.

A felméréshez szükséges eszközök

A következő eszközök szükségesek a Kölyök Sportoló Program felmérő lapjának elvégzéséhez. Amennyiben nem rendelkezik az alábbi eszközökkel, bármilyen más, a célra alkalmas eszközzel helyettesíthető.

1. mérőszalag
2. stopperóra
3. széles szalag/vonal, vagy fejlesztő pálya jelölésére a padlón
4. közepes labda méretű elkapáshoz és rúgáshoz (kb. 4-es méretű futball labda)
5. kisméretű labda (kb. teniszlabda méretű)
6. zsámoly
7. kendő

KÖLYÖK SPORTOLÓ PROGRAM ELŐZETES ÉRTÉKELÉS

A következő felmérést a gyermek Kölyök Sportoló Programon való részvételét megelőzően kell lefolytatni. Minden gyereket lehetőség szerint egyénileg kell felmérni, hogy csökkentjük a figyelem elterelődését és pontos eredményeket rögzíthessünk. A felmérés gyerekenként 15-20 percet vesz igénybe. Elsőként a felmérés folyamatát kell ismertetni a gyerekekkel. Javasoljuk a következő szöveg használatát:

„Ma játékokat fogunk játszani. Először elmagyarázom, aztán megmutatom, hogy mit szeretnék, ha te megcsinálnál. Aztán te következ, csináld, amit én csináltam. Ha nem érted, mit kell csinálni, megmutatom megint. Az a lényeg, hogy csináld, amilyen jól csak tudod és érezd jól magad! Egy része könnyű lesz, más része lehet, hogy nehezebb, csak mindig próbáld a legjobban megcsinálni, amit kérek.”

Kezdjük az első ponttal. Hangosan magyarázzuk el és aztán mutassuk be a gyerekeknek a feladatot. Ha nem érti meg, magyarázzuk el és mutassuk be azt másodszor is. A felmérés vezetője minden egyes pontban biztosítson két lehetőséget, hogy a gyerekek teljesíthessék a feladatot és aztán rögzítse a legjobb eredményt. Ha a gyerek egy feladatot nem tud végrehajtani, válasszuk az N/A mezőt és lépünk a következő feladatra. Ha az N/A mezőt választjuk, adat ne kerüljön a táblázatba.

Az értékelés megkezdése előtt jegyezzük fel az alábbi adatokat:

Dátum: _____ Gyerek neve: _____

Gyerek kora: _____

Milyen a gyerek hozzáállása/hangulata ma? A keretben jegyezzük fel minden olyan tényezőt, ami befolyásolhatja a gyerek képességét/lehetőségét, hogy a gyerek a képességeihez képest a legjobb teljesítményt nyújtsa.

| | Feladat | Eljárás/gyakorlatok | Értékelés | | |
|-----------|-----------------------|--|--|----------|-----|
| Egyensúly | 1. Állás egy lábon | Mutassuk be az egy lábon állást mell előtt kereszttezett karral, másik láb térdben behajlítva. Álljon a gyerek mell előtt kereszttezett karral, másik láb térdben behajlítva. Használjunk stoppert, hogy feljegyezzük, mennyi ideig tud a gyerek egy lábon állni. 30 másodpercnél állítsuk meg a mérést. Ismételjük meg a másik lábon állva. | Hány másodpercig tudott a gyerek jobb lábon állni? | _____ mp | N/A |
| | | | Hány másodpercig tudott a gyerek bal lábon állni? | _____ mp | N/A |

