



ACTA MEDICINAE_{ET} SOCIOLOGICA

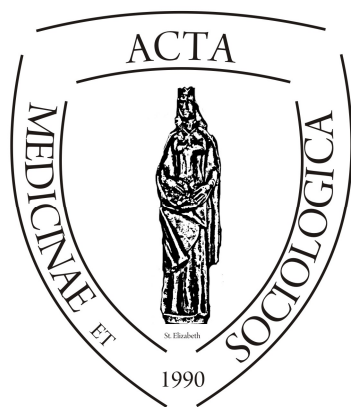
Vol.6. No.17. 2015

Acta

Medicinae

et

Sociologica



Vol.6. No.17. 2015.

Debreceni Egyetem
Egészségügyi Kar, Nyíregyháza

Acta Medicinae et Sociologica

6. évfolyam 17. szám 2015

Volume 6. No. 17. 2015

Alapítás éve: 2010

Főszerkesztő: Dr. Kiss János

Főszerkesztő-helyettes: Dr. Fónai Mihály

Szerkesztők: Balogh Erzsébet, Dr. Hüse Lajos és Dr. Takács Péter

Angol nyelvi olvasószerkesztő: Tilki Ágnes

Szerkesztőségi titkár: Dr. Kovács-Nagy Klára

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

Tudományos tanácsadók:

Prof. Dr. Muszbek László, akadémikus, Prof. Dr. Pethő Attila, akadémikus,

Prof. Dr. Semsei Imre, Prof. Dr. Valeria Totova (Csehország)

Prof. Dr. Hanna Liberska (Lengyelország)

Felelős kiadó:

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar

Szerkesztőség: 4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4.

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

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

Nyomdai előkészítés: Ricsei Béla

HU – ISSN 2062-0284

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

Tartalomjegyzék

Liberska Hanna, Farnicka Marzanna Student's attitudes to the "others" and their sense of wellbeing – Polish sample	5
Věra Kosíková, Hanna Liberska Case study analysis of integrated pupils in czech schools	17
Vladimíra Lovasová, Jana Miňhová Socio-psychological personality traits as a precondition for social inclusion	29
Sipos László Gyermekbűnök, közerkölcsök ...	43
Pap Mónika A tankötelezettségi korhatár csökkentésének negatív hatásai	57
Martin Karas, David Urban Active Participation of Parents as an Integral Part a Social Rehabilitation Process	87
Deutsch Szilvia, Gergely Éva A munkahelyi stressz és elégedettség tényezőinek feltárása egészségügyi dolgozók körében	101
Hüse Lajos Szociális és egészségügyi szolgáltatók együttműködési szükségleteinek feltárása a szakértői gyorsértékelés (RAR) módszerével	127

Jóna György

A rendelkezésre álló kihasználatlan erőforrások – az endogén
növekedésmélet

UNIVERSITY
OF DEBRECEN

FACULTY OF
HEALTH
NYÍREGYHÁZA



ACTA
MEDSOC
VOLUME 6.
2015

Student's attitudes to the “others” and their sense of wellbeing – Polish sample

Liberska Hanna¹ - Farnicka Marzanna²

¹Institute of Psychology, Kazimierz Wielki University, Bydgoszcz, Poland

²Institute of Psychology, University of Zielona Gora, Zielona Góra, Poland

Abstract. Main aim of our study was to explore the attitudes of young people from majority to peers from the groups of minorities and their subjective wellbeing. We used the Questionnaire “Do you like other people?”, the Questionnaire for assessment of aggression written by Buss and Perry (1992) and the Questionnaire SWLS useful for measurement the satisfaction with life. The whole sample includes 261 subjects: 100 students at the age 9 – 11, 100 hundred students at the age 12-15 and 61 students at the age 17-19. . In this presentation we focused on the results obtained for the last older group made of 31 girls and 30 boys. The study was carried out in spring 2014 in a city of over 400 thousand inhabitants in Poland. The results of comparative analyses are discussed in this paper.

Key words: minorities, majority, aggression, attitudes, satisfaction with life, youth

Introduction

Multiculturalism is an important idea in contemporary world supported and developed in many European societies (Flammer, Alsaker, 1999). It is generally contradicted by two attitudes. Some environments show a tendency towards cultural unification, so tend to eliminate idiosyncratic features of different cultures, while others show negative or hostile attitudes to multiculturalism within their countries.

Many legal acts have been proposed to protect the cultures of social minorities and many institutions are engaged in realisation of the idea of multicultural Europe (Kosikova, Liberska, 2014, Huse at all, 2014). In general, the idea has been accepted by most of environments (for example: by politicians, journalists, scientists involved in the development of the European Union structures) but there are still some environments rejecting it. Some nationalistic movements or groups show their openly hostile attitude to other cultures and want to coerce the majority to exclude the members of minorities from different spheres of social life, including education, health care, politics and others. Such activities and attitudes hamper and delay realisation of the idea of multiculturalism. In extreme cases, members of social minority groups are excluded, separated and marginalised. As a consequence, the persons representing the social majority and those representing ethnic minorities develop the sense of rejection, aversion, alienation or even mutual hostility (Liberska, Farnicka, 2014). Negative stereotypes concerning the ethnic minorities are still believed and negative attitudes towards “the others” are still met.

Aim of the study

The main aim of our study was to recognise the attitudes of young people representing the social majority towards those representing social minorities and correlate these attitudes with aggression and subjective sense of wellbeing measured by the satisfaction with life.

The fundamental study question was as follows.

Are the sense of satisfaction with life and a tendency to aggressive behaviour significantly correlated to the attitudes towards ethnic minorities?

According to a number of earlier studies, women more often than men show indirect verbal aggression (e.g. backbiting) (Kenrick, Neuberg, Cialdini, 2002), while men more often than women show direct physical and verbal aggression (insults, invectives). In view of the recent results of the studies on aggression, in the period of adolescence (16 -17 years of age) girls reveal much higher level of direct aggression, including physical aggression, than boys in the same age (Liberska, Matuszewska, 2003, 2007). However, as yet the results have not been confirmed and this problem needs further exploration (Liberska, Farnicka, in press).

Observations of some nationalistic groups point out that their members are predominantly men. Women dominate among the persons revealing averse attitudes toward people of different religions. However, these observations have been made for elderly persons, while the data for young people are scarce (Liberska, Franicka, 2014). Our previous study showed very positive attitudes of our adolescents towards different nationalities in Poland (see: Flammer, Alsaker, 1999) – but it was at the end of 20th century. In last period we observe many transformations in socio-political context of life in Poland (Liberska, 2009 – it is one of the reason that we expect also changes in the attitudes of majorities toward ethnic minorities.

That is why the following particular questions were asked: (1) do boys show stronger aggressive tendencies than girls ? and (2) do boys show less positive attitudes towards ethnic minorities than girls ?

On the basis of peruse of literature, the following two hypotheses were put forward.

H1 – There is a significant relation between the intensity of tendencies towards aggressive behaviour and the intensity of positive/negative attitudes towards ethnic minorities.

H2 – There is a significant relation between the sense of satisfaction with life in young people and the intensity of positive/negative attitudes towards ethnic minorities.

The study tools

The study was performed with the use of the questionnaire for assessment of attitudes towards ethnic minorities entitled “Do you like other people?” written by the authors of this presentation, the questionnaire for assessment of aggression written by Buss and Perry (1992), version of Amity, and the

satisfaction with life scale (SWLS) written by Diener, R. A. Emmons, R. J. Larson, S. Griffin (1985), adapted by Z.Juczyński (2001).

The first questionnaire is composed of the part with basic data and 31 items divided into two groups. The first group (19 items) permits evaluation of the attitudes towards ethnic minorities in general, while the second group (12 items) provides information on the attitudes towards German, Russian and Ukrainian minorities. The responses are marked on the five-degree Likert scale (from (1) *I am strongly againstto ... (5) I am strongly for....*). The higher the result the more positive are the attitudes towards ethnic minorities. The maximum result referring to the first group of items (attitude to ethnic minorities in general) is 95, while the minimum result is 19, while the maximum result referring to the second group of items is 60 (60= 12x5), and the minimum is 12 (12 =12x1).

The study group

The study group comprised 261 persons, including 100 pupils aged 9-11, 100 pupils aged 12-15 and 61 students aged 17-19. In this presentation I am going to focus on the results obtained for the last group made of 31 girls and 30 boys. They were a students of high schools. The study was carried out in spring 2014 in a city of over 400 thousand inhabitants in Poland.

Results

1/ Attitudes towards ethnic minorities in general were less positive than those towards German, Russian and Ukrainian minorities. The attitudes of boys towards ethnic minorities in general were more positive than those of girls, but the opposite result was obtained for the attitudes towards the three selected minorities, the attitudes of boys were less positive than those of girls.

2/ Intensity of tendency to aggression

- The highest result was obtained in the scale of *hostility* (M=21.75, SD = 6.37). The mean result obtained for girls (M=22.16, SD =5.71) was *higher* than that for boys (M=21.33, SD =7.06).
- In the scale of *anger* the mean result obtained for girls (M=20.26, SD=4.62) was *higher* than for boys (M=18.2, SD=7.02).
- In the scale of *physical aggression* the result for boys was *higher* (M=19.57, SD=6.66) than for girls (M=16.26, SD=5.16).

- The lowest were the results in the scale of *verbal aggression*, the mean result for girls (M=14.48, SD=3.44) was *lower* than for boys (M=16.5, SD=3.38).

Aggression of girls is more hidden (hostility and anger, indirect aggression) than in boys.

3/ In order to check if boys show greater tendencies to aggressive behaviour the results were analysed by U Mann – Whitney test (table 1). A significant result was obtained for physical aggression and verbal aggression, which means that boys men show significantly higher tendency towards physical and verbal aggression than girls.

Variable	Girls			Boys			Z	p
	M	SD	Sum of ranks	M	SD	Sum of ranks		
Physical aggression	16,26	5,16	673	23	6,35	1218	- 4,15	.00
Verbal Aggression	14,48	3,44	789,5	16,5	3,38	1092,5	- 2,34	.02
Hostility	22,16	5,71	998,5	21,33	7,05	892,5	0,53	.59
Anger	20,26	4,62	1075,5	18,2	7,02	815	1,64	.10

Table 1. Tendency to aggression in boys and girls (test U Mann-Whitney).

c/ The attitude of girls and boys towards ethnic minorities

Although girls show more positive attitude towards ethnic minorities than boys, the differences related to sex are not statistically significant (U Mann – Whitney test).

4/ Aggression and attitudes towards ethnic minorities

There is no statistically significant correlation between the intensity of positive attitudes towards ethnic minorities and the intensity of tendencies to aggressive behaviour in the scale of anger only. In the other scales studied (*physical, verbal aggression and hostility*) we find statistically significant correlations with the intensity of positive attitudes towards ethnic minorities (table 2).

Attitudes to:	Total		Girls (N=31)		Boys (N=30)	
	To all minorities	To selected minority	To all minorities	To selected minority	To all minorities	To selected minority
Manifestations of aggression:						
Anger	-0,15	-0,19	-0,26	-0,31	-,06	-0,19
Hostility	-0,34	-0,13	-0,48	0,00	-0,16	-0,21
Physical aggression	-0,08	-0,24	-0,01	-0,04	-0,32	-0,46
Verbal aggression	-0,07	-0,44	-0,14	-0,33	0,04	-0,43

Table 2. Aggression and attitudes toward ethnic minorities in boys and girls – correlation coefficient r Spearman.

However, the strength of correlation between the particular dimensions of aggression and the intensity of positive attitudes towards ethnic minorities in general and towards the three selected minorities was different for boys and for girls (table 2, 3).

A significant negative correlation was noted between the intensity of *hostility* and the intensity of positive attitudes towards *ethnic minorities* for whole group (boys and girls) (r Spearman = -0.32) ($p < 0.005$) and also for girls ($r = -0.48$) ($p < 0.005$).

A significant negative correlation was revealed between the intensity of *physical aggression of men* and the intensity of their positive attitudes towards the *three selected minorities* ($r = -0.46$, $p < 0.005$).

Another significant negative correlation was between the intensity of *verbal aggression* with the intensity of positive attitude towards the *three selected minorities*, for boys ($r = -0.43$, $p < 0.005$) and for girls ($r = -0.44$, $p < 0.005$).





Sex	Positive attitude toward	Type of aggression
Female	Three of the minority 	non
	Whole of the minority 	Hostility
Male	Three of the minority 	Verbal and physical aggression
	Whole of the minority 	Non

Table 3. Significant negative correlation between sex, positive attitude toward “the others” and type of aggression (summary).

5/ Significance of satisfaction with life

A strong positive correlation was observed in the whole group of respondents between the level of satisfaction with life and the intensity of positive attitude towards ethnic minorities in general ($r_{\text{Spearman}}=0.55$, $p<0.05$). However, the correlation between the level of satisfaction with life and the intensity of positive attitudes towards the three selected minorities was moderate ($r=0.41$, $p<0.05$). Taking into account the impact of sex, for boys a strong significant and positive correlation was found between the level of satisfaction with life and intensity of positive attitudes towards the three selected ethnic minorities ($r=0.79$, $p<0.05$). Also for boys a significant but weak correlation occurred between the level of satisfaction with life and the intensity of positive attitudes towards minorities in general ($r=0.33$, $p<0.05$).

6/ For the whole group of respondents a significant negative correlation was noted between the level of satisfaction with life and the intensity of aggressive behaviour revealed as hostility ($r_{\text{Spearman}} = - 0.55$, $p<0.05$) and verbal aggression ($r= - 0,28$, $p<0,05$).

Discussion and conclusions

The study was undertaken to check if the tendencies to aggressive behaviour and the level of satisfaction with life are correlated to the attitudes towards the ethnic minorities living in Poland. Such studies have not been performed earlier in Poland.

Results of the analysis confirmed a limited correlation between the above-mentioned variables.

It has been shown that the attitude towards a certain behaviour - directed to the object of attitude, in contrast to the general attitude including the emotional, cognitive and behavioural components towards this object, is the best predictor of subsequent behaviour towards this object (Wojciszke, 2011). Results of our study have confirmed that the correlation between aggressive behaviour, including physical and verbal aggression, and the attitudes towards the three selected ethnic minorities (German, Russian and Ukrainian) is stronger than the correlation between the aggressive behaviour and the attitudes towards ethnic minorities in general. However, it should be remembered that our study had only declarative character (the respondents declared their attitudes towards the minorities). Therefore, it can only be supposed that the stronger the tendency to direct aggressive behaviour in boys the less positive their attitude towards the

three selected minorities that are the most numerous in Poland. It cannot be excluded that this correlation has a different sense, that is the negative experience from the contacts with the most numerous minorities provoke less positive attitudes towards them and generate aggressive behaviour. However, we have checked a correlation between the intensity of the positive attitudes towards ethnic minorities and the number of contacts with them – and we found no significant correlation, so that - the second explanation should be rejected. According to our results the aggressive behaviour is not a consequence of bad experience, but the tendency towards aggressive behaviour leads to less positive social attitudes.

The results have supported the thesis that the tendencies to aggressive behaviour prompt the search of objects that to use to release aggression. However, we have found a significant correlation between direct aggression (both physical and verbal) and hostility and the intensity of positive attitudes towards minorities and not between anger and the intensity of positive attitudes towards minorities.

Open, direct aggression (physical and verbal) is observable and cannot co-occur with anger. Anger is a subjective emotion accompanying physiological agitation and cognitive processes which can modify this emotion. Hostility is a feature of personality related to anger and direct aggression (Pilecka, 2001).

As we have not found a correlation between the anger and the attitude towards minorities but only a correlation between direct aggression and hostility and the attitudes towards minorities, it is justified to suppose that both the aggressive behaviour and intensity of positive attitudes towards minorities are a consequence of imitation and modelling (cf. Wojciszke, 2011). Therefore, working on the program stimulating positive changes in the attitudes towards minorities, attention should be paid to social stereotypes, family and school environments as well as the media. The above considerations have concerned boys.

For girls a significant negative correlation was found between hostility and the intensity of positive attitudes towards minorities in general and towards the three selected most numerous minorities in Poland. Therefore, in the girls the cognitive component of aggression becomes significant, although no correlation between the attitudes towards minorities and the earlier experience of contacts with the minorities was found. However, a negative correlation was found for girls between verbal aggression and the intensity of positive attitudes towards the three selected most numerous in Poland minorities, similarly as for young men. It means that young women develop structures regulating the aggressive behaviour with extended cognitive element of hostility, that hampers the manifestation of direct aggression towards minorities in general but not that towards the three selected minorities. One of the reasons responsible for poorer positive attitude of girls towards German, Russian and Ukrainian minorities is

the intergeneration transmission which is stronger than in boys. In particular the transmission of knowledge of historical events [and war experience]. However, a certain restriction of aggression to verbal one may follow from the socialisation of girls propagating the standard of a delicate and submissive girls or from weaker physical constitution.

The obtained significant correlation between the satisfaction with life and intensity of aggression and intensity of positive attitudes towards minorities has a serious positive social meaning. It indicates that the activities increasing satisfaction with life will enhance the intercultural integration.

A certain limitation of the outcome is a small number of the group of respondents. Moreover, as some immigration from Arab countries may be expected, the list of ethnic minorities considered should include them. The obtained image of attitude towards the ethnic minorities can soon change as a consequence of immigration of new ethnic groups or even when such immigration will not take place.

Satisfaction with life is recognize as an individual's base to more positive perception of human diversities and supporting factor to a more positive attitude towards compliance with the norms of social conduct. When aggressive reactions are activated by situational stimuli (e.g. behavior of model, provocation, social exclusion), high level of satisfaction with life is a factor which may prevent negative attitudes toward "others". However, such an interpretation should therefore be investigated in future research.

Our further exploration will go also in the direction of the examination of the relationship of satisfaction with life and a sense of control on events and own life and its significance for different forms of aggression of adolescents (indirect and direct) towards different ethnic minorities (see: Liberska, 2004, 2014; Tangney, Baumeister & Boone, 2004, Baumeister, Vohs, Tice, 2007, DeWall, Finkel & Denson, 2011, Jian-Bin Li at all, 2014).

In conclusion, presented study considers the relationship between adolescents' attitudes toward ethnic minorities, their satisfaction with life and aggression. A particular contribution is that it clarifies that less positive attitudes towards "others" may not only rely on a person's tendency to aggressiveness but also depend on his/her subjective wellbeing or level of satisfaction on life. Probably is that despite an evolutionary roots of aggression, a resentment and hostility towards "the others" may to be activated in civilized society by lack of social security (see Augustynek, 2001). If we manage to raise the standard of living of the majority, it is her attitude towards ethnic minorities will become more positive. Identification of potential preventative factors for hostility towards "others" is an important challenge for researchers.

References

1. Augustynek, A. (2001). Różne oblicza agresji. W: R.Borkowski (red.), *Konflikty współczesnego świata* (144-155). Kraków: AGH Uczelniane Wydawnictwa Naukowo-Dydaktyczne, ISBN 83-88408-17-8.
2. Baumeister, R. F., Vohs, K. D. & Tice, D. M. (2007). The strength model of self-control. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 351–355.
3. Buss, A. H., & Perry, M. P. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
4. DeWall, C. N., Finkel, E. J., Denson, T. F.(2011). Self-control inhibits aggression. *Social and Personality Psychology Compass*, 5, 458–472.
5. Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
6. Flammer, A., Alsaker, F. (eds.) (1999) *The Adolescent Experience. European and American Adolescents in the 1990s*. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
7. Hüse, L., Balogh, E., Barnucz, N., Fónai, M., Zolnai, E. (2014). The Discourse of Social Exclusion and its Benefits for the Majority. In: H.Liberska, M. Farnicka (eds.), *Child of many worlds. Focus on the Problem of Ethnic Minorities* (43-65). Frankfurt am Main - Bern - Bruxelles - New York - Oxford - Warszawa - Wien: Peter Lang GmbH. DOI 10.3726/978-3-653-05055- 4.
8. Juczyński Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
9. Kenrick, D. T., Neuberg, S. L., Cialdini, R. B. (2002). *Social Psychology: Unraveling the Mystery* (2nd Ed.). Boston: Allyn & Bacon.
10. Li, J.-B., Nie Y.-G., Boardley, J.D., Situ, Q.M., Dou, K. (2014). Moral disengagement moderates the predicted effect of trait self-control on self-reported aggression. *Asian Journal of Social Psychology*, 17, 312-318. DOI: 10.1111/ajsp.12072.
11. Liberska, H. (2004). *Perspektywy temporalne młodzieży. Wybrane uwarunkowania*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
12. Liberska H. (2008). Changes in the adolescents' orientations towards the future and factors threatening them against systemic transformation. *Polish Psychological Bulletin*, vol. 39, 3, 138-148.
13. Liberska, H. (2014). The wellbeing of Children: Its Source and How It is Affected by a Sense of Exclusion and Acculturation, In: H.Liberska, M. Farnicka (eds.), *Child of many worlds. Focus on the Problem of Ethnic Minorities* (11-26). Frankfurt am Main - Bern - Bruxelles - New York - Ox-

- ford - Warszawa - Wien: Peter Lang GmbH. DOI 10.3726/978-3-653-05055-4.
14. Kosikova, V., Liberska, H. (2014). The Problem of Minorities as a Subject of Intercultural Psychology In: H.Liberska, M.Farnicka (eds.). *Child of Many Worlds* (pp. 27-46). Frankfurt am Main - Wien: Peter Lang GmbH.
 15. Liberska, H., Farnicka, M. (eds.) (2014). *Child of many worlds. Focus on the Problem of Ethnic Minorities*. Frankfurt am Main - Bern - Bruxelles - New York - Oxford - Warszawa - Wien: Peter Lang GmbH (s.224). DOI 10.3726/978-3-653-05055-4, (pp. 227).
 16. Liberska, H., Farnicka, M. *Agresywność i zachowania agresywne młodzieży a percypowane przez nią postawy rodzicielskie*. Perspektywa rozwojowa (in print).
 17. Liberska, H., Matuszewska, M. (2003). Niektóre społeczne uwarunkowania agresji u młodzieży. *Psychologia Rozwojowa*, 2-3, 97- 107.
 18. Liberska H, Matuszewska B. (2007), Rodzinne uwarunkowania zachowań agresywnych młodzieży. *Roczniki Socjologii Rodziny*, t. XVIII, 187-200.
 19. Pilecka, B., (2001). *Agresja jako zjawisko psychologiczne*. R.Borkowski (red.), *Konflikty współczesnego świata* (137-143). Kraków: AGH Uczelniane Wydawnictwa Naukowo-Dydaktyczne, ISBN 83-88408-17-8.
 20. Tangney, J. P., Baumeister, R. F., Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72, 271–322.
 21. Wojciszke, B. (2011). *Psychologia społeczna*. Warszawa: Wyd. Naukowe Scholar.

Liberska Hanna and

Institute of Psychology, Kazimierz Wielki University, Bydgoszcz, Poland

Farnicka Marzanna

Institute of Psychology, University of Zielona Gora, Zielona Góra, Poland

UNIVERSITY
OF DEBRECEN

FACULTY OF
HEALTH
NYÍREGYHÁZA



ACTA
MEDSOC
VOLUME 6.
2015

Case study analysis of integrated pupils in czech schools

Věra Kosíková¹ and Hanna Liberska²

¹University of West Bohemia, Pilsen, Czech

²Kazimierz Wielki University, Bydgoszcz, Poland

Abstract. The aim of the study was to analyze the problems of integrating pupils. On the basis of selected case studies on integrating pupils, especially aiming at pupils with dual exceptionality, the options and opportunities, as well as the limits of integration, are analyzed.