| | | | | | |
|-------|---------------------------------|--|--|------------|-----|
| | 2. Állás lábujjhegyen | Mutassuk be a lábujjhegyen állást kezünket a fej fölé emelve. Álljon a gyerek lábujjhegyen kezeit a feje fölé emelve. Használjunk stoppert, hogy feljegyezzük, mennyi ideig tud a gyerek lábujjhegyen állni. 30 másodpercnél állítsuk meg a mérést. | Hány másodpercig tudott a gyerek lábujjhegyen állni? | _____mp | N/A |
| Járás | 1. Járás egyenes vonalon | Mutassuk be a járást vonalon egyik lábunkat a másik elé helyezve. A gyerek járjon egyenes vonalon, próbálja mindkét lábbal a vonalon maradni. Jegyezzük fel, hogy 0, 1, vagy 2 lábbal tudott a vonalon maradni. Jegyezzük fel, hogy mekkora távolságot tudott 1, vagy 2 lábbal a vonalon megtenni. | Hány lábbal tudott a gyerek a vonalon maradni? | 0 1 2 | N/A |
| | | | Mekkora távolságot tudott 1, vagy 2 lábbal a vonalon megtenni? | _____méter | N/A |
| | 2. Járás és tárgy szállítása | A gyerek egy közepes méretű tárgyat szállítva sétáljon. Jegyezzük fel, hogy mekkora távolságon tudott tárgyat szállítva sétálni max. 25 méterig. | Mekkora távolságot tudott megtenni a gyerek? | _____méter | N/A |
| | 3. Lépés oldalazva | Mutassuk be a járást oldalazva vonal mentén. A gyerek járjon oldalazva vonal mentén. Jegyezzük fel, hogy mekkora távolságon tudott a gyerek oldalazva vonal mentén járni max. 5 méterig. | Mekkora távolságot tudott megtenni a gyerek? | _____méter | N/A |
| | 4. Lépés hátrafelé | Mutassuk be a hátrafelé járást. A gyerek járjon hátrafelé. Jegyezzük fel, hogy mekkora távolságon tudott a gyerek hátra lépéssel járni max. 5 méterig? | Mekkora távolságot tudott megtenni a gyerek? | _____méter | N/A |

| | Feladat | Eljárás/gyakorlatok | Értékelés | | |
|--------------|------------------------------------|--|--|---|------------------------------|
| Futás | 1. Futómozgás | A gyerek fusson legalább 15 métert. Jegyezzük fel, hogy a gyerek tud-e futni. (egy pillanatra mindkét láb egy időben elemelkedik a földtől) Jegyezzük fel, hogy a gyerek karjai hol helyezkednek el testéhez képest futáskor. | Tud a gyerek futni? (megfelelő válasz bejelölendő) | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A |
| | | | A gyerek teletalpon vagy a talpárnáin fut? (megfelelő válasz bejelölendő) | <input type="checkbox"/> teletalpon <input type="checkbox"/> talpárnáin | <input type="checkbox"/> N/A |
| | | | Hol vannak a gyerek karjai? (megfelelő válasz bejelölendő) | <input type="checkbox"/> a test mellett <input type="checkbox"/> a test előtt <input type="checkbox"/> előre-hátra mozognak | <input type="checkbox"/> N/A |
| | 2. Futás sebessége rövid távon | A gyerek fusson 5 métert. Használjunk stoppert, hogy feljegyezzük, mennyi ideig tart a gyereknek az 5 méter lefutása. | Hány másodpercbe került az 5 méter lefutása? | _____mp | <input type="checkbox"/> N/A |
| | 3. Futás sebessége hosszú távon | A gyerek fusson 10 métert. Használjunk stoppert, hogy feljegyezzük, mennyi ideig tart a gyereknek a 10 méter lefutása. | Hány másodpercbe került a 10 méter lefutása? | _____mp | <input type="checkbox"/> N/A |
| Ugrás | 1. Leugrás | Mutassuk be a leugrást számolyról páros lábra érkezéssel. A gyerek ugorjon le a számolyról. Jegyezzük fel, hogy páros lábra érkezett-e. | Tudott páros ábra érkezni? | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A |

| | | | | | |
|--|-------------------------|--|---|---|------------------------------|
| | 2. Előre ugrás | <p>Mutassuk be az előre ugrást páros lábbal elrugaskodva és páros lábra érkezve.</p> <p>A gyerek ugorjon, előre amilyen messzire tud.</p> <p>Jegyezzük fel a távolságot, és hogy a gyerek páros lábbal elrugaskodva és páros lábra érkezve ugrott-e.</p> | Mekkorát tudott ugrani a gyerek? | _____ centiméter | <input type="checkbox"/> N/A |
| | | | Mindkét lábbal egyenlően elrugaskodva és páros lábra érkezve ugrott a gyerek? | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A |
| | 3. Magas ugrás | <p>Mutassuk be a magas ugrást páros lábbal elrugaskodva és páros lábra érkezve.</p> <p>A gyerek ugorjon, olyan magasra amilyen magasra tud.</p> <p>Jegyezzük fel a magasságot, és hogy a gyerek páros lábbal elrugaskodva és páros lábra érkezve ugrott-e.</p> | Mekkorát tudott ugrani a gyerek? | _____ cm | <input type="checkbox"/> N/A |
| | | | Páros lábbal elrugaskodva és páros lábra érkezve ugrott a gyerek? | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A |
| | 4. Egy lábon ugrálás | <p>Mutassuk be az egy lábon ugrálást anélkül, hogy letennénk a másik lábunkat.</p> <p>A gyerek ugráljon egy lábon.</p> <p>Jegyezzük fel, hogy a gyerek hányat tudott egy lábon ugrani?</p> | Hányat tudott egy lábon ugrani a gyerek? | _____ ugrás | <input type="checkbox"/> N/A |
| | | | | | |

| | Feladat | Eljárás/gyakorlatok | Értékelés | | |
|-------------|----------------------------|---|--|---|------------------------------|
| Manipuláció | 1. Labda gurítás | A földön terpeszülésben gurítsuk egy méterre a labdát a szemben ugyanilyen testtartásban ülő gyerekeknek. Jegyezzük fel, hogy a gyerekek vissza tudta-e gurítani a labdát? | Vissza tudta gurítani a gyerekek a labdát? | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A |
| | 2. Kendő felemelése | Kérjük meg a gyereket, hogy vegyen fel a kendőt. | Hogyan vette fel a gyerekek a kendőt? | <input type="checkbox"/> ujjakkal és tenyérrel <input type="checkbox"/> 3 vagy több ujjal <input type="checkbox"/> 2 ujjbeggyel | <input type="checkbox"/> N/A |
| | 3. Labda elkapása | Álló testhelyzetben dobjuk a közepes méretű labdát a gyerekeknek mellmagasságban. Jegyezzük fel, hogy a gyerekek nyújtja-e a kezét, hogy elkapja a labdát. Jegyezzük fel, hogy a gyerekek elkapja-e a labdát. | Nyújtotta a gyerekek a kezét, hogy elkapja a labdát? | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A |
| | | | Sikerült elkapnia a labdát? | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A |
| | 4. Alsó egykezes dobás | Mutassuk be kisméretű labda alsó egykezes dobását legalább három méterre. A gyerekek dobja a labdát alsó egykezes dobással. Jegyezzük fel, milyen messzire dobja a gyerekek a labdát. | Milyen messzire tudta dobni a gyerekek a labdát? | ____ méter | <input type="checkbox"/> N/A |
| | 5. Felső egykezes dobás | Mutassuk be kisméretű labda felső egykezes dobását legalább három méterre. A gyerekek dobja a labdát felső egykezes dobással. Jegyezzük fel, milyen messzire dobja a gyerekek a labdát. | Milyen messzire tudta dobni a gyerekek a labdát? | ____ méter | <input type="checkbox"/> N/A |

| | | | | | |
|--|---------------------------|---|--|-------------|---------------------------------|
| | 6. Rúgás | Mutassuk be álló, közepes méretű labda rúgását legalább négy méterre. A gyerek rúgja el az álló labdát amilyen messzire tudja. Jegyezzük fel, milyen messzire rúgja a gyerek a labdát. | Milyen messzire tudta rúgni a gyerek a labdát? | _____ méter | <input type="checkbox"/> N/A |
| | 7. Guruló labda rúgása | Mutassuk be a guruló labda rúgását, amelyet a rúgó felé gurítottak. Gurítsunk labdát a gyerek felé, a gyerek rúgja, a labdát amilyen messzire tudja. -- Jegyezzük fel, milyen messzire rúgja a gyerek a labdát. | Milyen messzire tudta rúgni a gyerek a labdát? | _____ méter | <input type="checkbox"/> N/A |

KÖLYÖK SPORTOLÓ PROGRAM UTÓLAGOS ÉRTÉKELÉS

A következő felmérést a gyermek Kölyök Sportoló Programon való részvételét követően, vagy a fejlesztési időszak végén – hazai viszonylatban tanév végén- kell lefolytatni.