What is the opinion of teachers about the integration and what role do they attribute to educational assistants? The present study focuses on these questions. The aim of this study is not to solve a serious social issue of integration, but to show some specific examples of how successfully or less successfully we can deal with this problem.

Keywords: case studies, integration of pupils, pupils with dual exceptionality, educational assistant.

Introduction

The study focuses on the problems of integrating pupils with special educational needs, and the exceptionally talented ones. Moreover, the situation of families with these children is difficult (Liberska, 2011, Pisula, 2011). These pupils deserve individual approach from their teachers since they do not quite fit in the other pupils, due to the consequences of their handicap or talent.

We describe two cases representing these types of pupils. There are pupils who are both handicapped and particularly talented. They are so-called twice-exceptional pupils, who pose huge problem for teachers, however teachers must be able to deal with their disorder; usually an autistic spectrum disorder or Asperger's syndrome, yet at the same time these pupils show talent that deserves to be developed. Working with talented pupils can be difficult, let alone when the pupil also has a disorder.

In connection to the problem presented, the question arises, whether the integration process is an answer for all of these pupils, or whether different solutions should be adopted.

The cases described are stories with happy endings, where integration did help these pupils, and also with the help of an assistant pedagogue, their optimal education was ensured (even though in one of the presented cases help came quite late).

Integration of children with Asperger's syndrome

"To become an outstanding scientist or a great artist, you need to have at least some traits of Asperger's syndrome, which allow you to detach yourself from this world."

Hans Asperger

This disorder falls into the category of disorders of the autistic spectrum. Diagnosed individuals are regarded, by those who surround them, as odd characters, as retarded or sometimes even as a genius. This disorder was described in 1944 by the Viennese psychiatrist Hans Asperger, after whom the disorder was named. It is characterized by a dysfunction of social interaction and by stereotypical behavior. It can be distinguished from autism by the child not suffering from an overall lag or retardation, neither does it suffer from impaired speech. The children often have a normal IQ, frequently, their intellectual disposition is even above average. They manage to memorize traffic timetables,

they excel in mathematics, physics, they understand computers very well, they have a very good mechanical memory. They are able to recite whole passages from poems or fairy tales by heart. This disorder is more common in boys (Thorová, 2006, p. 211).

Criteria for Asperger's syndrome:

1. *"A qualitative disruption of social interaction - the AS is characterized by the same type of qualitative dysfunctions of social interactions as is the case with autism"*
2. *Limited, repeated stereotypical modes of behavior, interests and activities - the same picture as in autism*
3. *The disorder causes clinically important dysfunctions in the field of social and professional functioning as well as in other important life situations.*
4. *The disorder causes clinically important dysfunctions in the field of social and professional functioning as well as in other important life situations. - First words before the second year, sentences with a communicative meaning before the third year*
5. *Cognitive development (the intellect) is normal, self-help abilities are adequate to the age, as well as adaptive behavior (except social) and exploratory behavior motivated by curiosity*
6. *Dyspraxia - Is not a prerequisite for the diagnose" (Thorová, 2006, p. 186, Attwood, 2005)*

Manifestations of these dysfunctions vary. Some manifestations disappear in adulthood, other ones, however, can also emerge. The degree of the disorder is a defining factor for each individual. In adulthood some people are functioning on their own; they are employed, they have a family and they are independent. Others, on the other hand, need life-long assistance. The behavioral manifestations vary from child to child. We never find two identical autistic children (Thorová, 2006e, 2007).

Pupils with diagnosed disorder are integrated into normal classes, as the integration allows them to have individual education plan. They have the option of working with an assistant pedagogue, who will ensure a more successful integration. In the social field, the advantages of integration are also apparent.

Currently, integration has become a popular trend. It should not be forced at all cost, however. In the Czech Republic, there are several schools with autistic therapeutic classes where children are taught by SEN teachers (special education needs teachers) (Vocilka, 1996, p. 34-38, Vocilka, 1996), but situation is not so good in other countries..

Autistic children can be taught in the following facilities:

- a) common classes; children with a very low degree of dysfunction, like children with Asperger's syndrome or atypical autism, can be accepted,
- b) special classes; can be found in normal schools. The number of pupils is reduced (4-6 children), and at their disposal, they have a SEN teacher and an assistant pedagogue.
- c) anti-classes
- d) special classes for autistic children.

It is very important to consider whether the child should be integrated , or allowed to be educated in a special class. It is extremely important that a SEN teacher shall work with these children.

Pupils with exceptional talent and handicap are often perceived as average.

Pupils with two exceptionalities

These are pupils **with exceptional talent, but also with a handicap** – which often disguise each other, or are hidden, therefore these pupils are regarded as average.

Talent and abilities can be related to developmental disorders and this relation can change during the process of development. Due to their reduced communication abilities or social contact deficit, or learning disorders, they often excel in mathematics, physics or astronomy, remember vast amount of data, and are computer savvy. Sometimes these children are called children with „**two exceptionalities**“ (talented children with some handicap). The presence of an immense talent and, at the same time, a disorder, is very hard to grasp for some people. The children themselves and their families perceive this more as a handicap than an advantage. This group of children also encompasses children with an autistic spectrum disorder, or learning disabilities, or attention deficit disorders, or visual impairment. These children are different from others since they are extremely curious, quickly grasp interrelations between facts, ask unique questions, are interested in things in depth, and are good at exploring connections between facts. They have excellent memory. On the other hand, it is difficult for them to cope with failure and criticism.

This type of connection between talent and disorder is hardly known, even amongst teachers.. These children are lost in society. They do not get sufficient care, their talent is not developed. and it is not given priority over their disorder. Unfortunately, even teachers are not sufficiently educated to recognize and work on their talent. They mostly focus on their disorder. Specialized tests for defining the talent of these children do not exist. Only tests for normal, healthy children are available (Novotná, 2004, Hříbková, 2009, Jurášková, 2006).

The most common combinations of cognitive talent and diagnose are:

- Talented children with specific developmental learning disorders, in particular: dyslexia, dysorthographia, dysgraphia.
- Talented children with behavioral disorders.
- Talented children with Asperger's syndrome.

What impedes successful identification of these children?

- The stereotypical expectation is that children with some kind of disorder, most commonly those with a learning disorder, are mentally below average.
- Developmental lag in children with learning disorders, in particular in the verbal field, often manifests itself through reading and writing.
- Incomplete information about the child leads to overlooking its strong sides.
- The inability of the child to show its above-average abilities, due to the focus on verbal abilities in classes

The diagnostic methods used with a child suspected to be suffering from the above disorders includes:

data analysis of the family and personal anamnesis, the level of cognitive abilities, evaluation of creativity, determining personality characteristics and features (including social and communication abilities), determining the specifics of work with learning materials and thinking strategies (teaching and cognitive styles), motivation analysis and interest activities or, if applicable, professional orientation, analysis of the results of the pedagogic diagnostics carried out by teachers focused on various personal characteristics of the child/pupil and on their manifestation in the children's behavior, thinking, imagination.

We can differentiate three groups of pupils, which, if not completely diagnosed, display traits and are evaluated as follows:

- **Group 1 - students identified as talented** but having problems - very often, they are characterized as lazy, unmotivated with a reduced self-efficacy. A learning disability usually is not discovered. The child tries to hide the handicap by excessive effort. The problem grows, especially in those schooling fields where it is required to read or write quickly and correctly or to memorize facts.
- **Group 2 - group identified as children with learning disorders** but without any special abilities. Here, there is a tendency of the teachers to strongly underevaluate the pupils. As a consequence, intellectual

abilities are not further developed, the pupil is not given the proper stimuli, loses motivation and often gives up on school altogether.

- **Group 3 – above-average abilities and disorders mask one another.** The learning disorders of these children are not compensated for, nor are the children identified as being exceptional. At school they are evaluated as average, with no problems, but in fact they are functioning on a lower level than their abilities would allow.

The case of a 17-year-old boy, high school student¹

The boy grew up in a normal family, his behavior was, ever since he was little, regarded as odd, yet he was not sent for psychological diagnostics until 16. Subsequently, he underwent a psychiatric examination.

A striking discrepancy between the tested abilities and school performance became apparent. The boy was diagnosed with exceptional abilities, yet at the grammar school (a gymnázium - a higher level of high school type in the Czech Republic) his grades were average and below the average. He was unable to cope with simple tasks, he did not fulfill his duties, but when assigned with more difficult tasks, especially in mathematics or physics, he excelled. An exceptional ability to deal with logical problems was detected. At the same time, he excelled in the subjects in which he applied a very good long-term memory and vocabulary. His great results, however, were irregular, more than anything else, he appeared to be an absent-minded and reclusive type who had problems in social and emotional fields. He manifested great restlessness, stereotypical behavior and outbursts of anger. He was frequently absent from school, the family and the school suspected an aversion towards school attendance. Neither threats nor persuasion helped at times, the boy was unable to tell why he did not go to school and why he was staying at home and spending his time doing nothing, sitting at the computer. The computer became his best friend, the boy became a great expert, his knowledge and abilities in working with computers exceeded what could be mastered by grammar school (gymnázium) students, paradoxically though, he was only an average pupil in this subject. The normally assigned tasks did not appeal to him at all, so he did not make his homework, did not try to answer questions, and made an impression of an unknowledgeable pupil. He behaved the same way in classes of other subjects, too.

No one had assumed that he suffers from a disorder, just as no one had assumed that he is exceptionally talented.

As a matter of fact, this boy was a case of two exceptionalities.

¹ The case was drawn up as part of a baccalaureate of Kristína Kováčová under the guidance of Dr. V. Kosíková

He was diagnosed with Asperger's syndrome along with exceptional talent. He was also prescribed medication and his further development was watched by a specialized psychologist and psychiatrist.

The boy was placed among integrated pupils, but an individual educational plan was created, which should facilitate learning in the sense that when he is psychically unable to attend school, he could stay at home and fulfill the tasks individually. The teachers are informed about his problems and are prepared to work with him individually. Grading is carried out in a different form now, verbally.

All of this are provided for by the education legislature.

Education legislature in the Czech Republic

The *provision No. 73/2005 Sb. about the education of children and students with special educational needs and of exceptionally talented children and students* deals in detail with topics such as: special education, principles and educational goals, forms of education, special school types, individual educational plans and the option of using an assigned assistant pedagogue in the class. It also contains a section on the education of exceptionally talented individuals, which also deals with their right to individual educational plans.

"(2) For the purposes of this provision, equalizing measures in educating pupils with disabilities or social disadvantages mean the utilization of pedagogic or special pedagogic methods and procedures, which correspond to the educational needs of pupils, the provision of individual support within the classes and preparation for classes, the utilization of consulting services of the school and school consulting facilities, the individual educational plan and the services of an assistant pedagogue. The school provides these measures based on a pedagogic evaluation of the educational needs of the pupil, the development and the results of the pupil's education, eventually in cooperation with a school consulting facility."

This topic is also addressed in *law No. 561/2004 Sb. about preschool, primary, secondary and higher expert or other education*. Article 16 focuses on the education of both children, pupils and students with special educational needs and talented children, pupils and students.

"(2) For the purposes of this law, a disability means mental, physical, visual or hearing impairment, speech impediment, parallel affliction by multiple impediments, autism and developmental learning or behavioral disorders."

Article 18 regulates the individual educational plan for these children.

And also *provision No. 72/2005 Sb. about the providing of consulting services in schools and at school consulting facilities*, which precisely specifies the characteristics, tasks, and the place of individual sessions, such as school, counselor office, or the center (msmt.cz).

The role of the assistant pedagogue

School legislature addresses the placement of pupils with special needs (the category in which children with two exceptionalities fall) amongst regular pupils with the help of an assistant pedagogue.

An assistant pedagogue thus is a pedagogic worker who helps pupils with specific needs to manage their learning activities, responds to their needs and helps them, works with the teacher in the class and the parents as well.

The role of the assistant pedagogue is described in article 16 (9) of law No. 561/2004 Sb. as follows: *"The director of a kindergarten, primary school, special primary school, secondary school, conservatory or a post-secondary technical school can create the position of an assistant pedagogue for a class or study group in which there is a pupil or student with special educational needs. In case of children, pupils and students with handicaps or health disadvantages a statement from a school advisory facility is required."*

An assistant pedagogue is thus assigned to a pupil based on the recommendation of an expert, a psychologist, with the aim to reach the pupil's educational goals. The assistant should also facilitate the work of the teacher who teaches a class with integrated pupils. The work of the assistant pedagogue is demanding, but also very useful, since it facilitates the work not only of the integrated pupil, but also, to some extent, the work of his/ her parents and teachers. His/her work requires expertise founded in social and communication skills, empathy, feeling him/herself into the problems and needs of the handicapped child. An assistant pedagogue is a great asset to pupils with an autistic spectrum disorder and other disorders. The work of the assistants, the possibilities of their utilization and assignment is addressed by **provision No. 73/2005 Sb. about the education of children, pupils and students with special educational needs and of exceptionally talented children, pupils and students**. Its contents focus mostly on the description of an assistant pedagogue's responsibilities.

According to the above provision, the main activities of an assistant pedagogue are:

- a) *"helping the pedagogic employees of the school with formative and educational work, helping with communicating with the pupils and their legal guardians and with the community the pupil originates from,*
- b) *supporting the pupils in accommodating to the school environment,*
- c) *helping pupils in classes and with their preparation for classes,*
- d) *providing essential help to pupils with severe handicaps with personal needs and movement during classes and school events outside the*

location where, according to the record in the school registry, education takes place."

Case of an 8-year-old boy, primary school pupil²

The information about the boy was acquired from an interview held with the mother, the teacher and the assistant pedagogue and by observing the boy at school.

After entering the 1st grade, the boy was listed as a regular pupil, he was often disciplined for his aggressive behavior, his exceptional cognitive abilities were overlooked, as he mostly drew attention by his inappropriate behavior. With the replacement of the teacher a change occurred in a few months. Due to the unusual social behavior of the boy, the new teacher recommended the parents, to let him be examined by a pedagogic-psychological consultant.

The boy was diagnosed with:

above average cognitive abilities, sophisticated expressive abilities, attention and activity deficit disorder within the autistic spectrum disorder, hyperactivity, difficulty with orientation in the reality of social life, great difficulty with connecting with peers, Asperger's syndrome (high-functioning Asperger's syndrome).

On the basis of these results, it was clear that this is a pupil with special educational needs i.e. an integrated pupil (a pupil with two exceptionalities) and it was necessary to create an individual learning plan.

Also, he was assigned an assistant pedagogue and was allowed to be partially home schooled in times when he would not cope with the school environment due to his emotional instability.

The boy grew up in a fully functioning family. The mother and the father have university degrees and they have always cared about the boy and his education.

According to the mother, he was always very impulsive and noisy compared to the other children. He was clumsy dealing with the other children, he was unable to join the other children in games, to introduce himself etc.

Since a very young age he has been very intelligent, though. He was able to read and write at age five. However, there was some difficulty with fine motor skills – e.g. with using scissors or gluing. And due to his inattentiveness, he kept

² The case was drawn up as part of a baccalaureate of Kristína Kováčová under the guidance of Dr. V. Kosíková.

bumping into things and falling. He reacted with irritation to "injustices". Reportedly, his reactions to medical checkups and common medical procedures were borderline hysteric which still persists. He absolutely could not stand having water on his head and face. The parents had no idea about the aggressive behavior in groups before he started going to school, because he never displayed such behavior in the family environment and in kindergarten no one was addressing this issue. The parents did suspect that their child is different with regards to social and emotional behavior, but on the other hand the child's talents veiled his behavioral "deficiencies".

In accordance with the diagnosis, the boy is not able to fully accept the authority of teachers, even though he does accept the authorities he chooses. This fact does complicate school work, nevertheless teachers who had been advised about the situation teach the boy very patiently and they gradually teach him to accept school duties and to respect the authority of adults. The greatest problem for the boy, as confirmed by the teacher and the assistant, is to admit his own errors, he does not like it when teachers and adults criticize him. But according to the mother, his behavior does not represent such a big of a problem as it used to, as the teachers, too, are gradually learning how to treat the boy, to be able to manage various situations that could trigger aggressive reaction.

Ever since the pupil was classified as integrated, his problems started to be resolved by other means than complaints about his behavior. Thanks to social skill training, under the guidance of experienced pedagogues, and thanks to intensive training in the parental environment, the boy is able to maintain normal contacts with his class mates, furthermore, his exceptional cognitive abilities, which used to be overlooked, are being developed.

In conclusion, the integration of the boy has proceeded successfully, the school and the family cooperate well and allow the boy to develop his talents despite the diagnosis. Moreover, the boy was given the opportunity to attend some classes for pupils from higher grades.

It was a stroke of good luck that an accurate diagnosis of an autistic spectrum disorder and the talents was determined in time.

Concusion

The current education system suffers from several serious problems, which, on part of the Ministry of Education, Youth and Sports, are addressed by legislature, while in practice they are dealt with by schools and individual teachers with the help of experts, mostly psychologists and special pedagogues form pedagogic-psychological consultancy facilities. These problems involve

pupils with special educational needs and talented pupils; in normal schools the pupils can be listed as integrated and their classes are altered by individual education plans. Some of the pupils (on the basis of a recommendation from a pedagogic-psychological consultant) are entitled to an assistant pedagogue (if the school is able to obtain an assistant).

The set of problems can be considered in the following contexts:

1. The education legislature secures equal access to education for everyone, the problem, however, is that the schools, in their role of education institutions, are not always capable to secure optimal conditions for all pupils with special educational needs and for talented pupils (in particular, for twice-exceptional pupils, where this is very often an autistic spectrum disorder and the pupil is talented).
2. The teachers are not always sufficiently trained for working with these pupils, there is no systematic education program for pedagogic workers in this field (identification of talents, working with a talented pupil, working with a pupil with an autistic spectrum disorder). Assistant pedagogues are a great help, but their assignment depends on a recommendation by experts and on the situation of the school (among other things, on the financial situation).
3. An integrated pupil is entitled to an individual education plan (since 1993), which should facilitate her or his learning processes. The problem, however, is that a personal cooperation of teachers and experts cannot always be established and the teachers create the individual plans, of how to work with the pupils in classes, on their own, based only on recommendations by the experts. Teachers would welcome the provision of services e.g. in the form of expert consultations, individual help to schools – in particular, when creating individual education plans, and methodological support with working with integrated pupils.
4. Last, but not least, it is very important for a pupil to be diagnosed in time, so the teacher and the parents can be informed about what type of disorder the pupil suffers from or what talent he/she has, so that the optimal care can be provided in the process of education. When a regular school is unable to secure quality education for these pupils (even when using an individual approach based on an individual education plan, or eventually with the help of an assistant for pupils with an autistic spectrum disorder), the question remains whether or not to continue supporting special education – not dismantle it altogether in connection with the integration process.

Literature

1. ATTWOOD, Tony. Aspergerův syndrom. Porucha sociálních vztahů a komunikace. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 204 s. ISBN 80-7178-979-8.
2. Documents of the Ministry of Education and Sports, No. 73/2005 Sb.; 561/2004 Sb., 72/2005 Sb.
3. HRÍBKOVÁ, Lenka. Nadání a nadaní. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. 256 s. ISBN 978-80-247-1998-6.
4. JURÁŠKOVÁ, Jana. Základy pedagogiky nadaných. 1. vydání. Praha: IPPP ČR, 2006. 132 s. ISBN 80-86856-19-4.
5. LIBERSKA, Hanna (ed.). Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym: możliwości i ograniczenia rozwoju. Warszawa: Difin 2011. 278 s., ISBN 978-83-7641-538-3.
6. PISULA Ewa, TOMASZEWSKI Piotr (eds.). New ideas in studying and supporting the development of exceptional people : essays in honor of Tadeusz Gałkowski. Warszawa: Warsaw University Press.2011. 317 s. ISBN 978-83-235-0588-4.
7. THOROVÁ, Kateřina. Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha. 1. vydání. Praha: Portál, 2006. 453 s. ISBN 80-7367-091-7.
8. THOROVÁ, Kateřina. Poruchy autistického spektra. Informační příručka. 2. vydání. Praha: APLA Praha, 2008, 60 s.
9. THOROVÁ, Kateřina. Výjimečné děti. Aspergerův syndrom. Informační příručka. 3. vydání. Praha: APLA Praha, 2007a. 46 s.
10. VOCILKA, Miroslav. Výchova a vzdělávání autistických dětí. 1. vydání. Praha: Septima, 1994. 72 s. ISBN 80-85801-33-7.
11. VOCILKA, Miroslav. Autismus. Praha, 1996. 115 s. ISBN 80-902134-3-X.

Věra Kosíková

University of West Bohemia, Pilsen, Czech

Hanna Liberska

Kazimierz Wielki University, Bydgoszcz, Poland

UNIVERSITY
OF DEBRECEN

FACULTY OF
HEALTH
NYÍREGYHÁZA



ACTA
MEDSOC
VOLUME 6.
2015

Socio-psychological personality traits as a precondition for social inclusion

Vladimíra Lovasová, Jana Miňhová

Psychology Department
Faculty of Education
University of West Bohemia

Abstract. The paper presents partial results of the research realized in 2015 at the Psychology Department FPE University of West Bohemia. The aim of the research was to analyze the relationship between subjective perception of social inclusion and social and psychological characteristics that a person uses while interacting in a social group. The research sample tested pupils of 1st and 2nd levels of elementary schools of common type. To collect data we used standardized psychometric test B-J.E.P.I. and Picture Projective technique. The results suggest that dominant behaviour generally boosts subjective perception of social inclusion. The relationship between emotional dependency on the group and subjectively perceived social inclusion is significant only in second level of elementary school. Visible relationship between social inclusion and the degree of extraversion has not been shown.

Keywords: socio-psychological personality traits, dominance, extroversion, psychoticism, social inclusion

Introduction

The research that we present was conducted by a team of psychologists at the University of West Bohemia. It is based on the study of Kaukiainen et al (2002) in which the negative correlation between social intelligence and social exclusion, victimization, etc. was confirmed. Another research, analyzed the relationship between social exclusion and the forms of dominance which a pupil socially enforces (Tjeert, 2011). Our team was trying to cover all the basic socio-psychological characteristics of a pupil. According to Říčan (2010) socio-psychological characteristics are applied in contact with people and are used in most social roles. We are mainly focussing on social intelligence, extroversion-introversion, dominance-submissiveness and emotional dependency-autonomy. Thurstone defined social intelligence as the ability to solve various social problems effectively. Thorndike pointed out that social intelligence was relatively independent of general intelligence (Nakonečný, 1997). According to Miňhová (2007) individuals with a good level of social intelligence are empathic, have a memory for faces, are tactful and able to deal with people. Empathy means to listen to feelings and emotions. Emotional ability encompasses abilities such as recognizing one's own emotions, coping with emotions, the ability to motivate oneself, perceptiveness to the emotions of others and the art of interpersonal relation (Liberská, Kosíková, 2014). Thuston's concept of social intelligence is essentially identical to the concept of emotional intelligence by Goleman (2011).