Minden gyermeket lehetőség szerint egyénileg kell felmérni, hogy csökkentjük a figyelem elterelődését és pontos eredményeket rögzíthessünk. A felmérés gyerekenként 15-20 percet vesz igénybe. Elsőként a felmérés folyamatát kell ismertetni a gyerekekkel. Javasoljuk a következő szöveg használatát:

„Ma játékokat fogunk játszani. Először elmagyarázom, aztán megmutatom, hogy mit szeretnék, ha te megcsinálnál. Aztán te következ, csináld, amit én csináltam. Ha nem érted, mit kell csinálni, megmutatom megint. Az a lényeg, hogy csináld, amennyire csak tudod és érezd jól magad! Egy része könnyű lesz, más része lehet, hogy nehezebb, csak mindig próbáld a legjobban megcsinálni, amit kérek.”

Kezdjük az első ponttal. Hangosan magyarázzuk el és aztán mutassuk be a gyerekeknek a feladatot. Ha nem érti meg, magyarázzuk el és mutassuk be azt másodszor is. A felmérés vezetője minden egyes pontban biztosítson két lehetőséget, hogy a gyerek teljesíthesse a feladatot és aztán rögzítse a legjobb eredményt. Ha a gyerek egy feladatot nem tud végrehajtani, válasszuk az N/A mezőt és lépünk a következő feladatra. Ha az N/A mezőt választjuk, adat ne kerüljön a táblázatba.

Az értékelés megkezdése előtt jegyezzük fel az alábbi adatokat:

Dátum: _____ Gyerek neve: _____

Gyerek kora:

Hány hétig vett részt a gyerek a Kölyök Sportoló Programban?

Milyen a gyerek hozzáállása/hangulata ma? A keretben jegyezzük fel minden olyan tényezőt, ami befolyásolhatja a gyerek képességét/lehetőségét, hogy a gyerek a képességeihez képest a legjobb teljesítményt nyújtsa.

| |
|--|
| |
|--|

| | Feladat | Eljárás/gyakorlatok | Értékelés | | |
|-----------|---------------------------------|--|--|---------------|-----|
| Egyensúly | 1. Állás egy lábon | Mutassuk be az egy lábon állást mell előtt keresztezett karral, másik láb térdben behajlítva. Álljon a gyerek mell előtt keresztezett karral, másik láb térdben behajlítva. Használjunk stoppert, hogy feljegyezzük, mennyi ideig tud a gyerek egy lábon állni. 30 másodpercnél állítsuk meg a mérést. Ismételjük meg a másik lábon állva. | Hány másodpercig tudott a gyerek jobb lábon állni? | ____ mp | N/A |
| | | | Hány másodpercig tudott a gyerek bal lábon állni? | ____ mp | N/A |
| | 2. Állás lábujjhegyen | Mutassuk be a lábujjhegyen állást kezünket a fej fölé emelve. Álljon a gyerek lábujjhegyen kezeit a feje fölé emelve. Használjunk stoppert, hogy feljegyezzük, mennyi ideig tud a gyerek lábujjhegyen állni. 30 másodpercnél állítsuk meg a mérést. | Hány másodpercig tudott a gyerek lábujjhegyen állni? | ____ mp | N/A |
| Járás | 1. Járás egyenes vonalon | Mutassuk be a járást vonalon egyik lábunkat a másik elé helyezve. A gyerek járjon egyenes vonalon, próbálja mindkét lábbal a vonalon maradni. Jegyezzük fel, hogy 0, 1, vagy 2 lábbal tudott a vonalon maradni. Jegyezzük fel, hogy mekkora távolságot tudott 1, vagy 2 lábbal a vonalon megtenni. | Hány lábbal tudott a gyerek a vonalon maradni? | 0 1 2 | N/A |
| | | | Mekkora távolságot tudott 1, vagy 2 lábbal a vonalon megtenni? | ____ méter | N/A |
| | 2. Járás és tárgy szállítása | A gyerek egy közepes méretű tárgyat szállítva sétáljon. Jegyezzük fel, hogy mekkora távolságon tudott tárgyat szállítva sétálni max. 25 méterig. | Mekkora távolságot tudott megtenni a gyerek? | ____ méter | N/A |
| | 3. Lépés oldalazva | Mutassuk be a járást oldalazva vonal mentén. A gyerek járjon oldalazva vonal mentén. | Mekkora távolságot tudott megtenni a gyerek? | ____ méter | N/A |

| | | | | | |
|--|-----------------------|--|--|-------------|-----|
| | | Jegyezzük fel, hogy mekkora távolságon tudott a gyerek oldalazva vonal mentén járni max. 5 méterig. | | | |
| | 4. Lépés hátrafelé | Mutassuk be a hátrafelé járást. A gyerek járjon hátrafelé. Jegyezzük fel, hogy mekkora távolságon tudott a gyerek hátra lépéssel járni max. 5 méterig? | Mekkora távolságot tudott megtenni a gyerek? | _____ méter | N/A |