Dominance, as one of the styles of social behaviour, has been described by Argyle. Dominance is a tendency to manage the situation and other people (Nakonečný, 1998). We do not intend to define a well-known personality trait like extraversion or introversion, but rather focus on the category of "dependency and autonomy". For emotionally dependent pupils their class is very important since it is primarily an emotional dependency to be in a social group. Their self-esteem depends on their social status in class. They are very intrinsically motivated to act in a manner that integrates them into the group. The aim of our research was to analyze the relationship between subjective feelings of social inclusion and social and psychological characteristics that a pupil uses while interacting in the classroom.

Design of research

The research sample comprised a total of 300 pupils from three elementary schools involving 157 boys and 143 girls, 170 first-grade pupils aged 6 -11 years and 130 second-grade pupils aged 11-15 years. The research sample was assembled from pupils of common elementary school to correspond with demographic curve. An important selection criterion was the willingness of schools to collaborate.

The data were collected by using standardized psychological test B-J.E.P.I and projective technique. During the data processing the methods of relative frequency, chi-square test and Fisher tests were used.

Limits research arise primarily from a number and specificity of used methods. Projective methods are considerably subjective and it depends on the erudition and experience of diagnostician. They more expose problems, conflicts, needs and interests than visible signs (Šnýdrová, 2008, s.22).

Eysenck's Personality Questionnaire was adapted by Juřicová (Senka, 2004) for children to Czech conditions. This questionnaire was used to measure the degree of extroversion and psychoticism. Psychoticism (P) in Eysenck's concept measures the level of solitude and insensitivity. Children with a high P value are solitary, cruel and heartless. They have no compunction, no empathy, can be aggressive and malicious. In our research we have interpreted the higher value of psychoticism as a lack of social intelligence.

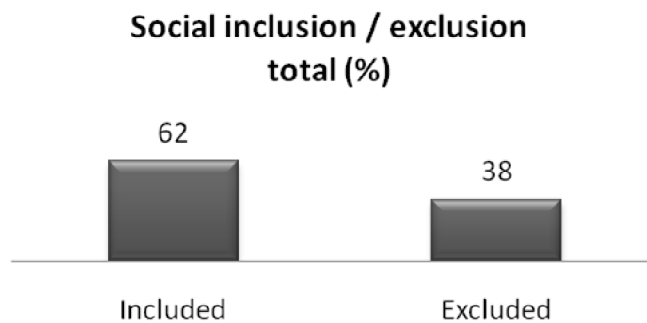
In the following projective picture we were looking for signs of social inclusion-exclusion, dominance-submissiveness and dependency-autonomy. Pupils were given a picture with the following instructions: *Look carefully at the picture in front of you and count all the figures. Note that each of the figures is located elsewhere doing different things and having some facial expression. Imagine that the tree is your classroom and the figures are children in the class. If any of the characters reminds you some of your classmates, add his or her name to the figure. You may put more than one name to the figure. When you have finished, draw a circle to demonstrate yourself (according to how you feel in the classroom).*



Picture No. 1 – Projective technique

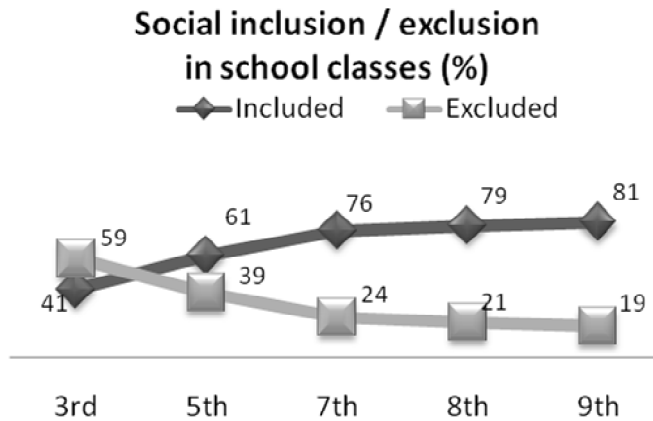
To assess the task we used Leary's scheme of interpersonal analysis. Sorting criterions were the location either on the right or the left, emotions that the figure provokes, the position on the top of the tree and the little figure that watches or can watch the tree trunk. As a matter of fact this technique can map the pupils' subjective feelings only.

Socio-psychological characteristics of pupils



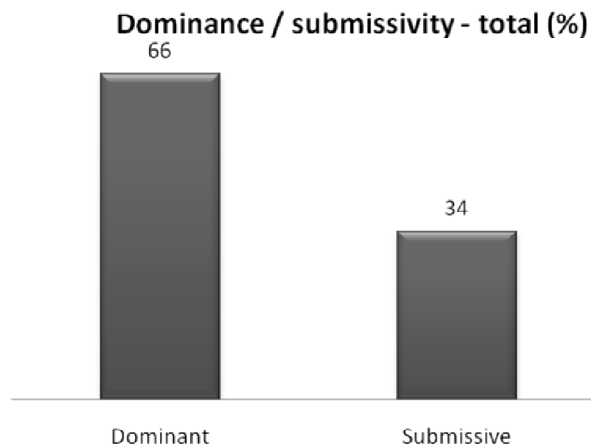
Graph No. 1 – Subjective perception of social inclusion/exclusion – total.

The graph No. 1 shows that 38% of the pupils feel socially excluded.



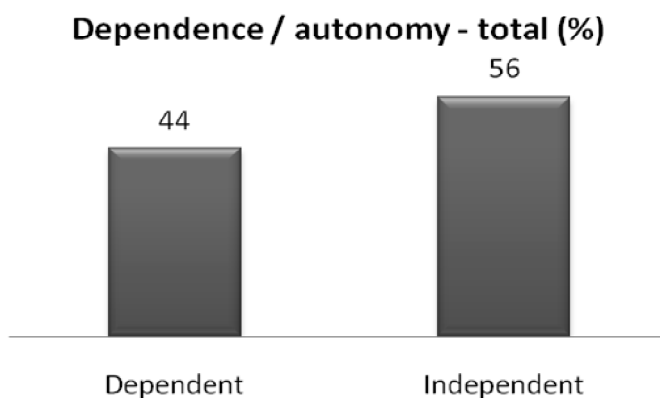
Graph No. 2 – Perception of social inclusion / exclusion among pupils of different grades.

The line graph (Graph No. 2) shows that over the elementary school years, the number of excluded pupils is falling while the number of included pupils is rising. This can be considered as a positive phenomenon, because the incorporation into the social group helps to create positive self-concept.



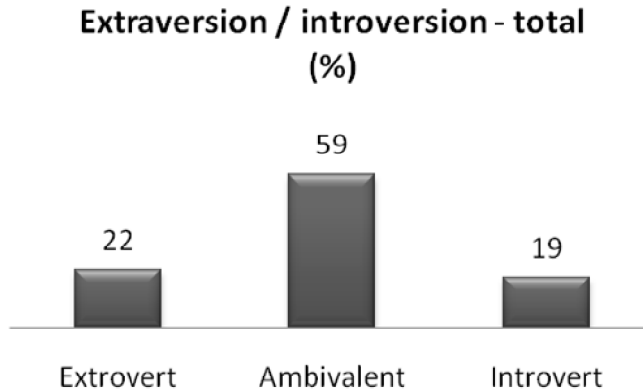
Graph No. 3 – Subjective perception of dominance / submissivity – total.

66% of the pupils consider themselves rather dominant. (Graph No. 3) We found no significant difference between boys and girls. We found that there is a minor proportion of subjective dominance in the 1st grade of elementary school, and by the 8th grade the dominance is significantly falling. Pupils are around 14 at that time, therefore the decrease must be related to developmentally conditioned social insecurity. Membership of a group treated as a reference group is particularly important in view of the process of identity development and the emergence of its social and personal aspects – the differentiation of „I“, its separation and ultimate integration (Farnická, Liberská, 2014).



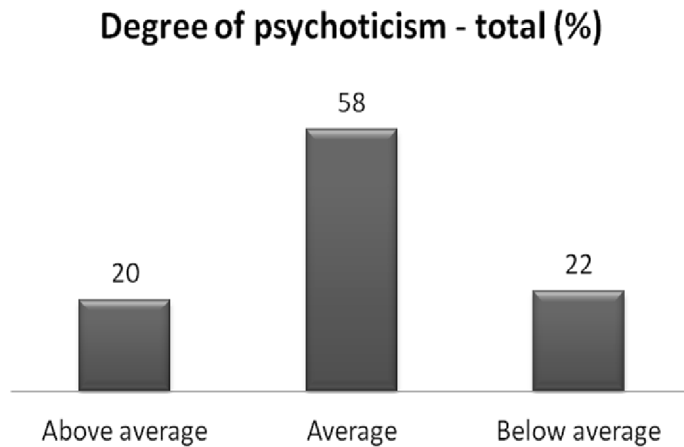
Graph No. 4 - Subjective perception of emotional dependence / autonomy – total.

Less than half of the pupils feel emotional dependency in the classroom as a social group. (Graph No. 4) The difference between boys and girls is not significant. In this category a significant difference was found between the 1st and 2nd grades, which is probably a developmental phenomenon, too. On the first level there is the basic reference group family, while on the second one it is already a peer group. The increasing importance of the peer group is particularly visible in the period of transition in the second stage of primary school. The moderate decline may be related to the fact that teens gradually extend their social structure; emotionally they may be more identified with their sports team or a group of friends in the place where they live.



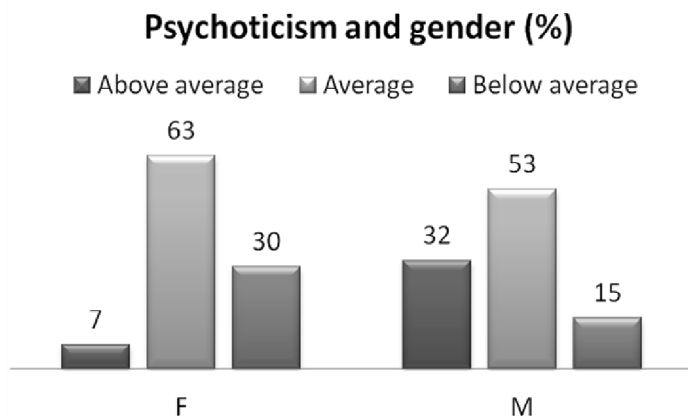
Graph No. 5 - Extraversion / introversion – total.

The Graph No. 5 shows that the rate for ambivalent students is much higher than that of the extrovert and introvert ones. When examining this factor we started from the age norms in the test, therefore we did not notice the difference between the 1st and 2nd grades of elementary school. No clear differences were shown between boys and girls.



Graph No. 6 – Degree of psychoticism – total.

We have also classified the categories of psychoticism by the standard test and the results can be seen in the Graph 6. Pro-social orientation and social intelligence indicate low averaged psychoticism.



Graph No. 7 – Degree of psychoticism and gender.

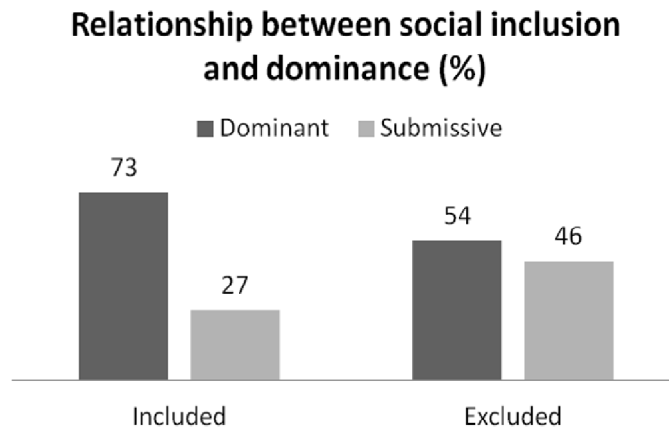
The differences between girls and boys may generally indicate higher tendency to empathy in women. (Graph No. 7) The development aspect has not been manifested.

The relationship between socio-psychological characteristics of pupils and their subjective feelings of social inclusion

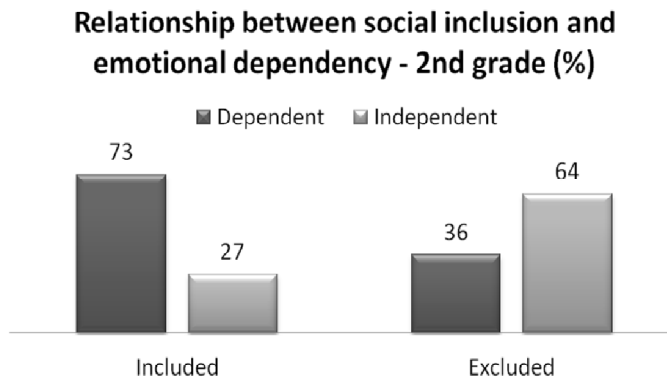
In the following section we present a statistically significant relationship between the observed socio-psychological characteristics of pupils and the perception of social inclusion.

There is nearly a 20% difference among socially included and socially excluded pupils in the category of dominance. The result suggests that dominant behaviour generally boosts social inclusion. The statistical significance of the relationship of these factors has been confirmed at a level of 0.1% ($G = 10,972$, $\chi(1-\alpha)$; $df = 10,828$). This relationship is especially true for the 1st stage of primary school, at which the demonstrated statistical dependence is on the 0.1%

level of significance ($G = 17,5057$, $\chi(1-\alpha)$; $df = 10,828$). The need to be dominant for social inclusion is especially true for girls in the first grade.



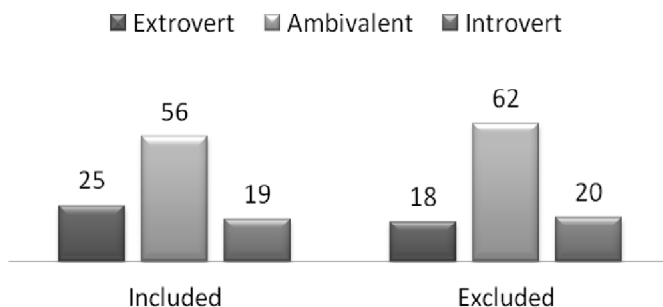
Graph No. 8 - Subjective perception of social inclusion and dominance.



Graph No. 9 - Subjective perception of social inclusion and emotional dependence.

The relation of emotional dependency and perceived social integration may appear a natural group process, but they take place up to the second level of school. The high level of dependence has been confirmed particularly among boys ($G = 13,029$, $\chi(1-\alpha)$; $d f = 10,828$, 0,1%). Emotional independence of the members brakes cohesion of every social group.

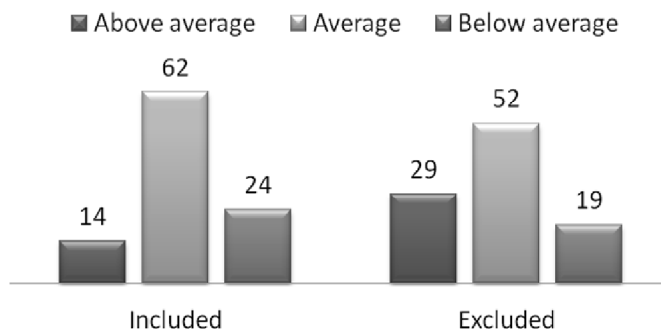
Relationship between social inclusion and level of extraversion (%)



Graph No. 10 - Subjective perception of social inclusion and the degree of extraversion.

Visible relationship between social inclusion and the degree of extraversion has not been shown in our sample. The result is essentially expected because extraversion is largely genetically determined predisposition, therefore it is less variable.

Relationship between social inclusion and degree of psychoticism (%)



Graph No. 11 - Subjective perception of social inclusion and the degree of psychoticism.

The relation of social inclusion and psychoticism was shown but the interdependence is around 1% ($G = 12,349$, $\chi(1-\alpha)$; $d f = 9,21$). A specific social sensitivity to others is prized, especially on the second level of primary school. The category of the excluded pupils did not include any pupils with a low

psychoticism. The higher level of psychoticism at the second stage is socially excluded, though at the first stage it was not visible.

Conclusion

Pupils are not just passive recipients of social inclusion or exclusion in the classroom, but they can actively participate in the extent of their integration. In terms of monitored factors, in general, the most important are dominant behaviour and lower levels of psychoticism.

From a development perspective it is the dominance that is mostly shown among primary school pupils, especially among girls. According to Řičan (2010) the dominance arises from innate aggressive tendencies, but is influenced by social learning.

The emotional dependence on the group and lower degree of psychoticism, which corresponds with social intelligence, are important for social inclusion of adolescents. It is possible to develop these in the process of social learning too. Emotional dependence on the group is related to the intrinsic motivation for social inclusion. There is no activity without motivation. Especially the boys at the second levels of school should actively strive for their social inclusion, for example through the imitation of acceptable negotiation. Otherwise, they act as uncommitted and thereby blocking group inclusive processes.

Responsibility for social inclusion can not only be transferred to the classroom as a social group, but the socially excluded pupil must be actively involved in this process. Therefore, teachers should focus not only on working with the class as a whole, but also individually work with socially excluded pupils to help them develop their social and psychological characteristics.

For socially excluded pupils it could be useful to use the socio-psychological training in which they learn how to interact more dominantly and more empathetically.

Teachers would be able to explain them what is and is not tactful negotiations based on the analysis of concrete situations. They could also help them to find a suitable model for imitation among popular students.

We are currently preparing a program of social and psychological development for socially excluded pupils and we will continue to monitor their perception of social inclusion.

Literature

1. Farnická, M. & Liberská, H. (2014). A child of Many Worlds: A New Meaning of Acculturation. *Child of Many Worlds: Focus on the Problem of Ethnic Minorities*. Frankfurt: Peter Lang GmbH, pp.213-225.
2. Goleman, D. (2011). *Emoční inteligence*. Praha: Metafora.
3. Kaukiainen, A., Salmivalli, C., Lagerspetz, K., Tamminen, M., Vauras, M., Mäki, H. and Poskiparta, E. (2002), Learning difficulties, social intelligence, and self-concept: Connections to bully-victim problems. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43: 269–278. doi: 10.1111/1467-9450.00295
4. Kosíková, V. & Liberská, H. (2014). The problem of Minorities as a Subject of Intercultural Psychology. *Child of Many Worlds: Focus on the Problem of Ethnic Minorities*. Frankfurt: Peter Lang GmbH, pp.27-45.
5. Miňhová, J., Holeček, V., Prunner, P. (2007). *Psychologie pro právníky*. Plzeň: Aleš Čeněk.
6. Nakonečný, M. (1997). *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia.
7. Nakonečný, M. (1998). *Základy psychologie*. Praha: Academia.
8. Říčan, P. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing.
9. Senka, J. (2004). *Osobnostní dotazník pro děti : B-JEPI*. Praha: Psychodiagnostika, s.r.o.
10. Šnýdrová, I. (2008). *Psychodiagnostika*. Praha: Psyché.
11. Tjeert O., Frits A. Goossens, Marjolijn M. Vermande, Elisabeth A. Aleva, Matty van der Meulen. (2011). Bullying as strategic behavior: Relations with desired and acquired dominance in the peer group .Original Research Article. *Journal of School Psychology*, Volume 49, Issue 3, pp. 339-359.

Mgr. Vladimíra Lovasová, Ph.D.

Psychology Department
Faculty of Education
University of West Bohemia
lovasova@kps.zcu.cz

Doc. PhDr. Jana Miňhová, CSc.

Psychology Department
Faculty of Education
University of West Bohemia
jminhova@kps.zcu.cz

**Főszerkesztői gondolatok Sipos László: „Gyermekbűnök, közerkölcsök...”
c. előadásának írásos megjelenésének kapcsán**

A folyóiratunk, mint legtöbb hasonló tudományos publikációs fórum, általában a tudományterületek publikációs szokásjogainak megfelelő, olykor eléggé kötött „műfaji korlátoknak” megfeleltetett formátumú tanulmányokat, cikkeket közöl. Mi is ezt tettük az alapítás óta eltelt több mint öt év során. Most először kivételt teszünk és megjelentetünk egy olyan írásművet, melynek alapja egy konferencia előadás. Ha létezik „hangos folyóirat”, akkor miért ne lehetne „néma előadás” is? A közölni kívánt munka egy olyan előadás írásos formában átdolgozott ún. full-text változata, melyet nagy figyelmet érdemlőnek és elég jelentősnek tartunk ahhoz, hogy ebben a formában is olvasóink elé tárjuk. Azzá teszi már a vállaltan remiszscens címe is, a híres Jancsó filmre utalva, természetesen elsősorban a tartalma és nem utolsó sorban a szerző személye. Egy, a szakmáját mind a tudomány, mind pedig a mindennapi jogászai gyakorlat terén magas szinten gyakorló szakember megalapozott véleménye egy kis túlzással tabutémának nevezhető problémáról, mindig közérdeklődésre tarthat számot. Ezért is vállaljuk közlését, jóllehet nem „klasszikus” folyóirat műfaj a full-text. Nem is példa nélküli, hiszen előfordul időnként más orgánumban is. Egy kicsit színesíti is a műfaji palettánkat, melyet más módon is tervezünk megtenni a közeljövőben, az első „fél évtized” tapasztalataink felbátorodva. Mindazonáltal alapvetően meg kívánunk maradni az eredetileg vállalt feladatunknál és a klasszikus formáknál, de ha ismét találkozunk egy arra érdemes „szöveggel”, esetleg újra kivételt teszünk. A fentiek előrebocsátásával, fogadják jó szívvel Sipos László „néma előadását”.

Kiss János főszerkesztő

UNIVERSITY
OF DEBRECEN

FACULTY OF
HEALTH
NYÍREGYHÁZA



ACTA
MEDSOC
VOLUME 6.
2015

Gyermekbűnök, közerkölcsök¹...

Dr. Sipos László

Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar
Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Főügyészség

Abstract. Public opinion has awareness of children delinquency when strikingly serious crimes happens - I stated this in one of my studies 10 years ago. In this field the situation has changed lately, because recently criminal cases committed by childrens appears on the daily news. In most of these cases the victims are children, as well.

On the other hand, public interest focusing on childhood delinquency as a legal topic, because the new Hungarian Criminal Code lowered the age limit of the punishability with 2 years, when serious crimes - homicide, homicide under provocation, serious bodily harm, robbery and depredation - has been committed. In the consequence, criminals of these serious crimes are punishable, when they accomplished their age of 12. This new age limit in the hungarian jurisdiction is not an extrem in an international context. I have to note, that the law allows to apply just measures (reprehension, probation, reformative) against young offenders who are not reached the age of 14 in the moment of the crime,

I have to emphasise that reaching the age of 12 itself is not enough for punishability. It needs an other condition as well, which is the apprehension of anticipating the consequences of the criminal act.

¹ A Magyar Tudomány Napja alkalmából a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karán szervezett tudományos konferencia társadalomtudományi szekciójában 2014. november 25. napján elhangzott előadás írásos anyaga. Az előadás absztraktja megjelent a Kar „Útközben” című kiadványában. (Nyíregyháza, 2014, 35. oldal)

We have to aware of many side affects, and difficulties of researching childhood delinquency. First of all, we have to take into consideration that higher latency exists among infant perpetrators than in other field. The victims rather drop the subject than reporting the crime if the fact of infancy turns out. Even the establishment of education handles these cases as a pedagogical problem (misbehaviour) than a crime to avoid bad reputation. Secondly, it is a serious question to evaluate penalising or depenalising certain behaviours, not mentioning the vagueness of the statistics in this field, as a consequence of this legal problem. Thirdly, it is very difficult to give a solid analyses about the tendency of children delinquency if we exclude the dynamic (evolution) of this topic and the demographical issues, as well (the number of children population has been dropped).

The characteristics of childhood delinquency - as I stated in my lecture - showing the responsibility of our society.

One of the most important element of lowering crime rates is handling and repressing childhood delinquency. It is very important as well to form the attitude of children towards the negative aspect of delinquency, to make them understand that being an adult is not equal with committing crimes and crimes always have the consequences. We have a strong responsibility in this field and still a lot to do.

Keywords: children criminals, new Hungarian Criminal Code, childhood delinquency, characteristics of childhood delinquency, victims

Gyermekbűnök, közkerécsök² a címe előadásomnak, melyben a gyermekbűnözés megítélésével, az új büntető törvénykönyv által hozott változásokkal, a gyermekbűnözés kutatásának problémáival, végül annak jellegzetességeivel foglalkozom.

Az időkeretre tekintettel dióhéjban – dióhéjban? - mogyoróhéjban...

I.

A gyermekkorúakra vonatkozó kutatások egyik első – nem is elhanyagolható – problémája az, hogy ki is az a gyermek?

Okkal merül föl e kérdés, hiszen kétségtelenül más a gyermekvédelem, más a szociológia és más a büntetőjog, más a szabálysértési jog, de még a családjog gyermek fogalma is.

² Az előadás címe Jancsó Miklós (1921-2014) Magánbűnök és közkerécsök film címének reminiscenciája.

A büntetőjog szerint gyermekkorú eleddig az volt, aki a bűncselekmény elkövetésekor a tizennegyedik életévét még nem töltötte be.³ Fiatalkorú pedig az volt, aki a bűncselekmény elkövetésekor tizennegyedik életévét betöltötte, de a tizennyolcadikat még nem.⁴

Ma azonban kissé bonyolultabb a helyzet...

II.

Az Országgyűlés 2012. június 25. napján fogadta el az új Büntető törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvényt⁵, mely 2013. július 1-jén lépett hatályba.⁶

Bár a kormány eredetileg nem így tervezte, képviselői indítvány nyomán⁷ bekerült a büntető törvénykönyvbe, hogy a kivételesen súlyos bűncselekmények esetében – ilyen

- az emberölés,
- a halált vagy életveszélyt okozó testi sértés,
- a rablás és
- a kifosztás –

a 12-14 év közötti elkövetők is büntethetők.⁸

³ A Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény 23.§-a szerint: „A gyermekkor - Nem büntethető, aki a cselekmény elkövetésekor tizennegyedik életévét nem töltötte be”. A régi Btk. 2013. június 30-ig volt hatályban.

⁴ A régi Btk. 107. § (1) bekezdése szerint.

⁵ Az új Büntető törvénykönyv preambuluma szerint az Országgyűlés az ember sérthetetlen és elidegeníthetetlen alapvető jogainak, továbbá az ország függetlenségének, területi épségének, gazdaságának, valamint a nemzeti vagyonnak a védelme érdekében, Magyarország nemzetközi jogi és Európai Uniós kötelezettségeinek figyelembevételével, az állam kizárólag büntető hatalmának érvényesítése céljából alkotta az új Btk.-t, melynek hatályba lépésével a korábbi hatályát veszítette.

⁶ Az új Btk. 463. §-a szerint.

⁷ Pálmai Erika: Vitatott megoldások. (Heti Világgazdaság 2014/47, 17-19. oldal)

⁸ Az új Btk. 16.§-a szerint „nem büntethető, aki a büntetendő cselekmény elkövetésekor a 14. életévét nem töltötte be, kivéve az emberölés [160.§ (1)-(2) bekezdés], az erős felindulásban elkövetett emberölés [161.§], a testi sértés [164.§ (8) bekezdés], a rablás [365.§ (1)-(4) bekezdés] és a kifosztás [366.§ (2)-(3) bekezdés] elkövetőjét, ha a bűncselekmény elkövetésekor a tizenkettedik életévét betöltötte és az elkövetéskor rendelkezett a bűncselekmény következményeinek felismeréséhez szükséges belátással”. A miniszteri indokolás szerint „napjainkban a gyermekek biológiai fejlődése felgyorsult, a gyermekek korábban „érnek”, az információs forradalom következtében a kiskorúakat már 14. életévüket megelőző életszakaszukban elérik a társadalom olyan különféle hatásai, amelyek-

Van azonban még egy fontos feltétel, az, hogy a szükséges belátási képességgel is rendelkezzenek.⁹

E kérdéskör vizsgálatára nagyobb figyelmet kell szentelnünk, hiszen a belátási képesség megítélése a gyakorlatban nem is mindig könnyű feladat.

Ennek metodikáját legplasztikusabban talán a nyomozás törvényességét felügyelő ügyészség szempontjai szerint járhatjuk körbe.

Az ügyészség a 12. életévét betöltött, de a 14. életévét még be nem töltött fiataikorú terheltek büntetőjogi belátási képességének megítélésakor a Legfőbb Ügyész Helyettes által 2013. július 31-én kiadott körlevél¹⁰ alapján jár el.

A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy a belátási képesség vizsgálatára – az elmeállapotról vonatkozóan elvégzett – igazságügyi elmeorvos-szakértői vizsgálat eredményének ismeretében kerülhet sor. Ha ez megállapítja azt, hogy a 14. életévét be nem töltött fiataikorú beszámítási képessége kizárt, akkor e tekintetben a további vizsgálat már szükségtelen.

Rámutat a körlevél arra, hogy a beszámítási képesség korlátozottsága – önmagában! – a belátási képességet nem zárja ki, és annak vizsgálatát sem teszi mellőzhetővé. A beszámítási képességnek és a büntetőjogi belátási képességnek a vizsgálatára – a megalapozott gyanú közlését követően – haladéktalanul ki kell rendelni a szakértőt. E tárgyban egyesített igazságügyi elmeorvos szakértői és pszichológus szakértői véleményt kell beszerezni, de indokolt lehet szakkonzulensként gyermekpszichiáter bevonása is.¹¹

től a korábbi időkben még védve voltak. A tizenkettő-tizennégy év közötti gyermekek körében is egyre nagyobb mértékben elterjedt az erőszakos érdekvényesítés, ezért szükséges a büntethetőségi korhatár módosítása, a kirívóan agresszív, élet ellen irányuló bűncselekményt megvalósító gyermekkorúak büntetőjogi felelősségre vonása és egyes súlyos bűncselekményeknél a büntethetőség korhatárának leszállítása tizenkét évre. Az ilyen bűncselekményt megvalósító gyermekkorú magatartásából ugyanis arra lehet következtetni, hogy megfelelő segítség hiányában nem lesz képes a későbbiekben a társadalomba való beilleszkedésre és a törvénytisztelő életmódra, ezért a speciális prevencióhoz mindenképpen szükséges a büntetőjog eszközeinek igénybevétele”.

⁹ Az új Btk. 16.§ utolsó fordulata szerint. A bűncselekmény következményeinek felismeréséhez szükséges „belátás” vizsgálata kapcsán a szakértői véleménynek van meghatározó jelentősége, következésképpen ennek tisztázása végett elsősorban pszichológus szakértő igénybevétele lehet indokolt.

¹⁰ A büntetőjogi legfőbb ügyész helyettes 5/2013.(VII.31.) LÜ h. körlevele a tizenkettő-ötödik életévét betöltött, de a tizennegyedik életévét be nem töltött fiataikorú terheltek büntetőjogi belátási képességének a megítéléséről. (Ügyészségi Közlöny 2013/7, 183. oldal)

¹¹ A gyermek pszichiáter szakkonzulensként történő bevonása a gyermekkorra jellemző pszichés kórképek és tünetek felismeréséhez szükséges további különleges szakismertekre figyelemmel lehet indokolt.

A szakértői vizsgálat elvégzéséhez soron kívül be kell szerezni és a szakértő rendelkezésére kell bocsátani a terheltről készült környezetanulmányt, pedagógiai és iskolai jellemzést, továbbá az esetleges gyermekvédelmi intézkedésekre, illetve a korábbi megbetegedésekre, a fizikai és pszichés állapotra vonatkozó orvosi iratokat és dokumentumokat.

A körlevél nyomatékosan rámutat arra, hogy „a szakértői vélemény és a rendelkezésre álló valamennyi adat együttes körütekintő értékelésével” – szükség esetén a terhelt ügyészi kihallgatását követően – lehet csak állást foglalni a cselekmény következményei felismeréséhez szükséges belátás meglétéről, és annak alapján – az egyéb feltételek fennállása esetén – a vádemelésről, vagy a nyomozásnak büntethetőséget kizáró okból¹² történő megszüntetéséről.

III.

A szigor a törvényalkotók a gyerekek felgyorsult biológiai fejlődésével és az egyre erőszakosabb „érdekérvényesítéssel”¹³ (magyarul az egyre erőszakosabb esetekkel) magyarálták.

A jogvédők szerint azonban adatokkal nem is indokolható a módosítás, a gyermekkorú elkövetők száma ugyanis évek óta csökken. Míg

- 2005-ben 3182,
- 2007-ben 2861,
- 2013-ban 1779

14 év alatti elkövetőt regisztráltak a hatóságok,¹⁴

Nemzetközi összehasonlításban ez a korhatár-módosítás nem tűnik kirívónak. (Egyébként a büntethetőségi korhatárban amúgy sincs egységes európai gyakorlat.¹⁵)

¹² Az új Btk. 15. § a/ pontja, valamint a 16. § alapján.

¹³ Az új Btk. 16.§-ához fűzött miniszteri indokolás szóhasználata szerint. (Lásd az előző lábjegyzetben idézve.)

¹⁴ Legfőbb Ügyészség statisztikai adatai szerint. (Legfőbb Ügyészség Informatikai Főosztály, Budapest, 2014.)

¹⁵ Lásd még: Lajtár István: A büntethetőség alsó életkori határa és annak változása. In: Hagyomány és érték, Károly Gáspár Református Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar, Budapest, 2013. 56-62. oldal.

Elgondolkodtató azonban, hogy

- Ausztriában, Németországban, Olaszországban 14 év,
- Dániában és Finnországban 15 év,
- Luxemburgban 18 év a korhatár.
- igaz Angliában és Walesben csak 10 év, ám szabadságvesztés ott is csak 15 éves kortól róható ki.¹⁶

Van azonban még egy érve a jogvédőknek, illetve a korhatár leszállítóknak: a büntethetővé tétel - amellet, hogy egy erős probléma-eltávolítás - egy sajátos stigmatizáció, is egyben. A közvélemény szerint ugyanis „aki bűncselekményt követ el, az bűnöző, erkölcstelen, elvetemült, velejéig romlott...”

Ezáltal a probléma is más dimenzióba kerül...

IV.

A gyermekkorú elkövetők szankcionálása kapcsán meg kell jegyeznünk, hogy azzal szemben, aki a bűncselekmény elkövetésekor tizennegyedik életévét nem töltötte be, csak intézkedés¹⁷ – például

- megrovás,
- próbára bocsátás,
- javítóintézeti nevelés

alkalmazható.¹⁸

A legfőbb ügyész beszámolója¹⁹ szerint tavaly²⁰ 19 tizenkettő és tizennégy év közötti gyereket hallgattak ki gyanúsítottként. Ezek közül az ügyek közül

¹⁶ Részletesebben lásd Sipos László: A gyermek és a bűn – Tanulmányok a gyermekvédelem, a gyermek, mint áldozat és a gyermekbűnözés témaköréből című kötetében. (Debreceni Egyetemi Kiadó, 2012. 122-125. oldal)

¹⁷ Az új Btk. 16.§-ához fűzött miniszteri indokolás szerint a már felsorolt, súlyos „bűncselekményt megvalósító gyermekkorú magatartásából ugyanis arra lehet következtetni, hogy megfelelő segítség hiányában nem lesz képes a későbbiekben a társadalomba való beilleszkedésre és a törvénytisztelő életmódra, ezért a speciális prevencióhoz mindenképpen szükséges a büntetőjog eszközeinek igénybevétele”.

¹⁸ Az új Btk. 106.§ (2) bekezdése szerint „Fiatalkorúval szemben büntetést akkor kell kiszabni, ha intézkedés alkalmazása nem célravezető. Azzal szemben, aki a bűncselekmény elkövetésekor tizennegyedik életévét nem töltötte be, csak intézkedés alkalmazható”.

¹⁹ A Legfőbb Ügyész országgyűlési beszámolója. (Legfőbb Ügyészség Budapest, 2014.)

egyetlenegy indult életveszélyt okozó testi sértés miatt, a többi csoportosan elkövetett rablás miatt.

Jogerős ítélet eddig két 13 éves gyerek ügyében született, ők javítóintézetbe kerültek.²¹ (Emlékezhetnek rá, hogy 2013-ban közel ezernyolcszáz volt a bűncselekményt elkövető gyermekkorúak száma...)

Ennyit a büntetőjogi keretekről...

Térjünk át a mindennapokra...

V.

„A közvélemény leginkább egy-egy súlyos bűncselekmény elkövetése kapcsán szembesül a gyermekbűnözéssel” - írtam ezt egy 10 évvel ezelőtti – meglehetősen sokat idézett²² - tanulmányomban.²³

A helyzet annyiban változott, hogy ma már szinte minden nap találkozhatunk gyermekkorúak által elkövetett bűncselekményekről szóló hírekkel, melyek sértettje az esetek többségében maga is gyermekkorú. Csak egy tegnapi újság-cím: „Iskolatársait rabolta ki a gyermekkorú...”

²⁰ Figyelemmel arra, hogy az előadás 2014. november 25. napján hangzott el, a „tavaly” kitétel a továbbiakban is 2013-at kell érteni.

²¹ Idézve a már hivatkozott HVG-tanulmányban.

²² Például Hegedűs Judit, Kőhalmi László, Lóránth Ida, Pallagi Anikó, stb. szakfolyóiratokban megjelent tanulmányaiban, egyetemi és főiskolai szakdolgozatokban, doktori disszertációkban. Szerepel tucatnyi tudományos és szakmai válogatásban, továbbá számos linkajánlóban. Tananyag több felsőoktatási intézményben, köztük a Nemzetvédelmi Egyetemen (mely 2012-től integrálódott a Nemzeti Közszolgálati Egyetembe, annak egyik karaként), a Pázmány Péter Katolikus Egyetemen, a Debreceni Egyetemen. Adatait és megállapításait felhasználta Nyíregyháza, drogstratégiájának kidolgozásához, míg a szerző e témában született újabb tanulmányának adatait az Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium, a „Gyermekkorú elkövetők reszocializációja” című modellprojekthez.

²³ Sipos László: A gyermekkorúak által elkövetett bűncselekmények alakulása és a gyermekbűnözés specifikumai (2004.), megjelent a Debreceni Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Nyíregyháza Tudományos Közleményei III. kötetében (Nyíregyháza, 2005. 147-162. oldal), átdolgozott, kiegészített és aktualizált változata pedig „Adatok és gondolatok a magyarországi gyermekbűnözésről” címmel az Ügyészek Lapja 2007/1. számában, az 5-21. oldalon.

VI.

A gyermekbűnözés kutatása kapcsán számos problémával²⁴ szembesülünk, melyek közül a legnagyobb az óriási látencia. A sértettek a legritkább esetben tesznek feljelentést a bűncselekményeket elkövetők ellen, ha tudják, vagy sejtik, hogy az gyermekkorú. Maguk az oktatási intézmények is ódzkodnak feljelentést tenni saját diákjaik ellen, tartva az iskola jó hírén esendő csorbától. Még az a jobbik eset, ha csak pedagógiai problémaként tekintenek a gyermekek által elkövetett deliktumokra...

Komoly kérdéseket vet fel a pönalizáció-depönalizáció,²⁵ továbbá a részben ebből is fakadó statisztikai bizonytalanságok sora.²⁶

E téren fogalmazott meg - egy tanulmányomból²⁷ pontatlanul idézve - vitatható álláspontot Pallagi Anikó²⁸, aki mint azt írja, a pönalizáció és depönalizáció hatásával nem tud egyetérteni, mert a vagyon elleni bűncselekmények esetében a bűncselekményi értékhatár emelése ellenére a bűnügyi statisztika „szinte stagnálást mutatott”, továbbá „amikor a bűncselekményi értékhatárt tízezerről húszezer forintra emelte a jogalkotó, a statisztika szintén nem változott ugrásszerűen.”²⁹

Pallagi Anikó állításával szemben azonban - hivatkozott tanulmányomban³⁰ - arra hívtam fel a figyelmet, hogy az esetleges tendenciák megállapításakor a pönalizáció-depönalizációs folyamatok sem hagyhatók figyelmen kívül. A Pallagi Anikó által hivatkozott megállapítás(ok) egyébként is a gyermekbűnözés kutatásának problémáiról szóló fejezetből³¹ valók, következésképpen kifejezetten a kutatásproblematika körében értékelhetők.

²⁴ Részletesebben kifejtve lásd a szerző „A gyermekbűnözés – és kutatásának problémái” című tanulmányában. (In: Tudományos Előadások. Egészségügyi Főiskolai Jegyzetek 7. Nyíregyháza, 2006. 5-15. oldal).

²⁵ A pönalizáció-depönalizáció problémája részletesen kifejtve a szerző „Megjegyzések a büntethető gyermekkorúak kapcsán” című tanulmányában. (Pro Futuro 2014/2. 140-144. oldal.)

²⁶ Kifejtve a szerző „A gyermekbűnözés – és kutatásának problémái” című tanulmányában. (In: Tudományos Előadások. Egészségügyi Főiskolai Jegyzetek 7. Nyíregyháza, 2006. 7-9. oldal)

²⁷ Pallagi Anikó: Büntethető gyermekkorúak. (Pro Futuro 2014/1, 97-111. oldal)

²⁸ Pallagi Anikó: i. m. 105. oldal.

²⁹ Pallagi Anikó: i. m. 105. oldal.

³⁰ Sipos László: Adatok és gondolatok a magyarországi gyermekbűnözésről. (Ügyészek Lapja 2007/1, 5-21. oldal.)

³¹ Sipos László: i. m. 6-7. oldal.

Aláhúzom azonban most is azt, hogy az értékhatár-változás csak egy, a depónalizáció lehetséges eszközeiből. Megjegyzem azonban, hogy abból is érdekes következtetést lehet levonni, ha a bűncselekményi értékhatár 20.000 Ft-ról 50.000 Ft-ra emelkedik, ám a vagyon elleni bűncselekményeket elkövető gyermekkorúak száma „nem változik ugrásszerűen”. Joggal merülhet föl a kérdés: ha nem ugrott volna két és félszeresére ez az értékhatár, és nem került volna át megannyi vagyon elleni cselekmény a szabálysértések közé, mennyi lett volna a bűncselekményt elkövető gyermekkorúak száma?

Külön problémaként mutattam rá hivatkozott tanulmányomban arra, hogy „a pónalizáció-depónalizáció kapcsán további gondot jelent, hogy e változások a legkritikább esetben lépnek január 1-jével hatályba...”³² Sőt, szinte soha, a változások a legutóbbi öt alkalommal szeptember 1-jén, május 15-én, március 1-jén, június 1-jén illetve április 15-én léptek hatályba.³³

Az a klasszikus kérdés, hogy hogyan alakul(t) a gyermekbűnözés, még csak hozzávetőlegesen sem válaszolható meg a dinamika kérdéseinek és a demográfiai változások (adott esetben a gyermekkorú népesség csökkenésének³⁴) elemzése nélkül.

A gyermekkorúak bűnözésének elemzésénél messzemenően szem előtt kell tartani e korcsoport demográfiai változásait is. Ahogy a hivatkozott dolgozatomban rámutattam erre „a gyermekkorú lakónépesség - az elmúlt évtizedben - ötévente hét százalékkal csökkent. A csökkenés a közbeeső években is folyamatos volt. Ennek fényében a gyermekkorú bűnelkövetők számának „mérséklődése” már korántsem olyan nagy eredmény...”³⁵

VII.

³² Sipos László: i. m. 7. oldal.

³³ Megjegyzéseimet és ellenérveimet - angol nyelvű absztrakttal – közölte a Pro Futuro következő száma, „Megjegyzések a büntethető gyermekkorúak kapcsán” címmel. (Pro Futuro 2014/2, 140-143. oldal.)

³⁴ Részleteiben elemezve lásd a szerző „A gyermekbűnözés – és kutatásának problémái” című tanulmányát. (In: Tudományos Előadások. Egészségügyi Főiskolai Jegyzetek 7. Nyíregyháza, 2006. 5-15. oldal)

³⁵ Sipos László: i. m. 7. oldal.

A gyermekbűnözés sajátosságait „A gyermek és a bűn” c. könyvben³⁶ elemeztém részletesen...

Most csak arra a tévhitre szeretnék rámutatni, hogy a gyermekkorú bűnelkövetők csonka családból valók, vagy állami nevelésbe vettek. Ez koránt sincs így!³⁷
A gyermekbűnözés legjellemzőbb sajátossága az, hogy csoportosan követik el! Ez különösen elgondolkodtató!

A gyermekbűnözés sajátosságait vizsgálva húzhatjuk igazán alá a társadalom, a szűkebb és a tágabb környezet, az iskola és a média felelősségét.³⁸

VIII.

A gyermekbűnözéssel kapcsolatban egy újabb súlyos problémával kell szembe-sülnünk.³⁹ Az elmúlt negyedszázadban lehetünk – igencsak szomorú – tanúi annak, hogy Magyarországon megjelent és egyre nagyobb teret nyert a kábító-szer, büntetőjogi értelemben a „visszaélés kábítószerrel” bűncselekménye. Ennek első részletes kriminológiai vizsgálatára a kétezres évek első évtizedében került sor.

Hazánkban huszonöt évvel ezelőtt még csak 12 kábítószerrel (avagy kábító hatá-sú anyaggal) elkövetett visszaélésre derült fény. Tavaly ez a mutató már csak-nem elérte hatezet.⁴⁰

A felnőtt korúak esetében az elmúlt húsz évet külön vizsgálat tárgyává téve megá-lapíthatjuk, hogy két évtized alatt a kábítószerrel elkövetett visszaélésszerű bűn-

³⁶ Sipos László: A gyermek és a bűn – Tanulmányok a gyermekvédelem, a gyermek mint áldozat, és a gyermekbűnözés témaköréből. (Debreceni Egyetemi Kiadó, 2012.)

³⁷ Részletesen kifejtve lásd Sipos László: A gyermek és a bűn – Tanulmányok a gyer-mekvédelem, a gyermek mint áldozat, és a gyermekbűnözés témaköréből (55-95. oldal).

³⁸ Ezekre vonatkozóan külön kutatásaink indultak...

³⁹ A VIII. fejezet – bár az abban felvázolt és elemzett probléma a Magyar Tudomány Napján megtartott előadásban is jelzett volt –, voltaképpen az Emberi Erőforrások Mi-nisztériuma és a Van Esély Közhasznú Egyesület „Segíts, hogy segíthessünk” címet viselő, 2015. február 17. napján, Kisvárdán megtartott szakmai konferenciáján elhang-zott előadás témánk szempontjából releváns részletének írásos változata. Beillesztését a probléma súlyossága, a gyermekbűnözés és a drogfogyasztás kutatásának időszerűsége, továbbá a legfrissebb kutatási eredmények közzétételének lehetősége indokolta.