| | Feladat | Eljárás/gyakorlatok | Értékelés | | |
|--------------|------------------------------------|--|---|---|------------------------------|
| Futás | 1. Futómozgás | A gyerek fusson legalább 15 métert. Jegyezzük fel, hogy a gyerek tud-e futni. (egy pillanatra mindkét láb egy időben elemelkedik a földtől) Jegyezzük fel, hogy a gyerek karjai hol helyezkednek el testéhez képest futáskor. | Tud a gyerek futni? (megfelelő válasz bejelölendő) | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A |
| | | | A gyerek teletalpon vagy a talppárnáin fut? (megfelelő válasz bejelölendő) | <input type="checkbox"/> teletalpon <input type="checkbox"/> talppárnáin | <input type="checkbox"/> N/A |
| | | | Hol vannak a gyerek karjai? (megfelelő válasz bejelölendő) | <input type="checkbox"/> a test mellett <input type="checkbox"/> a test előtt <input type="checkbox"/> előre-hátra mozognak | <input type="checkbox"/> N/A |
| | 2. Futás sebessége rövid távon | A gyerek fusson 5 métert. Használjunk stoppert, hogy feljegyezzük, mennyi ideig tart a gyerekeknek az 5 méter lefutása. | Hány másodpercbe került az 5 méter lefutása? | _____ mp | <input type="checkbox"/> N/A |
| | 3. Futás sebessége hosszú távon | A gyerek fusson 10 métert. Használjunk stoppert, hogy feljegyezzük, mennyi ideig tart a gyerekeknek a 10 méter lefutása. | Hány másodpercbe került a 10 méter lefutása? | _____ mp | <input type="checkbox"/> N/A |
| Ugrás | 1. Leugrás | Mutassuk be a leugrást zsámolyról páros lábra érkezéssel. A gyerek ugorjon le a zsámolyról. Jegyezzük fel, hogy páros lábra érkezett-e. | Tudott páros ábra érkezni? | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A |

| | | | | | |
|--|-------------------------|---|---|---|------------------------------|
| | 2. Előre ugrás | Mutassuk be az előre ugrást páros lábbal elrugaskodva és páros lábra érkezve. A gyerek ugorjon, előre amilyen messzire tud. Jegyezzük fel a távolságot, és hogy a gyerek páros lábbal elrugaskodva és páros lábra érkezve ugrott-e. | Mekkorát tudott ugrani a gyerek? | _____ centiméter | <input type="checkbox"/> N/A |
| | | | Mindkét lábbal egyenlően elrugaskodva és páros lábra érkezve ugrott a gyerek? | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A |
| | 3. Magas ugrás | Mutassuk be a magas ugrást páros lábbal elrugaskodva és páros lábra érkezve. A gyerek ugorjon, olyan magasra amilyen magasra tud. Jegyezzük fel a magasságot, és hogy a gyerek páros lábbal elrugaskodva és páros lábra érkezve ugrott-e. | Mekkorát tudott ugrani a gyerek? | _____ cm | <input type="checkbox"/> N/A |
| | | | Páros lábbal elrugaskodva és páros lábra érkezve ugrott a gyerek? | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A |
| | 4. Egy lábon ugrálás | Mutassuk be az egy lábon ugrálást anélkül, hogy letennénk a másik lábunkat. A gyerek ugráljon egy lábon. Jegyezzük fel, hogy a gyerek hányat tudott egy lábon ugrani? | Hányat tudott egy lábon ugrani a gyerek? | _____ ugrás | <input type="checkbox"/> N/A |
| | | | | | |

| | Feladat | Eljárás/gyakorlatok | Értékelés | | |
|-------------|-------------------------|---|--|---|------------------------------|
| Manipuláció | 1. Labda gurítás | A földön terpeszülésben gurítunk egy méterre a labdát a szemben ugyanilyen testtartásban ülő gyerekeknek. Jegyezzük fel, hogy a gyerek vissza tudta-e gurítani a labdát? | Vissza tudta gurítani a gyerek a labdát? | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A |
| | 2. Kendő fel-emelése | Kérjük meg a gyereket, hogy vegyen fel a kendőt. | Hogyan vette fel a gyerek a kendőt? | <input type="checkbox"/> ujjakkal és tenyérrel <input type="checkbox"/> 3 vagy több ujjal <input type="checkbox"/> 2 ujjbeggyel | <input type="checkbox"/> N/A |