⁴⁰ A Legfőbb Ügyészség Informatikai Főosztályának a drogbűnözés-kutatás lefolytatásá-hoz megküldött adatsora szerint.

cselekmények száma tizenkétszeresére nőtt. Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében az elkövetett kábítószerrel visszaélések száma az elmúlt húsz évben negyvenszeresére nőtt. Tavaly már 182 ilyen jellegű bűncselekményre derült fény.⁴¹

Meg kell jegyeznünk, hogy 2013. július 1-jén lépett hatályba az új Btk., mely a korábbi visszaélés kábítószerrel bűncselekmény⁴² helyett – a korábbi szabályozásnál lényegesen differenciáltabban – e körben már hét bűncselekmény törvényi tényállását határozza meg. Ezek a kábítószer-kereskedelem⁴³, a kábítószer birtoklása⁴⁴, a kóros szenvedélykeltés⁴⁵, a kábítószer készítésének elősegítése⁴⁶, a kábítószer-prekurzorral való visszaélés⁴⁷, az új pszichoaktív anyaggal visszaélés⁴⁸, valamint a teljesítményfokozó szerrel visszaélés⁴⁹.

A fiatalkorúak által elkövetett visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma még drasztikusabban nőtt. Az elmúlt években már öt-hatszáz fiatalkorú ellen indult eljárás ilyen bűncselekmény miatt.

Ezek a növekedésmutatók még akkor is sokkolóak, ha figyelembe vesszük, hogy az elmúlt években több ízben is szigorodott e cselekmények büntetőjogi megítélése.⁵⁰

Szerencsére azonban megyénk továbbra sem tartozik a kábítószer fogyasztással kapcsolatosan legfertőzöttebb megyék közé, bizonyítja ezt az is, hogy tavaly a megyében elkövetett összesen 182 ilyen jellegű bűncselekmény az országos adatnak mindössze 3,5 %-a.

1997-től beszélhetünk a kábítószerrel való visszaélés kapcsán a gyermekbűnözés megjelenéséről. Azidáig – így sem 1995-ben sem 1996-ban – 14 éven aluli által elkövetett kábítószeres bűncselekményre nem derült fény. Az első három esetet 1997-ben regisztrálták. Az elmúlt hat évben azonban összesen már 65 gyermekkorú követett el ilyen bűncselekményt. 2009-ben még csak négy, 2014-ben

⁴¹ A Legfőbb Ügyészség Informatikai Főosztályának adatai szerint.

⁴² Régi Btk. 282. §, továbbá 282/A.-/C. §.

⁴³ Új Btk. 176-177. §.

⁴⁴ Új Btk. 178-180. §.

⁴⁵ Új Btk. 181. §.

⁴⁶ Új Btk. 182. §.

⁴⁷ Új Btk. 183. §.

⁴⁸ Új Btk. 184. §.

⁴⁹ Új Btk. 185. §.

⁵⁰ Lásd részletesebben Ritter Ildikó: A Büntető Törvénykönyv visszaélés kábítószerrel bűncselekmény törvényi tényállására vonatkozó hatásvizsgálata (OKRI, 2002.).

azonban már tizennégy.⁵¹

Igencsak örvedetes, hogy Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében gyermekkorú által elkövetett kábítószerrel való visszaélésre alig-alig volt példa. 2009-ben három, 2010-ben egy, 2012-ben pedig két gyermekkorú ügyében indult eljárás.⁵²

Természetesen azt nem állíthatjuk, hogy ilyen cselekményeket gyermekkorúak nem követtek el, de ilyen esetekről a nyomozóhatóság nem szerzett tudomást. (Összehasonlító adatok hiányában azonban még az esetleges látencia becslésére sem vállalkozhatunk.)

IX.

A bűnözés általános visszaszorítására irányuló törekvések egyik, ha nem a legfontosabb eleme a gyermek- és fiatalkorúak bűnözésének csökkentése, e populációnak a bűnelkövetéssel, a bűncselekmények megítélésével kapcsolatos attitűdjének társadalmilag kívánt irányba történő alakítása.

Az, hogy egyetlen közösségben se lehessen a vagányság, illetve a „felnőtség” kritériuma a bűncselekmények elkövetése, természetesen a „megúszásra” játszva.

Az ez iránti felelősségünk, az ez iránti teendőink igen széleskörűek...

Köszönöm a megtisztelő figyelmüket!

⁵¹ 2009-2014 években, a Legfőbb Ügyészség Informatikai Főosztályának adatsora szerint.

⁵² 2011-ben, illetőleg 2013-ban és 2014-ben egyetlen esetben sem. (A Legfőbb Ügyészség Informatikai Főosztályának adatsora szerint.)

Felhasznált források és a hivatkozott irodalom:

1. A Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény.
2. Az új Büntető törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény.
3. Az új Büntető törvénykönyv miniszteri indokolása.
4. Belovics Ervin (2013): A büntetőjogi legfőbb ügyész helyettes 5/2013. (VII.31.) LÜh körlevele a tizenkettedik életévét betöltött, de a tizennegyedik életévét be nem töltött fiatalok terheltek büntetőjogi belátási képességének a megítéléséről. *Ügyészségi Közlöny* 2013/7: 183.
5. Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar (2014): „Útközben” Absztraktok A Magyar Tudomány Ünnepe Tudományos Konferencia, Nyíregyháza 2014. Nyíregyháza, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar.
6. Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium (IRM) (2009): Gyermekkorú elkövetők reszocializációja c. modellprojekt. Budapest, Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium.
7. Lajtár István (2013): A büntethetőség alsó életkori határa és annak változása. In: *Hagyomány és érték. Állam- és jogtudományi tanulmányok a Károly Gáspár Református Egyetem fennállásának 20. évfordulójára.* Károly Gáspár Református Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar, Budapest, 2013.
8. Legfőbb Ügyészség (2014): A Legfőbb Ügyészség statisztikai tájékoztatója. Budapest, 2014.
9. Legfőbb Ügyészség (2014): A Legfőbb Ügyészség Informatikai Főosztályának a drogbűnözés kutatásához összeállított adatsora. Budapest, 2014.
10. Pallagi Anikó (2014): Büntethető gyermekkorúak. *Pro Futuro*, 2014/1: 97-111.
11. Pálmai Erika (2014): Vitatott megoldások. *Heti Világgazdaság*, 2014/47: 17-19.
12. Polt Péter (2014): A Legfőbb Ügyész országgyűlési beszámolója. Budapest, Legfőbb Ügyészség, 2014.
13. Ritter Ildikó (2002): A Büntető Törvénykönyv visszaélés kábítószerrel bűncselekmény törvényi tényállására vonatkozó hatásvizsgálat. Országos Kriminológiai Intézet, Budapest, 2002.
14. Sárosi László (2005): A gyermekkorúak által elkövetett bűncselekmények alakulása és a gyermekbűnözés specifikumai. In: [szerk.] Fábrián Gergely, A Debreceni Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Nyíregyháza Tudományos Közleményei III. Nyíregyháza, Debreceni Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar. 147-162.
15. Sárosi László (2006): A gyermekbűnözés – és kutatásának problémái. In: [szerk.] Jóna György, Tudományos Előadások. Egészségügyi Főiskolai

- Jegyzetek 7. Nyíregyháza, Debreceni Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar. 5-15.
16. Sipos László (2007): Adatok és gondolatok a magyarországi gyermekbűnözésről. *Ügyészek Lapja*, 2007/1: 5-21.
 17. Sipos László (2012): A gyermek és a bűn – Tanulmányok a gyermekvédelem, a gyermek mint áldozat, és a gyermekbűnözés témaköréből. Debrecen, Debreceni Egyetemi Kiadó
 18. Sipos László (2014): Megjegyzések a büntethető gyermekkorúak kapcsán. *Pro Futuro*, 2014/2: 140-144.
 19. Víg József (1993): Fejezetek a szakkriminológia köréből. Budapest, 1993.

Dr. Sipos László PhD jogász, megyei főügyész-helyettes, 2003-tól – kapcsolt közalkalmazotti jogviszony keretében - a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karának docense, 2009-től a Magyar Tudományos Akadémia Állam- és Jogtudományi Bizottságának tagja. Tizenöt jogi szakkönyv és kari jegyzet, továbbá több mint 70 tanulmány szerzője. Az MTA adattára szerint kutatási területe a gyermekvédelem és a gyermekbűnözés, valamint a civil szféra fejlődése. (www.siposlaszlo.hu)

UNIVERSITY
OF DEBRECEN

FACULTY OF
HEALTH
NYÍREGYHÁZA



ACTA
MEDSOC
VOLUME 6.
2015

A tankötelezettségi korhatár csökkentésének negatív hatásai

Pap Mónika

Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar

Abstract. The interview-based research reveals the effects of 16 years of compulsory school age in according to the professionals and parents are involved They said the declined compulsory school age is significant support for early school leaving of Roma students. The legal possibility of early school leaving has a negative impact to learning motivation. According to experts, the motivation is mainly due to the negative sample of uneducated parents. It was clear that the difficult financial circumstances show work more favorable light than learning. The public employment which is open for 16-18-year-olds has a strong motivating force. This phenomenon reproduces the problem of undereducation and all consequences: labor market exclusion and unemployment, working-and-poverty. According to the respondents the state has the key to solve the problem.

Keywords: compulsory school age, early school leaving

Absztrakt. A 16 éves tankötelezettségi korhatár hatásait vizsgáló, interjúkutatásom során feltártam, hogy az érintett szakemberek és a szülők tapasztalatai szerint a lezárt tankötelezettségi korhatár jelentősen támogatja a korai iskolaelhagyást a roma tanulók esetében. A korai iskolaelhagyás legális lehetősége negatívan hat a tanulási motivációjukra. Tanulás iránti motiválatlanságuk a szakemberek szerint főként a negatív szülői mintából, a szülői iskolázatlanságból fakad. Világosan kiderült, hogy a nehéz anyagi körülmények a tanulás helyett a munka világát tűntetik fel kedvezőbb fényben. Ebben

nagy motiváló ereje van a 16-18 évesek részére is megnyíló közfoglalkoztatásnak. Ez a jelenség újratermeli a romák körében az alacsony iskolai végzettség problémáját, és annak minden következményét: a munkaerő-piaci kirekesztettséget, a munkanélküliséget, és az alacsony jövedelmek miatt kialakuló, munka melletti szegénységet. A megkérdezettek szerint a probléma megoldásában az állam szerepe a legfontosabb.

Kulcsszavak: tankötelezettségi korhatár, korai iskolaelhagyás

Bevezetés

Meglátásom szerint a tankötelezettségi korhatár 18 évről 16 évre való leszállítása nem kavart akkora vitákat, amekkorát egy ilyen jelentőségű változásnak kavarhania illett volna. Oktatókutatók, szociológusok, illetve a gyakorlati szakemberek az oktatáspolitikai döntés idején, majd a bevezetést követően is leírták a sajtóban, hogy milyen hátrányokkal jár a korhatár leszállítása – főleg a szegregáló, kirekesztett családok gyermekei számára –, de lényegi vita nem zajlott. Nincs tudomásom arról, hogy olyan szakmai érvek hangzottak volna el, amelyek a korhatárcsökkentés pozitív oldalát mutatták volna be. Az egyetlen érv, miszerint aki nem akar tanulni, azt ne erőltessük, inkább hadd menjen dolgozni, számomra inkább politikai állásfoglalás, amely a közbeszéd tematizálására irányul. Hiszen ha ez szakmai érv lett volna, akkor ki kellett volna térnie, hogy milyen hatást gyakorol a családokra és a fiatal pályakezdekre az, hogy „saját akarata szerint” lényegében képzetlen munkaerőként kerül a nyílt munkaerő-piacra. Milyen perspektívák tárulnak a lemorzsolódók elé, és ezen perspektívák közül melyek azok, amelyek a társadalmilag elfogadott és megbecsült élethez vezetnek. Hogyan hat a gazdaságra az, hogy nyílik egy könnyű út a korai pénzkeresés felé – melyre a nyomorgóknak objektíve nagy szükségük van –, és ezért mind jobban csökken a gazdaság működéséhez és fejlődéséhez szükséges képzettség megszerzésére irányuló motiváció.

Léteznek persze a tudományos és szakmai fórumokon el nem hangzó, bizalmas körben megfogalmazott érvek is. A többször bukott, túlkoros tanulókkal hiábavalóan küszködő pedagógusok panasza. Az iskolába be nem illeszkedő, deviáns gyerekekkel nem bíró gyermekjóléti családgondozók, gyámügyi ügyintézők sarkos véleménye. Azt azonban nem tudom, hogy ezek a napi, gyakorlati tapasztalon és kudarcokon alapuló vélemények mennyire lehetnek vitaképesek a fentebb említett helyzetben. Vajon a forráshiányos szakmákban dolgozók küszködése mennyire rendszerhiba, vagy mennyiben az egyén hibája – legyen az szakember, vagy diák, szülő, ügyfél –, és bármelyik hiba esetében adekvát válasz lehet-e a javításra a tankötelezettségi korhatár leszállítása. Egyáltalán: megoldott-e bármilyen problémát is ez a döntés?

Munkám során naponta kerülök kapcsolatba roma családokkal, sorsukat évek óta figyelemmel kísérem, ugyanis 2008 óta szociális ügyintézőként dolgozom egy alföldi nagyközség közigazgatási területén. A Kormány 105/2015. (IV. 23.) Korm. rendelete rendelkezik a hátrányos helyzetű települések besorolásáról és a besorolás feltételrendszeréről – eszerint a településem halmozottan hátrányos helyzetű. Településemet azért nem azonosítom be pontosabban, mert a kutatásom szempontjából sem a neve, sem egyéb jellegzetessége nem lényeges – úgy gondolom, a kvalitatív módszerrel gyűjtött adataimat az ország bármely pontján gyűjthettem volna, ahol a kérdéses probléma előfordul, jellemző.

Az eljárások során betekintést nyerek ügyfeleim jövedelmi és vagyoni helyzetébe, ezen kívül előtérbe kerül a gyermek tanulói jogviszonya, esetenként a szülők iskolai végzettsége és a lakáskörülmények is, ezzel egy szélesebb látókört adva a családok életére.

Utóbbi években egyre gyakrabban tapasztalom a korai iskolaelhagyást, a korai gyermekvállalást, az iskoláztatási támogatás jelentős számú felfüggesztését a hátrányos helyzetű, elsősorban – sőt, szinte kizárólag – roma tanulók esetében. De nem csak a dokumentumok árulkodóak; sokat beszélgetek a szülőkkel is. Azt tapasztalom, hogy a gyermek iskoláztatása, előrehaladása nem kap kellő szerepet az életükben, annak ellenére, hogy elmondják: „*Kell egy iskolai végzettség.*” De gyakran hallom a „*Nem akar iskolába menni, minnek erőltessem? - már nem tanköteles.*” és a „*Ha nem akar tanulni, akkor menjen dolgozni, én nem tudom eltartani.*” mondatokat is. Ezek a munkahelyi tapasztalataim tettek motiválttá abban, hogy megvizsgáljam a tankötelezettségi korhatár leszállításának hatásait.

Magyarországon a jelenleg hatályos rendelkezések szerint a tankötelezettség annak a tanévnek a végéig tart, amelyben a tanuló a tizenhatodik életévét betölti. A rendelkezés a közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény 2012. szeptember 1-jétől hatályos állapota szerint érvényes, melynek értelmében a korábbi, 18. életév betöltéséig szóló tankötelezettségi rendelkezés helyett, a tanulók 16. életévük betöltése után legalísan hagyhatják el az iskolapadot. Úgy gondolom, hogy e rendelkezés hatásaival a roma tanulók esetében külön érdemes foglalkozni. Ez természetesen nem azt jelenti, hogy a nem roma tanulóknál nem fordul elő korai iskolaelhagyás, hiányzás stb., ugyanakkor minden olyan jelenséggel kapcsolatban feltárhatóak az etnikai dimenziók, amelyek az etnikai háttérű szegénység kialakulásának következményeképpen jöttek létre.

Kutatásom során az a kérdés foglalkoztatott, hogy vajon létezik-e valamiféle – legalább szakmai szinten értelmezhető – nyeresége a korhatár leszállításának. És ha létezik efféle nyereség, abból ki részesül leginkább?

Ennek érdekében megpróbáltam 16 éves tankötelezettségi korhatár hatásait feltárni: milyen pozitív, milyen negatív hatásai vannak, és mi az, amit nem érintett ez a rendelkezés. A szakirodalom kritikai észrevételei mentén különös fi-

gyelmet fordítottam a tankötelezettségi korhatár leszállításának a roma tanulók tanulási motivációjára, valamint a korai iskolaelhagyásra és a lemorzsolódásra gyakorolt hatására.

Tanulmányom első szakaszában kitérek a szegénység etnicizálódására, annak okait pedig elsősorban a kirekesztésben keresem. Ezt követően röviden bemutatom a hazai cigányság élethelyzetének azon jellemzőit, amelyek befolyást gyakorolnak a tanulmányi sikerességre, beilleszkedésre, motivációra. Az interjú módszeren alapuló terepkutatás eredményeit az interjúk kettős fókusz mentén ismertetem: elsőként azt mutatom be, hogy a megkérdezettek szerint melyek a 16 éves tankötelezettségi korhatár pozitív és negatív hatásai, másodsorban pedig arra koncentrálok, hogy mit gondolnak az interjúalanyok, milyen módszerekkel lenne orvosolható, vagy legalábbis enyhíthető a tanulók lemorzsolódása, a képzetlenek iskolaelhagyása.

A szegénység etnicizálódása

Az etnikai szegénység kialakulásának hátterében minden esetben olyan társadalmi környezet áll, amely eltérően reagál, megkülönböztető módon működik a különböző etnikumok esetében. A diszkriminatív viselkedés egészen mélyen áthathatja a társadalmat, amely jóval túlmutat azon, hogy egy munkáltató kinek ad munkát, és kinek nem. A kirekesztés beleivódik a mindennapi nyelvhasználatba, a fogalmakba, és ezáltal mindenbe, amelyet az egyének ezen a nyelven leírnak vagy elgondolnak, ezen fogalmak által definiálnak (Hüse, 2008, 2013; Hüse et al., 2014). Létrejön egy mindent átható kettős mérce, amely másképpen méri a többségi társadalom tagjait, és másképpen az etnikai kisebbséget, sőt, ez a kettős mérce elkezd másképpen mérni a közintézményeket is, mint amilyen az iskolarendszer, attól függően, hogy a többség vagy a kisebbség szempontjából nézünk rá (Hüse, 2011).

Különösen nagy hatóerővel zajlik a kirekesztődés, ha az etnikai szegregációnak történelmi gyökerei is vannak. A romák lakókörnyezetére, lakhatására történelmük során a szegregált körülmények, a kirekesztés volt jellemző. E témák kutatásai szorosan összefüggenek a romák egy-egy településen belüli térbeli elhelyezkedése és a cigánytelepek felszámolása problémaköreivel (Fehér és Virág, 2014). Kemény 1971-es kutatásának tapasztalatai szerint a cigány népesség kétharmada szegregált körülmények között, jellemzően hagyományos telepeken, települések szélén vagy külterületen, de minden esetben a fálvaktól elszigetelten élt (kemény, 1976). Az ezredfordulóra a cigány népesség kétharmada többségében cigányok lakta településrészekén élt. Mindeközben megváltoztak a térbeli kirekesztés formái: míg a hatvanas években a cigány családok többsége a

településeken kívül elhelyezkedő telepeken élt, a nyolcvanas évekre megjelentek az „elcigányosodó” aprófalvak (Havas, 1999; Ladányi és Szelényi, 2004), a városi romák pedig többnyire alacsony státuszú, leromló, slumosodó lakónegyedekbe tömörültek (Ambrus, 1988; Ladányi, 1989; Solt, 1998). A szegregált körülmények mellett fontos tényező a lakóépületek jellege, az infrastrukturális ellátottság. 2004-ben a magyarországi cigányság alig kevesebb, mint ötöde (17,5 %) szükséglakásban vagy szükségépületben, illetve eredetileg nem lakás céljára szolgáló épületben lakott, közel hetven százalékuk falusias, önálló, egyúttal lakás céljára épületben él. A szükséglakások komfort nélkülinek minősülnek, amely a fürdő és WC helyiség, és jellemzően a közművesítettség hiányát jelzi. Az ilyen lakásban élők az ivóvizet jó esetben az ingatlanok udvaráról, rosszabb esetben a közfolyóból nyerik. A villamos energiával való ellátottság az egyetlen olyan tényező, amely viszonylag magas százalékban állt rendelkezésre 2004-ben, de a háztartások 1,4 % -a nem rendelkezett vele. (BABUSIK, 2004). Napjainkra a leszakadó kistérségek roma lakossága a teljes kilátástalanságban él (Hüse, Szoboszlai és Gurály, 2015).

A földrajzi és települési elkülönülés mellett – amely a nyomor látványos zárványait hozza létre – egyéb társadalmi mutatókban is tetten érhető az etnikai szegregálódás. A cigány népesség közel kétharmada a jövedelmi rangsor legalsó tizedébe, mintegy 80%-a az alsó két jövedelmi tizedbe sorolható. A roma háztartások jelentős részének az állami transferekre és egyéb szociális juttatásokon kívül nincsen állandó jövedelme (Pásztor és Pénzes, 2012). A juttatások közül is háztartás jövedelmének jelentős hányadát a gyermekneveléshez kapcsolódó ellátások jelentik. Ez azt jelenti, hogy az elméletileg koncepcióra csak kiegészítő jellegű ellátások a gyermeknevelés többletköltségeinek viselése helyett, a család megélhetésének fő forrásául szolgálnak (Janky, 2004). A halmozódó mélyszegénység pedig alternatív jövedelemforrások, sokszor pedig illegális tevékenységek, valamint kriminalitás megjelenését eredményezi (Fábián, Szoboszlai és Hüse, 2011, 2012; Hüse, Fábián és Szoboszlai, 2013; Hüse, Szoboszlai és Fábián, 2006; Szuhay, 1999). Újabbban a jövedelmi helyzet tűnik a lakóhelyi szegregálódás legfontosabb összetevőjének, amely területileg és komplexitásban egyaránt kiterjedt szociális problémákhoz vezet.

Az iskolai leszakadás és a motiváció

A rendszerváltást követően nyilvánvalóvá vált, hogy a hazai iskolarendszer nem képes megbirkózni az új helyzettel, és a romák gyorsan kiszorulnak a munkaerőpiacról annak ellenére, hogy az alsóbb szinteken az iskolázottsági mutatóik javulnak. Bár a cigány gyermekek minden korábbinál jelentősen nagyobb arány-

ban lépnek be az oktatási rendszerbe, és minden korábbinál tovább bent is maradnak, de romák által tömegével elért oktatási szintek munkaerő-piaci értéke lényegében eltűnt, szinte semmi társadalmi haszna nem mutatható ki, ezzel párhuzamosan rendkívül mértékben megnőtt a társadalmi kockázata annak, ha valaki nem végzi el ezt a devalválódott iskolafokozatot, azaz az általános iskolát (Nagy, 2002).

A rendszerváltás első éveit követően megfigyelték, hogy a roma családok életében inkább a gyakorlati ismeretek átadása került előtérbe. Ez a fajta értékrend nem becsüli nagyra az iskolai típusú tudást, ezáltal ez a fajta tudás nem jelenik meg célként, és eszközként sem, amivel bármilyen célt el lehet érni. Az iskolai tanulás nincs jelen pozitív értéknek a családokban, mert a szülők nem bíznak abban, hogy az iskolai tanulásba történő befektetés megtérülne (Girán és Kardos, 1997). A roma tanulók többsége sikertelen a magyar iskolarendszerben, a kötelező oktatás által kínált lehetőségeket a roma a társadalom nem tudja kiaknázni (Polónyi, 2002). Az iskolai teljesítménykülönbségek több tényező együttes meglétére vezethetőek vissza: szülők alacsony iskolai végzettsége, szegény életkörülmények, a munkapiacról történő kiszorulás és az ebből fakadó további hátrányok. (Kertesi és Kézdi, 2012). Pedig az iskolázottság fontossága nem vitatható: munkalehetőséget, magasabb keresetet, a család és életforma stabilitását, magasabb várható életkort, a politikai érdekek jobb képviselését, a diszkrimináció leghatásosabb ellenszerét jelenti. A tudatlanság lényegében hatalomnélküliség, s mindaz, ami ezzel együtt jár: munkanélküliség és alacsony kereset, szegénység és kiszolgáltatottság, széthulló család és rossz egészségi állapot, korai halál, a politikai érdekképviselés hiánya, diszkrimináció (Kertesi, 1995).

Az iskolai sikeresség kulcsfontosságú meghatározója a tanulási motiváció (Nagy, 2000). A tanulás eredményessége a tanulási motívumrendszer fejlettségétől függ, a tanulási képességek „csak” a tanulás hatékonyságát befolyásolják. A motívumok és képességek fejlődése szorosan egymásba fonódik, egymást segíti, és valószínűsíthető, hogy a motívumok az intelligenciánál szorosabb kapcsolatban állnak a készségfejlődés ütemével, gyorsaságával (Józsa, 2006). Természetesen a roma gyermekek iskolai kudarcai nem vezethetőek vissza egyetlen problémára. Az okok egymással összefüggő halmazáról van szó, mint amilyen az eltérő családi szocializáció, a nyelvi hátrány, az előítéletek és a szegregáció, de ezek elemei leginkább a tanulási motiváción keresztül fejtik ki hatásukat (Fejes, 2005).

A szülők iskolázottsága és az iskolai motiváltság között szoros összefüggéseket találunk. A gyerekek általában ugyanazt a szintet vagy egy iskolázottsági fokkal többet szeretnének elérni, mint amivel a szülők rendelkeznek, mondhatni a gyermek ambíciója leképezi a szülők meglévő végzettségét (Kende, 2001). Forray és Hegedűs szerzőpáros szerint a tanulásban - a szülők iskola végzettsé-

généel - erősebb motiváló erő a család polgári életbe való beilleszkedése, és ez inkább az otthon lévő könyvek számával, és az apák munkahelyi integrációjával áll kapcsolatban (Forray és Hegedűs, 1998). Egy, telepszerű körülmények között élő romák körében végzett kutatás során bebizonyosodott, hogy eltérő mértékben ugyan, a tanulási motivációkra pozitív hatást gyakorol a szülői háttér szerepe (mennyire tartják fontosnak az iskolát, mennyire figyelnek gyermekeikre), a vallásosság és a gyerekek jövőképe, ezen belül is a belső értékek dominanciája az anyagi értékekkel szemben (hüse, 2015).

Egy gyermek tanulási motívumrendszere életkorával együtt változik. A motívumrendszer fejlődését kisiskoláskorban elsősorban a pedagógushoz fűződő viszony és a közösséghez viszonyított eredményesség befolyásolja, majd az életkor előrehaladtával a motiváció csökkenő tendenciát mutat és a belső késztetés helyett inkább az elismerésért, a tanulás gyakorlati hasznáért tanulnak a gyerekek. Ezek a külső befolyásoló hatások a roma tanulók esetében hiányoznak, ahogy a serdülőkorban egyre meghatározóbb tanulással társítható jövőkép is (Józsa, 2002). Ennek oka az, hogy a roma családok életstratégiáiban a megszerzhető tudás értéke alacsony, és a munkanélküliség hatására még inkább leértékelődött. Ezen a szocializációs okon kívül a tanulási motivátlanság másik fő okaként említik az iskola falain belül elszenvedett sorozatos kudarcok hatását, az idegenség élményét, melyek következtében fordul el a cigány diák a tanulástól (kende, 2001).

Az iskolai lemaradások okait vizsgálva három olyan társadalmi mechanizmus azonosítható egyértelműen, amely statisztikailag nagy valószínűséggel, okságilag jól indokolható módon alacsony teljesítményhez vezet. Minden egyéb tényező változatlansága esetén, gyengébb iskolai teljesítményt nyújtanak azok a gyerekek:

- akiknek az átlagosnál rosszabb az egészségi állapota,
- akik otthoni-családi környezetükön belül kevésbé férnek hozzá a készségeik fejlődéséhez fontos erőforrásokhoz és tevékenységekhez, illetve
- akik az iskolai pályafutásuk során nem jutnak hozzá a minőségi oktatási szolgáltatásokhoz és motiváló iskolai környezethez (Kertesi és Kézdi, 2012).

A rossz egészségi állapot, a koncentrálnálási képességet befolyásoló krónikus betegségek rontják a tanulási teljesítményt, ezen kívül jelentős hiányzásokhoz vezetnek. Az otthoni nevelési környezet, tevékenységek, eszközök, tárgyi környezeti feltételek, viselkedési minták jelentősen befolyásolják a gyermek kognitív fejlődését és a gyermek érzelmi stabilitásának a családi nevelési gyakorlatban gyökerező biztosítékait. Ahogy az értelmi és nyelvi fejlődést stimuláló környezeti feltételek és tevékenységek hiánya gátat szab a tanuláshoz szükséges alap-

készségek fejlődésének, úgy a család életében bármilyen oknál fogva jelenlevő stressz vagy az érzelmi támogatás hiánya is negatívan hat a készségek fejlődésére és rombolja az iskolai teljesítményt. A minőségi oktatás leginkább két dolgot jelent: hatékony és eredményes tanárokat és olyan osztálytársakat, akiktől tanulni lehet, vagy akik a tanulás szempontjából motiváló környezetet jelentenek. A tanári minőség és a kortárs csoport összetétele egymással is szorosan összefügg (Kertesi és Kézdi, 2012).

Tankötelezettség, lemorzsolódás

A tankötelezettségi korhatár felső határa jellemzően a 16. életév volt. 1996-ban - ami Európában az egész életen át tartó tanulás (lifelong learning) éve volt - határozott a magyar parlament a tankötelezettség felső korhatárának 18 évre történő emeléséről (Mártonfi, 2011). Az felmenő rendszerben történő bevezetés alapján a 2009/2010-es tanévben volt először kötelező a 18 éveseknek iskolába járniuk. E rendelkezés által Magyarország rövid időre bekerült azon kevés európai országok sorába, ahol a legmagasabb a tankötelezettség, ugyanis Európa legtöbb országában 15-16 éves korig tart a tankötelezettség (Istenes és Péceli, 2010).

A roma tanulók oktatásával összefüggő kérdések – így a tankötelezettség teljesítése is - évek óta napirenden vannak. Az irodalmak a romák és a többség közötti kulturális szakadékról, az alacsony teljesítményről, a lemorzsolódásról, és a felzárkóztatás nehézségeiről szólnak. A tankötelezettség teljesítésével kapcsolatos nehézségek kiemelt színtere a középiskola. Jellemzően az iskolai végzettséget adó állomás falai között érik el a tanulók tankötelezettségi koruk felső határát. A középiskola – mind a tankötelezettség, mind a tanulás iránti motiváció vizsgálatok szempontjából – kiemelt helyszíne a kutatásoknak.

A roma és nem roma tanulók továbbtanulási esélyei az átlaghoz képest rosszabbak, és drámai különbség van abban is, hogy hány éves korban fejezik be az iskolát, illetve abban, hogy befejezik e egyáltalán (Babusik, 2003). A továbbtanulás helyszínének megválasztásában a legszembetűnőbb a különbség, a roma tanulók többsége szakiskolában szeretne továbbtanulni (Kiss és Gordos, 2003). Mártonfiék tankötelezettséggel kapcsolatos kutatásának helyszíne is a szakiskolák, illetve a speciális szakiskolák voltak, ő úgy fogalmazott, hogy főként ezekben az iskolákban tanultak a gyengébb adottságú, többségükben komoly szociális hátrányokkal küzdő, nagy arányban roma származású diákok. A kutatás a tankötelezettség teljesítésével, teljesíthetőségével kapcsolatos gondolkodásra fókuszált mind a diákok, mind az iskolaigazgatók részéről. Az eredmények szerint a tanulók (speciális szakiskolai tanulók 31 százaléka, szakiskolai tanulók 21 százaléka) jelentős százaléka korábban komolyan gondolt már arra, hogy végzés

előtt megszakítja tanulmányait. A szülők 17, illetve nyolc százaléka preferált volna egy ilyen döntést, és ilyenkor – nagyjából az esetek felében (nyolc, illetve öt százalékban) – a diák is hajlott erre, és mégis eljutott a szakmunkásvizsgáig. Ezek magas arálynak számítanak, hiszen a lemorzsolódott diákok számán felül értendők. A sikeres befejezésben komoly szerepet tölt be az oktatás minősége, a pedagógusok munkája, de emellett szerepe volt a tankötelezettség jogi kényszerének is, amely hozzásegítette e fiatalokat – egy korosztályban jóval több, mint ezer tanulóval van szó – a szakmaszerzéshez. A felmérés szerint a végzős szakmunkások legalább 15-25 százalékánál nagyon komoly kockázata volt a korai lemorzsolódásnak (Mártonfi, 2011).

A 2001. évi népszámlálási adatok szerint – a 16 éves tankötelezettségi korhatár mellett - 16 éves életkorig szinte mindenki tanul, míg 17 éves kortól kezdve ugrásszerűen megnő azoknak az aránya, akik középfokú végzettség nélkül kilépnek a nappali tagozatos oktatásból. Jelentős eltérések figyelhetők meg az iskolázatlan szülők gyerekei között is iskolai pályafutásukban attól függően, hogy roma vagy nem roma tanulókról van-e szó. Bár a roma fiatal korcsoportokban 2000 és 2008 között dinamikusan növekedett a roma tanulók iskolázottsága, de iskolázási lemaradásuk a felzárkózás ellenére is óriási maradt. Külön vizsgálva a roma és nem roma népességet jól látható, hogy a romák között különösen sokan vannak azok, akik csak a tankötelezettségi korhatár eléréséig tanulnak. Érdemes megjegyezni, hogy a korai iskolaelhagyók aránya a nem roma népességben is megnő a tankötelezettségi kor elérése után, bár kisebb mértékben, mint a romák esetében (Hermann és Varga, 2012).

A cigány családok életében a gyermek továbbtanulásának anyagi vonzatai igen lényegesek. A mindennapi anyagi gondok, a túlélés mellett a gyermek képzésének fontossága eltűnik, vagy másodlagossá válik (Forray, 1997), ezért az átlagosnál hamarabb elvárják, hogy az utódok segítsenek a családfenntartásban (Fejes, 2005). A középiskolás korú roma gyerekek a tradíciók szerint már családalapításra érettnak számítanak (Liskó, 2002). Ezekkel a mintákkal, modellekkel, magatartási módokkal azonosulnak. Ha a magasabb szintű iskolázás neki „túl sok vagy túl jó vagy bizonytalan/ismeretlen”, akkor saját döntését ennek a folyamatnak az eredményeként úgy hozza meg, hogy beilleszkedjék a szocializációs környezetének elvárásaiba. Ebből következik, hogy elhagyja az iskolát, lemorzsolódik (Forray és Pálmayné, 2010).

A korai iskolaelhagyás mutatója Magyarországon 2010-ig lassú ütemben csökkent 10,5%-ra, majd 2010-2012-ig ismét növekedés volt tapasztalható. Területi elosztást tekintve, az Észak-Alföld és Észak-Magyarországi régió van a korai iskolaelhagyás tekintetében legkedvezőtlenebb helyzetben (Mártonfi, 2013a).

Az iskolai lemorzsolódáshoz különböző egyéni okok vezetnek. A szociológiai vizsgálatok, felmérések a „valós okokat” kevéssé, de azt tudják mérni, hogy az iskolák igazgatói mely tényezőket tartják a lemorzsolódás legfőbb okainak. Ezek sorrendben:

1. A tanulók gyenge tanulási motivációja
2. A sok hiányzás
3. A tanulók gyenge felkészültsége
4. A tanulók gyenge képességei
5. A tanulók rossz szociális háttere
6. Magatartási problémák
7. A tanárok nem megfelelő módszertani felkészültsége
8. A tanárok nem megfelelő motivációja
9. A tanárok nem megfelelő szakmai felkészültsége (Fehérvári, 2008).

Fontos megjegyezni, hogy a kvalitatív módszerrel végzett vizsgálatok hangsúlyozzák, hogy bár a lemorzsolódás kifejezés egy egyszeri eseményre utal, az kifejezetten folyamat jellegű, és bár a történetek tipizálhatók, minden lemorzsolódási történet egyedi, és egyedi beavatkozást is igényel, igényelt volna. A fenti és további tényezők nagyon gyakran együtt, egymást felerősítve viszik egy olyan pályára a fiatalot, amely a program, esetleg az iskola otthagytához vezet. Két konkrét jelző eszközt viszont könnyű azonosítani, amely a közelgő lemorzsolódás veszélyére figyelmeztet:

1. Az igazolatlan *hiányzás* mértéke. Ez korán figyelmezteti az iskolát és a szakembereket, hogy beavatkozás nélkül nagy eséllyel kimarad a diák. Az igazolatlan hiányzás mögötti okok azonban sokfélék lehetnek, maga a hiányzás csak tünet.
2. Az általános iskolai *évisméltés*. Aki az általános iskolában megbukott, az a tankötelezettség miatt még általában beiratkozik ugyan a szakiskolába, de legalább 70%-os eséllyel nem jut el a szakmunkásvizsgáig (Mártonfi, 2013b).

Kertesi és Kézdi (2010) szerzőpáros szerint a roma kisebbséghez tartozó fiatalok körében a lemorzsolódási mutató kiemelkedően magas: csupán 22 százaléka fejezi be felső középfokú tanulmányait. A legnagyobb lemorzsolódás a szakiskolákban tapasztalható, ahol többnyire a roma tanulók tanulnak. Az állam ezért lemorzsolódás megelőzésére tett intézkedéseiben is főként a szakiskolákat célozza meg.

Az állam különböző eszközökkel igyekszik csökkenteni a lemorzsolódást, a korai iskolaelhagyást. Az intézkedések különösen a középiskolákat, azon belül is a szakiskolákat célozzák meg, hiszen utóbbi a lemorzsolódás legjelentősebb

színtere. A lemorzsolódás hátterében tehát több tényező együttes fennállása is húzódnak, ezért a probléma komplex – több oldalról történő – megoldása hozhat jelentős eredményt. Az intézkedések többnyire az előbbieken ismertetett két tényezőre (igazolatlan hiányzás, évismétlés) irányulnak, és alapvetően két kategóriába sorolhatóak:

1. Szankciók: az iskoláztatási támogatás felfüggesztése; tankötelezettség megszegése esetén szabálysértési eljárás
2. Ösztönző kedvezmények, juttatások: Integrációs Pedagógiai Rendszer (IPR); Arany János Tehetséggondozó Program, Arany János Kollégiumi Program és Arany János Kollégiumi- Szakiskolai Program; Útravaló – MACIKA ösztöndíj program; szakiskolai ösztöndíj program; szakiskolákban tanulók tanulói szerződése; köznevelési Hídprogramok; felnőttképzés lehetősége; családi adókedvezmény.

Az általam a gyakorlatban észlelt helyzet erős kételyeket ébreszt bennem, hogy vajon ez a szankcionáló-ösztönző rendszer képes-e ellensúlyozni azokat a negatív hatásokat, amelyek eddig is sikeresen gátolták a roma tanulók iskolai sikerességét, és amelyek – számomra úgy tűnik –, a tankötelezettségi korhatár leszállításával még erősebb befolyást gyakorolnak. Ugyanakkor nem kétlem, hogy saját személyes tapasztalataim érvénye nem terjedhet túl a saját szakmai munkámon, ezért igyekeztem a témában érintett teljes szakmai környezet tapasztalatait összegyűjteni a kutatómunkám során.

Anyag és módszer

Kutatói kérdésem megválaszolására a következő négy területen végeztem interjú adatgyűjtést: oktatás, segítő tevékenység, hatóság, szülők. Az oktatás területről egy általános iskolai és két szakiskolai igazgató segítette tapasztalataival a munkámat. Három családgondozó képviselte a segítő szakmát, a hatóság részéről pedig egy gyámhatósági, egy munkaügyi és egy szabálysértési ügyintéző vett részt a kutatásban. A szülők részéről három roma származású szülőt (két édesanya, egy édesapa) segített az adatgyűjtésben.

Az interjúim két fő kérdés mentén zajlottak: az egyik a tankötelezettségi korhatár hatásaira, a másik a felmerülő problémák megoldási javaslataira fókuszált. Az beszélgetések természetesen terület specifikus kérdésekkel bővültek ki. A 16 éves tankötelezettségi korhatár azokat érinti először, akik a 2012/2013-as tanévben kezdik középiskolai tanulmányaikat. Ebből kifolyólag két teljes tanév, és egy fél tanév statisztikai adatai, illetve tapasztalatai álltak rendelkezésemre.

A tankötelezettségi korhatár pozitív és negatív hatása az iskolaigazgatók szerint

A megkérdezett igazgatók készséggel álltak rendelkezésemre. Kutatási helyszíneim közül csak az általános iskolában volt megállapítható a roma tanulók valós aránya (98 %), ugyanis minden szülő nyilatkozott erről a délutáni tehetséggondozó, felzárkóztató, fejlesztő foglalkozásokban történő részvétel miatt. A szakiskolákban csak bizonyos lemorzsolódás megelőzését szolgáló programokban nyilatkoznak a tanulók roma származásukról, miáltal kevés tanuló kerül be ezekbe a programokba, ez a szám nagyon minimális. Az igazgatók véleménye szerint a két szakiskola tanulóinak 60-60 %-a roma származású, ezt a körülbelüli arányt a tanulók lakóhelyi környezete és nyilvánvaló rasszjegyek alapján állapították meg. Az interjúalanyaim gyakran hivatkoztak a hátrányos és halmozottan hátrányos helyzetű tanulókra, az utóbbi kategóriába tartozó tanulók jelentős százaléka roma származású.

A megkérdezett pedagógusok ugyanazt látták a rendelkezés fő pozitív hatásának: **Nem kell azokat a gyerekeket az iskola falai között tartani, akik nem akarnak tanulni.** Több gyerek számára ez kényszer volt, ami magával hozta a rengeteg hiányzást, a deviáns magatartást, mellyel zavarták a tanulni vágyókat. *„Nagyon nehéz egy olyan gyereket tanítani, aki nem akar tanulni, és folyamatosan csak zavarja az órákat, agresszív, elszökik, abszolút motiválatlan.”* (általános iskolai igazgató) Ezt a rendelkezést statisztikai és a tanítási morál szempontjából is jónak találják. *„Amíg 18 év volt a tankötelezettségi korhatár gyakran előfordult, hogy a gyermek a 9. évfolyamon töltötte mind a négy évet, és a szakma megszerzése nélkül került ki az oktatási rendszerből.”* (szakiskolai igazgató)

Pozitív hatásként említették az igazgatók, különösen a két szakiskolai igazgató a **magántanulói státuszok csökkenését.** *„A 18 éves tankötelezettség idején 34 magántanulója volt az iskolának, ezek azért voltak, mert nem találtunk más megoldást arra, hogy a gyerek nem akar iskolába járni, de ne kelljen a szülőt megbüntetni stb. Kérte a szülő, mert tehetetlen volt már, a családsegítő javaslatával magántanuló lett. Ezt lemorzsolódásnak tekintem, mert ezek a gyerekek nem tudnak önállóan otthon felkészülni, nem is tudtak levizsgázni, ugyanúgy ott van az utcán, hivatalosan pedig az iskolában.”* (szakiskolai igazgató)

A rendelkezés negatív hatása, hogy **hozzájárul a lemorzsolódáshoz.** Mindannyian egyetértettek azzal, hogy a tankötelezettségi korhatár szoros összefüggésben áll ezzel a jelenséggel, különösen a roma származású tanulók esetében. Ezt az összefüggést viszont máshogyan értelmezték. Kétféle megközelítést tapasztaltam:

1. A lemorzsolódási arány főmutatója a 16. életév betöltése utáni iskolaelhagyások száma, tehát azok, akik a végzettség megszerzése előtt hagyják el az iskolát. Ebből a szempontból jelentős a korai iskolaelhagyók számának növekedése. *„Amíg 18 év volt a tankötelezettség, valamilyen módon az iskolában tudtuk tartani a gyerekek bizonyos részét, most a tankötelezettség lejártakor azok a gyerekek is kiiratkoznak, akik egyébként kis ráhatással szakmát szereztek volna, így nagyon sok olyan embere lesz a társadalomnak, akik ugyan többre képesek, mégis 8 általános iskolai végzettséget tudnak csak felmutatni.”* (szakiskolai igazgató)
2. A másik megközelítés szerint a lemorzsolódást több szempontból kell vizsgálni: *„Ha azt nézem meg, hogy a 9. évfolyamra belépők közül hány jut el a szakmai vizsga megszerzéséig, akkor nem nőtt a tankötelezettségi korhatár változása miatt a lemorzsolódás. Ha azt nézem, hogy a 9. évfolyamon hányan maradnak ki, akkor igen. Én lemorzsolódásnak érzem azt is, ha a gyermeket az iskola falain belül tartjuk, de iskolai végzettségben nem tud előrébb lépni, tehát ugyanúgy általános iskolai végzettséggel hagyja el a középiskolát.”* (szakiskolai igazgató)

Jelentős tehát azoknak a száma, akik 16. életévük betöltése után elhagyják az iskolát. A szakmai végzettséget megszerzők számát tekintve viszont nem jelentős a csökkenés, ami azt jelenti, hogy **a 18 éves tankötelezettség hatályakor is sok volt a sikertelenül végzők száma**, illetve, hogy a **korai iskolaelhagyás legfőbb okának** nem a tankötelezettségi korhatárt tekintik. Az válaszokat összevetve az okok az alábbiak szerint rangsorolhatóak:

1. **A tanulás iránti motiválatlanság:** A szülők jellemzően alacsony iskolai végzettségűek, nem prezentálják gyermekeik felé a tanulás fontosságát, értékét. Nagyon kevés, vagy egyáltalán nincs pozitív példa előttük, de ide tartozik a szülői felelőtlenség is. A motiválatlanságból adódnak az igazolatlan hiányzások, és a sikertelen tanévek is.
2. **A szegénység, életkörülmények, a munkanélküliség:** Gyakori probléma, hogy nem tud buszbérletet venni a szülő, de beszámoltak olyan esetről is, amikor nem volt a gyermeknek cipője, amiben iskolába mehetett volna. *„Van olyan gyermek, aki egész nap nem eszik semmit.”* (szakiskolai igazgató) A gyermek látja, hogy nagy a munkanélküliség, nem látja az értelmét a tanulásnak. *„Apám sem tud elhelyezkedni, hiába van szakmája.”* (szakiskolai igazgató idézi a tanulót)
3. **Tankötelezettségi korhatár:** A tanulás iránt motiválatlan gyermek legális lehetősége iskolaelhagyásra a befejezés előtt. *„...ha megengedjük azt, hogy 16 éves koruktól ne tanuljanak ezek a gyerekek és 16 éves korukig szakmát nem szereznek, meg lehet nézni, akár településszinten is, hogy milyen vég-*

zetség összetétel lesz, milyenek lesznek a felnőttek és mennyiben segíti elő a későbbi munkanélküliség emelkedését is. Siralmas lesz a helyzet.” (általános iskolai pedagógus)

A felsorolt három ok mindegyikéhez besorolható a **korai gyermekvállalás problémája**. A pedagógusok ezt a problémát mind a tanulási iránti motiválatlanság (szülői példa), mind a szegénység, mind a tankötelezettségi korhatárral kapcsolatban megemlítették. Fontos, hogy a gyermekvállalás egyfajta menekülő út azoknak a lányoknak, akik nem akarnak tanulni. „...nem mondom, hogy nem találkoztam olyannal, akinek ez egy menekülés volt, hogy ne kelljen iskolába járni, már öt-hat hetesen beadták a magántanuló kérelmet.” (szakiskolai igazgató).