| | | | | | |
|--|----------------------------|---|--|---|------------------------------|
| | 3. Labda elkapása | Álló testhelyzetben dobjuk a közepes méretű labdát a gyerekek mellmagasságban. Jegyezzük fel, hogy a gyerek nyújtja-e a kezét, hogy elkapja a labdát. Jegyezzük fel, hogy a gyerek elkapja-e a labdát. | Nyújtotta a gyerek a kezét, hogy elkapja a labdát? | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A |
| | | | Sikerült elkapnia a labdát? | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A |
| | 4. Alsó egykezes dobás | Mutassuk be kisméretű labda alsó egykezes dobását legalább három méterre. A gyerek dobja a labdát alsó egykezes dobással. Jegyezzük fel, milyen messzire dobja a gyerek a labdát. | Milyen messzire tudta dobni a gyerek a labdát? | — méter | <input type="checkbox"/> N/A |
| | 5. Felső egykezes dobás | Mutassuk be kisméretű labda felső egykezes dobását legalább három méterre. A gyerek dobja a labdát felső egykezes dobással. Jegyezzük fel, milyen messzire dobja a gyerek a labdát. | Milyen messzire tudta dobni a gyerek a labdát? | — méter | <input type="checkbox"/> N/A |
| | 6. Rúgás | Mutassuk be álló, közepes méretű labda rúgását legalább négy méterre. A gyerek rúgja el az álló labdát amilyen messzire tudja. Jegyezzük fel, milyen messzire rúgja a gyerek a labdát. | Milyen messzire tudta rúgni a gyerek a labdát? | — méter | <input type="checkbox"/> N/A |
| | 7. Guruló labda rúgása | Mutassuk be a guruló labda rúgását, amelyet a rúgó felé gurítottak Gurítsunk labdát a gyerek felé, a gyerek rúgja, a labdát amilyen messzire tudja. Jegyezzük fel, milyen messzire rúgja a gyerek a labdát. | Milyen messzire tudta rúgni a gyerek a labdát? | — méter | <input type="checkbox"/> N/A |

KÖLYÖK SPORTOLÓ PROGRAM ÖSSZEHASONLÍTÓ ÉRTÉKELÉS

A felmérés eredményeit összehasonlító részben, egy táblázatban foglaljuk az előzetes és utólagos felmérésben kapott adatokat, így állapíthatjuk meg a fejlődés mértékét.

Dátum: _____ Gyerek neve: _____ Gyerek kora: _____

Hány hétig vett részt a gyerek a Kölyök Sportoló Programban?

Hasonlítsuk össze a gyerek hozzáállását/hangulatát az előzetes és az utólagos felmérések alatt! A keretben jegyezzünk fel minden olyan tényezőt, ami befolyásolhatta a gyerek képességét/lehetőségét, hogy a gyerek a képességeihez képest a legjobb teljesítményt nyújtsa.

Az előzetes és az utólagos felmérések alapján mely készségeit tudja a gyerek továbbfejleszteni a későbbi Kölyök sportoló foglalkozásokon és otthon?