Ez a probléma különösen fajsúlyos a három éves képzésre áttérő szakképző iskolák esetén, miáltal a szakmai tárgyakat elkezdték 9. évfolyamon oktatni. Ez azt jelenti, hogy a gyakorlati oktatás megkezdődik, amelyen a szakképzési törvény értelmében kötelező a részvétel. A magántanulói státusz a köznevelési törvény értelmében viszont minden óra alóli mentesítést jelent, az így kialakuló joghézag értelmében magántanulóként is részt kell venni a gyakorlati órákon. „Ha ilyen feltételek mellett visszaállítanák a 18 éves tankötelezettségi korhatárt, akkor egyszerűen nem tudom, hogy ezt a problémát hogyan kezelnék, most sem tudjuk kezelni 9. évfolyamon, elég sok terhes kislányunk van, nem lehet magántanuló, a roma lányok pedig nem vállalják be, hogy terhesen járjanak iskolába, ha megszülnék, pedig azért nem vállalják be, mert bár lenne, aki vigyázzon a csecsemőre, de mindig találnak kifogást. Az a jellemző, hogy megtudja, hogy terhes és megjelenik a szülővel együtt. Ilyenkor legalább ott a lehetőség, hogy megszüntetethető a tanulói jogviszony. Utána visszajöhetne, ha fontos lenne neki, hogy szakmát tanuljon, de nem fontos neki.” (szakiskolai igazgató)

A lemorzsolódás megakadályozásának lehetőségei

A megkérdezett igazgatók szerint a legfontosabb a **tanulás, mint érték közvetítése** lenne. Ez a legnehezebb feladat, mert ennek a gyermek szocializációja során kellene kialakulni a szülői minta alapján, de a roma gyerekeknél ez a minta jellemzően hiányzik. Hiába közvetíti a tanulás fontosságát az iskola, ha otthon ennek az ellenkezőjét tapasztalja a gyermek. A lemorzsolódás megelőzését szolgáló programok (pl. ösztöndíjprogramok) a pedagógusok szerint ebből a szempontból sikertelenek: a tanulás, mint érték nem alakul ki a gyermekben, és a gyermek taníttatása, mint kötelezettség sem erősödik a szülőben. Mindennek

ellenére fontosnak találják az ösztöndíjprogramokat, mivel ezek a családok nehezé anyagi körülmények között élnek, és a pénz talán a legerősebb motiváló erő számukra. Az ösztöndíjért cserébe a tanulónak bizonyos minimum átlagot kell elérni, és nem hiányozhat igazolatlanul. Pozitívum, hogy a gyengébb teljesítményű tanulók részére is van pályázat, már 2,5-ös tanulmányi átlaggal is részt lehet venni. A minimum átlag feletti teljesítmény magasabb összegű támogatást jelent.

A programok legjelentősebb pozitív hatása a megkérdezettek szerint az igazolatlan hiányzások csökkenése, bár ez nem minden esetben jelenti a rendszeres iskolába járást – több esetben a szülők odafigyelnek arra, hogy orvosi igazolás legyen a hiányzott időszakra. A program tanulmányi teljesítményt növelő hatása is csekély, mivel a tanulók a minimum tanulmányi átlag tartására törekednek. További pozitív hatása, hogy mentortanár kíséri figyelemmel a tanuló iskolai útját, rendszeresen kapcsolatot tart a szülőkkel, ezáltal erősödik a szülő, pedagógus, gyermek együttműködése. A program sikerét évről évre csökkenőnek látják, ezen kívül kevés gyermek kerülhet csak be. Sok családnak az ösztöndíj a háztartás fő bevételi forrása, gyakorlatilag a gyermeknek azért kell jól tanulnia, mert ő tartja el a családot. A szülő emiatt motivált, a gyermek lelkesedése viszont előbb-utóbb alábbhagy, és ha bármi miatt elveszítik az ösztöndíjakat, a diákok teljesen feladják, és nem is tudják visszaszerezni a motivációjukat.

Bizonyos programok a feltételrendszerük miatt sikertelenek. Amennyiben a tanuló ront, és a minimum tanulmányi átlag alá esik, vagy többet hiányzik igazolatlanul a megengedettnél, elesik az ösztöndíjtól és vissza kell fizetnie az addig felvett teljes összeget. Ebben az esetben a mentortanár díjazását is vissza kell fizetni. Ez a program egyáltalán nem ösztönző hatású: *„Amikor így indul egy pályázat, nem mindenkit mer a pedagógus sem bevállalni, mert megdolgozik valamiért, amit később vissza kell fizetni.”* (általános iskolai igazgató)

Az igazgatók szerint a szülőket célszerű lenne motiválni a **bentlakásos iskolák választásában**. A gyerekek látnák a komfortos és a komfort nélküli otthoni körülmények közötti különbségeket, és ez által kialakulna bennük az igény erre, rögzülnének a higiéniai szokások, és csak hétvégén éreznék az infrastrukturális ellátottság hiányát.

Szakiskolai igazgatók támogatnák a szakiskolában egy ún. **előkészítő év bevezetését**. A 8. osztályt elvégzett tanuló nem tudja eldönteni milyen szakma lenne számára megfelelő, nincs rálátása a szakmák világára. *„Ha a tanuló a szakképző iskolában egy előkészítő évet tölthetne, felmérhetné milyen lehetőségei vannak, mit szeretne elérni, megismerkedhetne az elérhető szakmákkal, és csak ekkor kapna lehetőséget a választásra, akkor nagyobb esélyt látnék arra, hogy kitartó lenne és szakmát szerezne.”* (szakiskolai igazgató)

Az igazgatók többsége fontosnak találja a **szankciók következetes alkalmazását**, amelyek a **szülői felelősséget** közvetítik. Egyetértenek a szabálysértési eljárásokkal, amennyiben az igazolatlan hiányzás meghaladja a megengedetett.

Az iskolázatási támogatás felfüggesztésének, a szabálysértési eljárásnak, a tanuló juttatások megvonásának már hatásosnak kell lennie. Fontosnak találják, hogy legyen „elrettető” példa a szülők előtt.

A megkérdezettek mindegyike egyetértett **az iskolázatási támogatás felfüggesztése** jogintézményével: a szülő érezte, hogy kötelessége a gyermek taníttatása, és érezte a saját bőrén, hogy ennek elmulasztása milyen következményekkel jár. A jogintézmény sikerességéről már más a vélemény a szakiskolákban és az általános iskolában. A szakiskolai igazgatók elmondták, hogy ezzel is az a baj, hogy bár az igazolatlan hiányzások tekintetében pozitív hatása van, de ez nem jelent rendszeres iskolalátogatást, mert a szülő inkább szerez orvosi igazolást. *„Van olyan, aki az egész évet hiányozza. Van olyan tanuló, aki egyetlen napon sem volt még, hozza az orvosi igazolást, de ennek az az oka, hogy neveli az egyéves gyermekét”* (szakiskolai pedagógus) A szakiskolai igazgatók tapasztalata, hogy az a szülő, aki emiatt elveszíti az iskolázatási támogatást nehezen vagy egyáltalán nem szerzi vissza. Az általános iskola igazgatója inkább a visszatartó erőről számolt be, a szülők motiváltabbak és járatták a gyermeket iskolába. *„Amikor már több hónapon keresztül érzik a saját bőrükön a hiányát, onnantól kezdve már kezd fontossá válni, tehát van visszatartó ereje. Van egy tanuló, akitől kétszer megvonták, és azóta nem hiányzik, fel is nőtt valamelyest, kezd felnőtte válni és átérezni a helyzetet.”* (általános iskolai igazgató)

Meglátásom szerint az eltérő vélemények abból adódnak, hogy a középiskolás serdülőkorú roma gyermekre nehezebben tudnak már hatni a szülők, hiszen egy roma serdülő fiúgyermek már felnőttnek számít. Ezt felerősíti a lakóhely és az iskola távolsága, nincs rálátása a szülőnek a gyermekére, ezzel ellentétben az általános iskoláskorú gyermekre általában igen.

Állami szinten szükség van **munkahely-teremtésre**, mert ennek kellene lennie az ösztönző folyamat végső állomásának, ezért megy a küzdés. *„Azt kell látniuk, hogy nem hiába tanulnak, mert lesz munkájuk, de nem ez a tapasztalatuk, el is mondják, hogy xy-nak is van szakmája, kereskedőként végzett és mégis otthon van egész nap, nincs munkája. Addig, amíg nem tudunk munkahelyet biztosítani a szakmunkásképzőből kilépő fiatalok nagy részének, addig nem motiválja őket a szakma megszerzése.”* (szakiskolai igazgató)

A munka kapcsán vetődött fel a közmunka hatása, kíváncsi voltam az ezzel kapcsolatos véleményekre. Hogyan látják a gyerekek vonatkozásában a közmunkaprogramok előnyeit, hátrányát? A közmunka többnyire pozitív hatásáról számoltak be: *„Aki közmunkán van, mást vár el a gyerektől, aki tartósan közmunkán van, annak megváltozik kicsit az iskolához való hozzáállása, fontosabbá válik, hogy a gyerek jár-e, itt dolgoznak, már csak arra is jó, hogy beszaladnak megkérdezni, hogy a gyerek bejár-e, ezekkel a szülőkkel kicsit javult a kapcsolat. Csak segíti őket, hogy menjenek affelé, hogy csak munkából, pénzből kellene megélni, csak azután kellene az a lehetőség, hogy igenis, aki képes megállni a*

helyét, ki tud emelkedni a többi közül legyen végleges munkahelye, nem az hogy lejár, üldögéljél félévet és akkor hátha lesz megint valami” (szakiskolai pedagógus) Ugyanerről az általános iskolai igazgató: „A közmunka jelent valamit, de nem mindegy, hogy kényszerből dolgozik valaki, vagy azért dolgozik, mert meg szeretne élni. Gyerek, gyerekfejjel gondolkodik, ha józanon gondolkodik a szülő, és a gyerek azt látja, hogy a munka az első, akkor ez rögzül belé, és az lesz neki az etalon. A közmunka két-három éve megy, és igazából még nem rögzült, nem épült beléjük.”

A **tankötelezettségi korhatár** 18. életévre történő visszaállítása megoldás lenne a korai iskolaelhagyás mérséklésére az igazgatók szerint. Úgy gondolják, hogy a sikeres ösztöndíjprogramok, a szankciók következetes alkalmazása, a munkahelyteremtés mellett ez a rendelkezés működőképes lenne, és talán pozitívan hatna a tanulás iránti motivációra. Bár a negatív tapasztalataik miatt a 16 éves tankötelezettséget preferálják, mindannyian kiemelték, hogy nem mindegy, hogy a gyerek az utcán cselleng, vagy felügyelet alatt van, biztosítva van számára az étkezés, télen a meleg, és talán rábírható, hogy tanuljon.

Az általános iskolai igazgató hangsúlyozta a szülő-pedagógus-gyerek együttműködésének erősítését, melynek egyik eszköze a családlátogatás. Nagyon nagy hátrány, hogy nem ad lehetőséget a köznevelési törvény a **gyermek- és ifjúságvédelmi felelős alkalmazására**. Az általános iskolában korábban ő heti 40 órában csak ezt a feladatot látta el, oda tudott figyelni minden gyerekre, fel tudta tárni a rejtett problémákat, általa alakult ki a szülő és az iskola közötti bizalmi kapcsolat. Ez a feladat most ráterhelődött az egyébként is leterhelt pedagógusokra, osztályfőnökökre. *„Egy olyan intézményben ahol nem sok HHH-s és veszélyeztetett gyermek, van a pedagógusok osztályfőnökök is el tudják ezt a feladatot látni, ahol sok van, ott nem.” (általános iskolai igazgató)* Egy halmozottan hátrányos helyzetű településre **nagyobb számú segítő szakember** kellene, a családgondozók is leterheltek. *„Többet ülnek a papír mellett, mint hogy segítsenek, létszámukat meg kell emelni, hogy aktív munkát tudjanak végezni” (általános iskolai igazgató).* **Szociális munkásokra** van szükség, akiket az iskolában is alkalmaznának, mert hallják, hogy van ilyen, de ebből nem érzékelnek semmit. A szakiskolai igazgatók is egyetértenek a gyermek- és ifjúságvédelmi felelős szükségességével. A pedagógusoknak nincs erre idejük, illetve az anyagi háttere sem biztosított, mivel különböző településekről járnak a gyerekek, jelentős anyagi vonzata lenne a családlátogatásoknak. A mentortanárok a pályázati kötelezettségük révén tartják a kapcsolatot a családokkal, de ez kevés. A szakiskolák leginkább a gyermekjóléti szolgálatok közreműködésével igyekeznek fel tárni a problémákat. Sajnos gyakran azt tapasztalják, hogy semmitmondó válaszok jönnek vissza, úgy gondolják, hogy ez a kevés idő, és a létszám miatt van így. A létszámukat növelni kellene, több segítő szakember kellene, mert nagyon szükség van a munkájukra.

A tankötelezettségi korhatár pozitív és negatív hatása a segítő szakma szerint

A rendelkezés statisztikailag mérhető pozitív hatása az, hogy az iskolalátogatás problémáival kapcsolatos **jelzések száma csökkent**, de ez egyedül ennek a rendelkezésnek köszönhető, amely megszünteti az eljárási kényszert. Egyéb szempontból semmi sem változott, 16 életév alatt még mindig sok az iskolalátogatással kapcsolatos probléma.

A segítő szakemberek igen negatívan ítélik meg, hogy **sok olyan gyereket kiíratnak a szülők, akik egyébként folytatnák az iskolát.** „...most van olyan 16 éves 8. osztályos tanuló, aki menne tovább tanulni, de a szülő nem akarja, mert mire kijárja a nyolcat betölti a 16-ot és nem akarja beiskoláztatni, és a gyerek a szülő tudta nélkül kitöltötte a jelentkezési lapot.” (családgondozó) Ennek oka, hogy szülő nem tudja finanszírozni a tanítást, rábeszéli a gyereket, hogy regisztráljon a munkaügyi központban és elvárja, hogy dolgozzon, pénzt keressen. A szülők leginkább azzal érvelnek, hogy pályakezdőként rájuk nagy támogatást kapnak a munkáltatók és ezért majd alkalmazni fogják őket. A családgondozók is tapasztalják, hogy a közmunkaprogramokban erre már van lehetőség, viszont más munkáltatók nem fogják alkalmazni ezeket a gyerekeket, hiszen fiatalok, ha bármi történik a szülő felelős értük. Ez a fajta hozzáállás egyre gyakoribb, és egymást is motiválják ebben. A másik érv, amit a családok részéről tapasztalnak, hogy a munkaügyi központok által finanszírozott tanfolyamok között majd talál a gyerek olyat, ami megfelelő neki. Ez az indok ritkább, általában a gyerekek nagy részének is könnyebb, hogy nem kell iskolába járni, inkább a munkával történő pénzkeresés vonzza őket.

A tanulás iránti motivátlanságuk legfőbb oka a **negatív szülői példa, a szülői iskolázatlanság.** Nincsen semmilyen céljuk, a szakmát nem értékelik. A másik fő probléma, hogy hiába tanulnak a gyerekek, **nincsen munkalehetőség**, a gyerekek úgy nőnek fel, hogy azt látják, hogy a szülők nem dolgoznak. „Sok roma szülő dolgozna, ha lenne munka, ezt látjuk az idénymunkák során, amikor a család apraja-nagyja mozgósítva van. Sok család minden lehetőséget megragadott, hogy tudjon menni. Ez is egy pozitív példa lehet előttük, hogy azért van 50 család, aki vitte valamire, mert dolgoznak és majd a lustább is előbb-utóbb belátja, hogy ha a munka miatt egyik másik a lakását rendbe tudja tartani, nem éheznek stb... akkor én is megpróbálom.” (családgondozó)

A munka kapcsán a családsegítők közfoglalkoztatási programokkal – ismeretebb nevükön közmunkaprogramokkal – kapcsolatos véleményére is kíváncsi voltam. Annyiban tartják jónak, hogy ezáltal bekapcsolódnak a szakképzetlenek is a munka világába, de tartós megoldást nem nyújt. Nem tartják jónak azt, hogy

már 16 év után is részt lehet venni ilyen programokba, mert ez arra motiválja a szülőket, hogy kivegyék a gyereket az iskolából és beírassa közmunkára. *"A gyerekeknek 18 éves korukig az iskolában a helyük, tanulniuk kell, csak az iskolában látják a pozitív példákat, sajnos a szülőktől nem."* (családgondozó)

A 16 éves tankötelezettség negatív hatásának értékelik a családgondozók a **korai gyermekvállalást**. *"Amióta visszaállt a 16 éves tankötelezettség, annyi kisterhesünk van, ami évek óta nem volt, ez is egy megélhetési forrás, hiszen az anyukák már 16 éves koruktól megkapják a GYES-t. Azzal, hogy 16 év után nem kell tanulni, csak azt segítjük elő, hogy szülnek, családot alapítanak... ez megint nem a tanulásra ösztönzi őket, ráadásul ezek a fiatalkori kapcsolatok nem tartósak, a szülők külön mennek, a fiatal anyuka egyedül marad a gyerekekkel, ettől sérül a gyerek és így tovább, a gyerekek nincsenek felvilágosítva."* (családgondozó)

A lemorzsolódás megakadályozásának lehetőségei a szociális szakemberek szerint

A családgondozók úgy vélik, hogy elsősorban a **szülők gondolkodásmódját** kellene megváltoztatni. Erre jók lennének a klubok, csoportfoglalkozások, de ennek ellentmond, hogy a *"roma szülők részéről a látogatottság gyakorlatilag egyenlő a nullával."* Mivel a foglalkozások önkéntes részvételen alapulnak, kényszeríteni nem lehet őket. A családgondozók tapasztalata szerint csak azokon a foglalkozásokon vesznek részt, ahol pénzt vagy valami kézzel fogható dolgot kapnak. A családgondozás keretében belül tájékoztatják, felvilágosítják őket, de családot csak jelzés alapján és a jogszabályi feltételeknek megfelelően lehet gondozásba venni.

Mivel a szülőket nagyon nehéz motiválni, kimozdítani, egyedül a gyerek az, akire fókuszálni kellene az iskolában, hiszen ott kapja meg a kedvet a továbbtanulás, szakmaszerzés iránt. *"Az iskolán kívüli időszakban akár gyereket, akár szülőt bármilyen rendezvényre nem lehet kimozdítani, ez a réteg nehezen mozgatható."* (családgondozó)

A pedagógusnak kell motiválni arra, hogy tanuljon, legyen a gyerekek előtt célok. Fontosnak találják a **kis létszámú csoportokban** történő oktatást. *"A roma gyerekek ingerszegény környezetbe születnek, onnan jobbik esetben bekerül óvodába, ahol kinyílik előtte a világ, fejlesztést kap, utána bekerül az iskolába, és azért nem mindegy, hogy egy ingerszegény környezetből, egy 30 vagy 16 fős kis létszámú osztályba kerül, mert ott többet lehetne velük foglalkozni, kis létszámú csoportban, és erre már nincs erre lehetőség mostanában."*

Több **gyakorlati oktatásra** lenne szükség az általános iskolában, hogy megismerkedjenek a gyerekek a főzéssel, kerti munkákkal stb. A korai gyermekváltalás miatt több felvilágosító órára lenne szükség. Ezen kívül a további tanulás iránti motivációjukat kell erősíteni, több tájékoztató órával, előadásokkal. *„Mi is szerveztünk már több alkalommal prevenció előadásokat a gyerekeknek, de rengeteg a gondozott családunk, és ere egyre kevesebb az idő.”* (családgondozó)

Az **ifjúságvédelmi felelősre** nagy szükség lenne a szociális szakemberek szerint. Ő volt az összekötető személy, és nála futottak össze a jelzések az egész iskolából. Az osztályfőnököt nehéz elérni, az ifjúságvédelmi felelős léte megkönnyítette a munkájukat, másrésztől ő valóban tudott családot látogatni, fel tudta tárni a problémákat, szemben az osztályfőnökökkel.

A családgondozók a **18 éves tankötelezettségi rendelkezéssel** értettek egyet, mert sok gyereket az iskolában tartott, nagyobb esélyt adott a szakma megszerzésére. Fontosnak találták emellett a **szülői felelősség hangsúlyozását**. A kiskorú veszélyeztetettsége miatti szabálysértési eljárásoknak volt eredménye. A szankciók közül az iskoláztatási támogatás felfüggesztését pozitív intézkedésnek tartják, az a tapasztalatuk, hogy többségük arra törekedik, hogy visszaszerezze az elvesztett anyagi juttatást.

A tankötelezettségi korhatár pozitív és negatív hatása a hatóság képviselői szerint

A tankötelezettségi rendelkezés legfőbb hatása a hatósági munka e területein az **eljárások számának változása**: a gyámhatóság és szabálysértés területén csökkenés, a munkaügyi eljárás területén növekedés tapasztalható. Az iskoláztatási támogatás felfüggesztése tárgyú eljárások csökkenésének mögöttes okáról egyértelműen nem lehet nyilatkozni, ugyanis okozhatja azt az igazolatlan hiányzások csökkenése, de okozhatja a tankötelezettségi korhatárt betöltők korai iskolaelhagyása is. Az ügyintéző az utóbbi okot érzi a háttérben a roma tanulók esetében, hozzátette, hogy az illetékességi területén az eljárások 90 százaléka őket érinti. A tankötelezettség megszegése szabálysértési eljárások csökkenésének oka, hogy nem kell eljárást kezdeményezni a tankötelezettséget követően a szülővel illetve tanulóval szemben.

A tankötelezettség csökkenésével egyidejűleg megnyílt a munkavállalás lehetősége a fiatalok számára. Akik úgy döntenek, hogy 16. évesen elhagyják az iskolát a szülő/törvényes képviselő hozzájárulással kezdeményezhetik **álláskeresőként történő nyilvántartásba vételüket** a munkaügyi hivatalokban. Az ügyintéző tapasztalata szerint a roma fiatalok körében ez gyakoribb jelenség. „A

szülői példát követve legtöbbször a közfoglalkoztatás motiválja őket. Életcéljukat megfogalmazni nem tudják, „lógnak” a levegőben. Az önkormányzati közfoglalkoztatásban bíznak, a szakképzés megszerzése nem motiválja őket.”(munkaiügyi ügyintéző)

A közfoglalkoztatásban való részvételhez, ahogyan a nyilvántartásba vételi kérelem benyújtásához is, szükség van szülő/törvényes képviselő beleegyezésére 18. életkor betöltése előtt.