| | Eljárás/Feladat | | Előzetes felmérés | | Utólagos felmérés | | Változás |
|-----------|--------------------------|--|-------------------|---------------------------------|-------------------|---------------------------------|----------|
| Egyensúly | 1. Állás egy lábon | Hány másodpercig tudott a gyerek jobb lábon állni? | ____mp | <input type="checkbox"/> N/A | ____mp | <input type="checkbox"/> N/A | |
| | | Hány másodpercig tudott a gyerek bal lábon állni? | ____mp | <input type="checkbox"/> N/A | ____mp | <input type="checkbox"/> N/A | |
| | 2. Állás lábujjhegyen | Hány másodpercig tudott a gyerek lábujjhegyen állni? | ____mp | <input type="checkbox"/> N/A | ____mp | <input type="checkbox"/> N/A | |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|--|---------------------------------|--|---------------------------------|--|
| Járás | 1. Járás egyenes vonalon | Hány lábbal tudott a gyerek a vonalon maradni? | 0 1 2 | <input type="checkbox"/> N/A | 0 1 2 | <input type="checkbox"/> N/A | |
| | | Mekkora távolságot tudott 1, vagy 2 lábbal a vonalon járni? | ____m | <input type="checkbox"/> N/A | ____m | <input type="checkbox"/> N/A | |
| | 2. Járás és tárgy szá- lítása | Mekkora távolságot tudott megtenni a gyerek? | ____m | <input type="checkbox"/> N/A | ____m | <input type="checkbox"/> N/A | |
| | 3. Lépés oldalazva | Mekkora távolságot tudott megtenni a gyerek? | ____m | <input type="checkbox"/> N/A | ____m | <input type="checkbox"/> N/A | |
| | 4. Lépés hátrafelé | Mekkora távolságot tudott megtenni a gyerek? | ____m | <input type="checkbox"/> N/A | ____m | <input type="checkbox"/> N/A | |
| Futás | 1. Futómoz- gás | Tud a gyerek futni? (megfelelő vá- lasz bejelölendő) | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A | |
| | | A gyerek teletalpon vagy a talppárnáin terhel? (megfelelő vá- lasz bejelölendő) | <input type="checkbox"/> teletalpon <input type="checkbox"/> talppárnáin | <input type="checkbox"/> N/A | <input type="checkbox"/> teletalpon <input type="checkbox"/> talppárnáin | <input type="checkbox"/> N/A | |
| | | Hol vannak a gyerek karjai futáskor? | <input type="checkbox"/> a test mel- lett <input type="checkbox"/> a test előtt <input type="checkbox"/> előre-hátra mozognak | <input type="checkbox"/> N/A | <input type="checkbox"/> a test mellett <input type="checkbox"/> a test előtt <input type="checkbox"/> előre- hátra mozog- nak | <input type="checkbox"/> N/A | |
| | 2. Futás se- bessége rövid tá- von | Hány másod- percbe került az 5 méter lefutá- sa? | ____mp | <input type="checkbox"/> N/A | ____mp | <input type="checkbox"/> N/A | |
| | 3. Futás se- bessége hosszú távon | Hány másod- percbe került a 10 méter lefutá- sa? | ____mp | <input type="checkbox"/> N/A | ____mp | <input type="checkbox"/> N/A | |

| | | | | | | | |
|-------------|-------------------------|--|---|------------------------------|---|------------------------------|--|
| Ugrás | 1. Leugrás | Tudott páros lábra érkezni? | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A | |
| | 2. Előre ugrás | Mekkorát tudott ugrani a gyerek? | _____cm | <input type="checkbox"/> N/A | _____cm | <input type="checkbox"/> N/A | |
| | | Páros lábbal elrugaszkodva és páros lábra érkezve ugrott a gyerek? | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A | |
| | 3. Magas ugrás | Mekkorát tudott ugrani a gyerek? | _____cm | <input type="checkbox"/> N/A | _____cm | <input type="checkbox"/> N/A | |
| | | Páros lábbal elrugaszkodva és páros lábra érkezve ugrott a gyerek? | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A | |
| Manipuláció | 4. Egy lábon ugrálás | Hányat tudott ugrani a gyerek? | _____ ugrás | <input type="checkbox"/> N/A | _____ ugrás | <input type="checkbox"/> N/A | |
| | 1. Labda gurítás | Vissza tudta gurítani a gyerekek a labdát? | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A | |
| | 2. Kendő felemelése | Hogyan vette fel a gyerek a kendőt? | <input type="checkbox"/> ujjakkal és tenyérrel <input type="checkbox"/> 3 vagy több ujjal <input type="checkbox"/> 2 ujjbeggyel | <input type="checkbox"/> N/A | <input type="checkbox"/> ujjakkal és tenyérrel <input type="checkbox"/> 3 vagy több ujjal <input type="checkbox"/> 2 ujjbeggyel | <input type="checkbox"/> N/A | |
| | 3. Labda elkapása | Nyújtotta a gyerek a kezét, hogy elkapja a labdát? | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A | |

| | | | | | | | |
|----|----------------------|--|---|------------------------------|---|------------------------------|--|
| | | Sikerült elkapnia a labdát? | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A | <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> N/A | |
| 4. | Alsó egykezes dobás | Milyen messzire tudta dobni a gyerek a labdát? | _____ méter | <input type="checkbox"/> N/A | _____ méter | <input type="checkbox"/> N/A | |
| 5. | Felső egykezes dobás | Milyen messzire tudta dobni a gyerek a labdát? | _____ méter | <input type="checkbox"/> N/A | _____ méter | <input type="checkbox"/> N/A | |
| 6. | Labda rúgása | Milyen messzire tudta rúgni a gyerek a labdát? | _____ méter | <input type="checkbox"/> N/A | _____ méter | <input type="checkbox"/> N/A | |
| 7. | Guruló labda rúgása | Milyen messzire tudta rúgni a gyerek a labdát? | _____ méter | <input type="checkbox"/> N/A | _____ méter | <input type="checkbox"/> N/A | |

Eredeti nyelven: Special Olympics Young Athletes Motor Skills Assessment Checklist

Kiadta: Magyar Speciális Olimpia Szövetség

Fordította: Jakabacska Tibor

Lektorálta: A hazai Kölyök Sportoló edzők



Review of Diversity and Complexity, written by Camilla Pagani, Nova Science, 2019.

Marzanna Farnicka

Professor (Adjunct). University of Zielona Góra, Institute of Psychology. Zielona Góra, Aleja Wojska Polskiego 69.

INFO

Marzanna Farnicka
m.farnicka@wpps.uz.zgora.pl

The main aim of the book *Diversity and Complexity* is to understand socio - cultural diversity as one of the numerous interconnected constituents of a larger system that is formed by the numberless kinds of *diversities* (in terms of age, gender, status, education, species, “inner” diversity, etc.).

Who is the author? Camilla Pagani is a researcher at the Institute of Cognitive Sciences and Technologies (ISTC) of the Italian National Research Council (CNR). She has a degree in Modern Languages and Literature, a PhD in Anglo-American Literature, and a degree in Psychology. As the Head of the Project “The sense of diversity and its psychological implications”, she has mostly been involved in the following research areas: youth’s attitudes toward multiculturalism. She is also Head of the “Migrations and Education” Unit of the “Migration Project” of the “Dipartimento di Scienze Umane e Sociali, Patrimonio Culturale” of the National Research Council. Therefore, she is a Fellow of the University of Denver and “Expert Evaluator” of European projects for the European Commission, a member of IAIE (International Association for Intercultural Education) and of ISAZ (International Society of Anthrozoology).

What is the book about? The book consists of 11 chapters: four theoretical (1 - 4), one research (5) and six with a lot of material for discussion and reflection (6 - 11). In the theoretical part the author discusses the definition of diversity and its justification, and the definition of complexity. It also presents the advantages of integrating the socio-psychological perspective and complexity theory.

In the chapter entitled “Complexity and its Relationship with Diversity: An Analysis of Data from our Research on Children’s and Adolescents’ Attitudes to Multiculturalism” the author focuses on children’s and adolescents’ attitudes towards multiculturalism in the Italian context. Camilla Pagani refers to her studies in this field, which were conducted for almost twenty years.

In the subsequent chapters the author discusses the manifestations of the relationship with diversity within a complexity perspective and in connection with such issues as complex thinking, racism, empathy, and human-animal relations. Two chapters are dedicated to the analysis of this relationship in literature and in cinema and photography respectively.

The author provides a broad definition of diversity. According to Camilla Pagani, this definition is one of the cornerstones of the publication. This is in line with the holographic principle (the part in the whole and the whole in the part), which, according to Morin (2008), is one of the three principles (the other two being the dialogic and the recursive) that helps understand complexity.

In the book, the development and the use of a complexity perspective in all human situations are analysed with a special focus on the use of non-linear processes and on the possibility of identifying the *emergent* idea or principle that can possibly provide the solution or one of the possible solutions in effectively addressing and possibly resolving a specific issue.

Another important component in the analysis of the relationship with diversity within a complexity perspective is the role of the Subject in the act of observation. This means that within this perspective the Subject and the object are and have to be constitutive of each other, and the processes of observation and self-observation should be integrated. This approach, whose significance has been widely accepted as far as the aesthetic experience is concerned, is constitutive of *all* the acts of knowing.

In summary, one of the main conclusions is that some deep, primeval, probably unconscious emotions are imperiously and profoundly operating in the recent wave of racism and opposition to new and old immigrants in many countries.