A 16 éves tankötelezettségi korhatár jelentősen hozzájárul a korai iskolaelhagyáshoz a roma tanulók esetében, legfőképpen azért, mert egyébként sem motiváltak tanulás iránt. A tanulás iránti motivátlanságuk oka elsősorban a **szülői minta, a szülői háttér**. *„A szülői mintából adódik, itt a romák szakképzetlenek, nem motiválják a gyereket, nem is várják el (gyámügyi ügyintéző).”*

Az ügyintézők a szegénységet nem emelték ki a korai iskolaelhagyást fő indokaként. *„Aki akar tanulni, jelentős anyagi támogatás mellett teheti ezt meg.” (gyámügyi ügyintéző)*

Az állam több csatornán keresztül támogatja a tanulókat, és nagy hangsúlyt kapnak a roma tanulók. A rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény jogosultság biztosítja az ingyenes/kedvezményes étkeztést, ingyenes/kedvezményes tankönyvet. Ez az ellátási forma a tankötelezettség csökkenésével is változatlan maradt, tehát a gyermek 18 éves koráig biztosított, függetlenül attól, hogy tanul vagy sem. Bár ez az iskolaelhagyók részére csak az évi kétszeri 5800 Ft/fő Erzsébet-utalványt jelenti, mivel az 1997. évi XXXI. törvény alapján a többi kedvezmény az iskolalátogatáshoz kötött.

A tankötelezettségi rendelkezés változtatása szintén nem érintette a szülői felelősséget, ugyanúgy felnőttkorának betöltéséig a szülő felelős gyermekéért. Ettől eltérő szabályozás van a büntetőeljárások esetén.

A korai iskolaelhagyó fiatal kiskorú életkora miatt szociális ellátást sem igényelhet, szülői hozzájárulással sem, tehát egyedül megoldásként a munkavállalás, a közfoglalkoztatás elérhető a számukra. A rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény, hátrányos és halmozottan hátrányos helyzetre való jogosultságon alapuló **ösztöndíjprogramok** jelentős segítséget nyújtanak tehát, amelyre további forrásokat célszerű biztosítani az államnak.

A tankötelezettségi rendelkezést a hatóság is összefüggésben látja a korai élettársi kapcsolat létesítésével, és a **korai gyermekvállalással**. A tankötelezettség ennek már nem szab korlátot, és lányok részére ez egyfajta megélhetési lehetőség is lett.

A lemorzsolódás megakadályozásának lehetőségei a hatóság szakemberei szerint

A megkérdezettek szerint a gyerekeknek **felnőtkoruk betöltéséig az iskolában** a helyük. A romákat tekintve ezt különösen fontosnak tartják, a „kitöréshez” arra van szükség, hogy tanuljanak, iskolai végzettséget szerezzenek. A szakemberek úgy látják, hogy a gyerekek megfelelő fejlődéséhez szükséges feltételek az otthonukban nem állnak rendelkezésre, csak az iskolában. *„Nem értek egyet azzal, hogy kikerül 16 évesen a szakemberek látóköréből, mert ezeknek a gyerekeknek nem biztosított a megfelelő fejlődéshez szükséges környezetet, sokszor a napi kenyér sem.”* (gyámügyi ügyintéző)

Az iskoláztatási támogatás felfüggesztését és a szabálysértési eljárásokat hatáson intézkedésnek tartják, szükséges tudatosítani és hangsúlyozni a **szülői felelősséget**. *„Az iskoláztatási támogatás felfüggesztése egy pozitív intézkedés, próbálnak arra törekedni a szülők, hogy az 50 óra ne jöjjön össze”* gyámügyi ügyintéző.

A szabálysértési eljárások során a figyelmeztetés, pénzbírság kiszabására van lehetőség. Amennyiben a kiskorú veszélyeztetettsége fennáll, a bíróság elzárásról ítélezhet. A szabálysértési eljárások során a felelősségre vonás nagyon körülményes, a hatóságnak bizonyítania kell, hogy mulasztás történt a szülő részéről, tehát felelős a gyermek igazolatlan hiányzásáért. A lakóhelytől eltérő településen tanulók esetében a bizonyítási eljárás különösen nehéz, hiszen a szülő nem vonható felelősségre akkor, ha nem tudja ellenőrizni és figyelemmel kísérni a gyermek iskolalátogatását. Ez a jelenség főként a középiskolákban tanuló gyerekeket és szüleiket érintik. Ebből a szempontból ez a szankció nem visszatartó hatású, másrészt a pénzbírság kiszabása a szegény körülmények között élő roma családoknál ritkán hoz megoldást, bár a közfoglalkoztatottság terjedése révén lehetőség nyílt a pénzbírság közvetlen letiltására.

A tankötelezettség negatív hatásainak kiküszöbölésében a hatóságok a pedagógusok, és a segítő szakemberek munkáját érzik fontosnak. Kiemelték a gyermek veszélyeztetettségét **észlelő-, és jelzőrendszer megfelelő működésének** fontosságát. Ez hozzájárul az időbeli és hatékony segítségnyújtáshoz.

A pedagógusok és a segítő szakma feladatának tartják, hogy a roma tanulók **szabadidejének hasznos eltöltésére** különböző programokat szervezzenek, különösen a nyári időszakban. Szükségesnek találják a felvilágosító, szakma-bemutató programokat.

A szociális ügyintéző részéről felmerült, hogy a különböző felvilágosító, életvezetéssel, továbbtanulással stb. kapcsolatos programokon történő részvétel beépülhetne a szociális ellátásokra jogosultsági feltételeibe, egyfajta együttműködési kötelezettségként. Ezt azért tartja fontosnak, mert nehéz a szülőket, külö-

nösen a roma szülőket az önkéntes részvételen alapuló segítő foglalkozásokba bevonnák. Ezek az előadások, programok a segítő szakma közreműködésével megcéloznák a különböző célcsoportokat: nőket, a mélyszegénységben élőket, romákat, munkanélkülieket stb. Fontosnak tartják ezeknek a lehetőségeknek a minél szélesebb körben történő propagálását: „*Sokan nem tudják, milyen lehetőségeket rejt egy-egy program*” (gyámügyi ügyintéző)

A tankötelezettségi korhatár pozitív és negatív hatása az szülők szerint

A 16 éves tankötelezettségi korhatárral kapcsolatos vélemények megoszlottak a megkérdezett szülők körében, de egyöntetűen a rendelkezés fő hatásának azt tartják, hogy a tanulók **elhagyják az iskolát a végzettség megszerzése előtt**. Ez két szülő (édesanyák) szerint negatív, egy szülő (édesapa) szerint csak részben negatív hatás. Utóbbi véleménye szerint a gyerekek minél előbb munkába szeretnének állni, hogy ezzel is tudják támogatni a családjukat, és ez nem rossz dolog. „*Van most már közfoglalkoztatás nekik, amely szerintem megoldás lehet a tankötelezettség befejezésénél, tanfolyamokon is el tudnak helyezkedni, ha a munkaügyi központban regisztrálnak, és ezért már ők pénzt kapnak és motiválja őket. Inkább az motiválja a szülőket is, ha a gyerek hazavisz 50e Ft-ot, mint hogy csak viszi el az oktatásra a pénzt.*”

Ezzel a véleménnyel ellentétben a megkérdezett édesanyák így nyilatkoztak a 16 éves tankötelezettségi korhatárral kapcsolatban: „*Ez rossz, én nem engedélyezném, az a hatása, hogy otthagyja az iskolát. Úgy mondják nekik a szülők, hogy jó, betöltöd a 16 évedet, nem kapod a családit, méisz a munkanélkülibe regisztráltatod magad, mint pályakezdő felvesznek dolgozni, erre a közhasznúra. Én már ezt nagyon sok szülőttől hallottam, nem egy-kettőtől. Nem is alkalmazzák amúgy meg, még nem olyan annak a felfogása, csak gyerekek, a 16 éves gyerekek az a dolga, hogy tanuljon.*”

„*Azért nem járnak, mert 16 év a tankötelezettség, és erre utaznak, mert ha 18 lenne, akkor minden szülő már csak azért is üzné a gyereket, hogy járjon a családi pótlék, és az alatt is szakma lenne. Nem jó ez, éppen hogy csak a 8 osztályt elvégezzék, nem munkára való egy 16 éves, esetleg nyári munkára.*”

A vélemények alapján elmondható, hogy a munkanélküliként történő regisztráció, a támogatott tanfolyamok, és a közfoglalkoztatás lehetősége csábítóan hat a tanulókra, a szülőkre. Ez a szegény életkörülményeknek tudható be, keresik azokat a lehetőségeket a családok, amellyel több pénzhez juthatnak. A **legfőbb motiváló erőnek tehát a pénzt** tartják a megkérdezettek. A tanulót ez a motiváló

erő viszont kétfelé húzza, egyfelől a tanulás felé, ahol a különböző ösztöndíjpályázatok vannak, és szakmát szerezhet, másfelől a munkaügyi központok által biztosított képzések, vagy közmunkaprogramok felé, ahol bekapcsolódhat a munka világába. A választása attól függ, hogy milyen a **szülői minta**. A szülői példa fontosságát minden szülő kiemelte.

„Ezek a gyerekek hátrányos helyzetűek, nem rendelkeznek családi háttérrel, támogatottsággal, ami azt fejezné ki, hogy minél előbb előre haladjanak, minél nagyobb iskolát szerezzenek, mert nekik elfogadott a közmunka, mivel jelentős mértékben közmunkás háttérből kerülnek ki, egy diplomás szülő nem szeretné, ha a gyereke diploma nélkül marad, egy 8 általános nem fog arra törekedni, hogy magasabb iskolai végzettség legyen, mert nem tud kifinanszírozni egy egyetemmet.” (édesapa)

„A roma gyerekek között is van olyan, aki igenis akarna tanulni, de a szülők elszúrják. A gyerekeknek is akarni kell, meg a szülőnek is, hogy akarja rávezetni, hogy igenis tanulni kell, mert a mai világban, hogy elmenjen szociálisra, abból soha nem fog megélni.” (édesanya)

A közfoglalkoztatási programok többször is szóba kerültek az interjúk során pro és kontra: két édesanya ellene, édesapa mellette. *„...csak arra jó, hogy éhen ne haljanak, én azt mondom, hogy szakmát szerezzen, utána munkát, az egy állandó megélhetés, inkább mint a közmunka, mert ez nem folyamatos, azután a pár hónap után újra kapja a 22800-at, és abból hol tart fent egy családot például....” (édesanya)*

A tankötelezettségi korhatár negatív hatásaként említette két szülő is a **korai szülés** problémáját. *„...erre kellene megoldás, én mindig azt mondom nekik, hogy először próbálják alapozni az életüket, majd ráérnek még családot alapítani. A gyermekjóléti szolgálatnak jobban oda kellene erre figyelni, de nem lehet egy gyámügyes a hibás, a szülőnek kéne odafigyelni rájuk...”*

Az édesapa pozitívumként fogja fel, hogy ez a rendelkezés **megkönnyíti a tanárok helyzetét**, „*egyfajta segítség*” nekik, mert így nem kötelesek megtérni a 18 éves gyereket a nála akár 3-4 évvel fiatalabb tanulókból álló csoportban, amely egyébként nem tesz jó a többi gyereknek.

A lemorzsolódás megakadályozásának lehetőségei a szülők szerint

A megkérdezettek mindegyike kiemelte a különböző **ösztöndíjpályázatok fontosságát**. Saját bőrükön érzik ennek a pozitív hatásait, minden megkérdezett családjában van olyan tanuló, aki részt vesz valamely pályázatban (Arany János

Kollégiumi- Szakiskolai Program, Útravaló program általános iskolában és középiskolában). Főként ezeket a programokat emelték ki a megoldásként. (Másik megoldásként hangozott el a korábban kifejtett közmunkaprogramok, munkaügyi központ általi képzések.) A gyerekek az ösztöndíjak miatt motiváltak a tanulásban, jól tanulnak, végzettséget akarnak szerezni, sőt az érettségi megszerzését is kitérték célul. *„ha nem lenne ez a program (Arany János Kollégiumi- Szakiskolai Program), nagyon nehéz lenne, nem tudnám finanszírozni, lehet, hogy nem tudná tovább folytatni a tanulást.” (édesanya)*

Szükségesnek tartják a szülők ezeknek a **programoknak a népszerűsítését**, különösen a **kollégiumi programot**, amely mindenféle támogatást nyújt a tanulónak (ruhapénz, élelmiszerpénz) *„Szeret ott lenni, jó körülmények között van, először féltünk tőle, de most már látjuk, hogy ez nagyon jó neki, haza sem akar jönni, ha itthon van, alig várja, hogy menjen visszafelé. A kollégiumban nagy a fegyelem, tisztaság van, szilenciumon tanulnak, ellenőrzik őket. Ha bejárás lenne, akkor rontott volna már sokat, mert mire hazaérne, fáradt lenne, és nem tanulna. Meg van olyan tananyag, amihez mi nem értünk, és nem tudok neki segíteni, ott meg vannak tanárok. Én kollégiumba helyezném a legtöbb roma gyereket, itthon elfognak kajlódni.” (édesanya)* Több pozitív példával lehetne a **szülők és a tanulók gondolkodásmódján változtatni**. Meg kell ismertetni a tanulókkal a kollégium által biztosítottakat, több olyan programot kell szervezni, amitől kedvet kapnak. Különböző oktató jellegű programok, foglalkozásokkal, rendszeres kulturális napokkal, vagy olyan érdeklődésüket kellene felkelteni, tudás iránt érezzenek vágyat. A szülőket is célszerű ezekbe bevonni: *„szülőként is érdekessé válhat egy ilyen” (édesanya)*.

A tankötelezettségi rendelkezéssel részben egyetértő apuka kiemelte, hogy több olyan közfoglalkoztatási programot célszerű indítani, amely munkát biztosít azoknak a gyerekeknek, akik nem akarnak tanulni.

Az **iskoláztatási támogatás felfüggesztésével** minden szülő egyetértett, ezeknek a további szigorúbb szabályzását is támogatnák. Ezzel hangsúlyozzák a szülői felelősséget, kötelezettséget és úgy látják, hogy visszatartó hatása van. *„A rossz gyereket is bekényszeríti az iskolába, és jó viselkedésre kényszeríti.” (édesapa)* *„...amúgy ennyit sem lennének bent az iskolában” (édesanya)*

Egy szülő megemlítette, hogy fontos lenne az **általános iskolai oktatás fejlesztése**, hogy többet foglalkozzanak a roma tanulókkal, mert sokszor kevés a középiskolában a megszerzett általános iskolai tudás, ezáltal sokat ront a gyermek és kudarcélmény miatt elveszíti a tanulás iránti motivációját.

Megbeszélés

A tankötelezettségi korhatár csökkentése az iskoláknak bizonyos könnyebbséget hozott, hiszen nem kell azokat a diákokat 18. életévük betöltéséig az iskolában tartani, akiknek a tanulás kényszer volt, emiatt motiválatlanságukkal, esetleges deviáns magatartásukkal megnehezítették a pedagógusok munkáját. Korábban ezek a gyerekek 18 éves koruk után is jellemzően végzettség nélkül hagyták el az iskolát. A tankötelezettségi rendelkezést tehát az oktatás körülményei és a statisztika szempontjából pozitív döntésnek tartják az iskolaigazgatók. Másrészt egyetértettek abban, hogy a hátrányos, halmozottan hátrányos gyerekek, különösen a roma gyerekek fejlődése érdekében szükséges, hogy felnőtt koruk betöltéséig az iskola fejlesztő környezetében legyenek, művelődjenek.

Statisztikai szempontból pozitívan hat a rendelkezés a hatósági eljárásokra is, hiszen a szabálysértési-, és az iskoláztatási támogatás felfüggesztése tárgyú eljárások száma is mérséklődött. A rendelkezés pozitív hatása továbbá a magántanulói státuszok csökkenése. Korábban ezzel a lehetőséggel a szülők rendszeresen éltek, ha a gyermeküket nem bírták rávenni az iskolába járásra. A magántanulók általában sikertelenül fejezték be a középiskolát. A pozitív hatással szemben áll, hogy a korhatár leszállítását követően változott a lényeg: ezek a fiatalok végzettség nélkül lépnek ki a munkaerő-piacra.

A tankötelezettségi korhatár csökkenése megkönnyíti a roma tanulók korai iskolaelhagyását, sőt, a nyomorban élő családok anyagi szükségletei miatt fel is erősíti az iskolai végzettség nélküli kilépést. A korhatár leszállítása az iskolaelhagyás legális eszközeként funkcionál. A tankötelezettségi korhatár csökkenésével a 16. életévét betöltött fiatal számára lehetőség nyílik arra, hogy eldöntse: folytatni kívánja-e tanulmányait, vagy inkább munkába áll. Törvényes képviselőjének hozzájárulása mellett dönthet: tanul vagy dolgozik. A munka világa a roma fiatalokra - tanulás iránti motiválatlanságukból fakadóan - csábítóan hat.

Vizsgálatom során előtérbe került, hogy tankötelezettségi rendelkezés ösztönzően hat a roma lányok korai gyermekvállalására is. Mivel a korai gyermekvállalás nem áll messze a roma családok hagyományaitól, legális és elfogadott menekülő utat biztosít azoknak a lányoknak, akik nem akarnak tanulni. Egyúttal jövedelemszerzési, és ezzel megélhetési lehetőséget is látnak a családalapításban, hiszen a gyermekgondozási segélyt már 16 éves korukban is megigényelhetik. A segítő szakma szerint ezek a fiatalok még nem érettek az anyaságra, ezek a kapcsolatok felszínesek, nem tartósak, a szülők hamar különválnak, az anyák egyedül maradnak, amely a gyermek veszélyeztettségének kialakulását, sérülését eredményezi.

Összességében elmondható, hogy a tankötelezettségi rendelkezés pozitív hatásai csupán a szakember eszközhiányosságának szemszögéből látva pozitívak (nem kell bajlódni a motiválatlan gyerekekkel, nem jön jelzés), és a kudarcos „ügyektől” való részbeni megmenekülés ez az előny. Ugyanezen dolgok a gyerek szemszögéből nézve (nincs, aki bajlódjon vele, nincs aki jelzést kapjon róla) már sokkal negatívabb fénybe kerülnek, ráadásul a menekülési útvonal miatt biztosan nem számíthatunk semmilyen változásra, amely a szakemberek eszközhiányos állapotán változtatna. Azaz az új szabályozás nem azt hozta, hogy „csináljuk jobban” (a probléma megoldását) hanem azt, hogy „ne csináljuk egyáltalán” (tollvonással szüntessük meg a problémát).

Felhasznált irodalom

1. Ambrus P. (1988): A Dzsumbuj: egy telep élete. Magvető Kiadó, Budapest.
2. Babusik F. (2003): Késői kezdés, lemorzsolódás – Cigány fiatalok az általános iskolában. Delphoi Consulting, Budapest.
3. Babusik F. (2004): A szegénység csapdájában. Delphoi Consulting, Budapest.
4. Fábíán G., Szoboszlai K. és Hüse L. (2011): A „kamatos pénz” – az uzsorakamat intézménye telepszerű körülmények között élők körében. In: Bódi F., Fábíán G. [szerk.]: Helyi szociális ellátórendszer Magyarországon. Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen. 179-199.
5. Fábíán, G., Szoboszlai, K. és Hüse, L. (2012): „Money with interest” - The institution of usury among those living in slum-like conditions. In: Bódi, F., Fábíán, B., Lawson, T. R. [eds.]: Local Organization of Social Services in Hungary. Studies in Comparative Social Pedagogies and International Social Work and Social Policy, Vol. XXII. Europäischer Hochschulverlag, Bremen. 242-267.
6. Fehér K. és Virág T. (2011): Élet egy kisváros peremén. Tér és Társadalom, 28. évf., 3. szám. 50-65.
7. Fehérvári A. (2008): Lemorzsolódás a szakiskolákban – egy empirikus kutatás tapasztalatai. In: Fehérvári (szerk.): Szakképzés és lemorzsolódás. Oktatókutató és Fejlesztő Intézet, Budapest. 165-281.
8. Fejes J. (2005): Roma tanulók motivációját befolyásoló tényezők. Iskolakultúra, 11. 3-13.
9. Forray R. K. (1997): Az iskola és a cigány család ellentétei. Kritika, 7. 16–19.
10. Forray R. K. és Hegedűs T. A. (1998): Cigány gyermekek szocializációja. Aula Kiadó, Budapest.

11. Forray R. K. és Pálmáné O.A. (2010): Hátrányos helyzetű vagy kulturális kisebbség – cigány programok. *Educatio*18, 2. 75-87.
12. Girán J. és Kardos L. (1997): A cigány gyerekek iskolai sikertelenségeinek háttere. *Iskolakultúra* 7. 10. melléklet.
13. Havas G. (1999): A kistelepülések és a romák. In: Glatz F. (szerk.): *A cigányok Magyarországon*. Magyar Tudományos Akadémia, Budapest. 163–203.
14. Hermann Z. és Varga J. (2012): A népesség iskolázottságának előrejelzése 2020-ig. *Közgazdasági Szemle*, LIX. 854–891.
15. Hüse L. (2008): A kirekesztés diskurzusa. *Kapocs* VII/5: 2-23.
16. Hüse L. (2011): Kettős mérce az iskola szerepének megítélésében – egy kirekesztés-kutatás margójára. *Iskolakultúra* 2011/1: 88-98.
17. Hüse L. (2013): Üvegplafon és detektívtükör. Etnikai határok a társadalomban. In: Deme D., Molnár E. [szerk.]: *Evangelikus Roma Szakkollégium 2012/2013-as évkönyve*. ERSZK, Nyíregyháza. 63-88.
18. Hüse L. (2015): Roma tanulók iskolai attitűdjeit befolyásoló tényezők. *Szakkollégiumi Tudástár 1*. ERSZK, Nyíregyháza.
19. Hüse L., Balogh E., Barnucz N., Fónai M. és Zolnai E. (2014): The discourse of social exclusion and its benefits for the majority. In: Liberska, H., Farnicka, M. [eds.]: *A Child of many Worlds: Focus on the Ethnic Minority Problem*. PETER LANG GmbH Internationaler Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main. 47-66.
20. Hüse L., Fábíán G. és Szoboszlai, K. (2013): Uzsora a végeken. *Café Babel* 70: 81-87.
21. Hüse L., Szoboszlai K. és Fábíán G. (2006): A semmi ágán... - Hátrányos helyzetű csoportok sérelmére elkövetett cselekmények kutatása. *Periféria Egyesület, Nyíregyháza*.
22. Hüse L, Szoboszlai K. és Gurály E. (2015): Egy falukutatás fókuszában: a gyerekszegénység. *Szakkollégiumi Tudástár 3*. ERSZK, Nyíregyháza.
23. Istenes M. és Péceli M. (2010): Tankötelezettségi korhatárok nemzetközi összehasonlításban. *Iskolakultúra*, 2010/4: 3-22.
24. Janky B. (2004): A cigány családok jövedelmi helyzete. In: Kolosi T., Tóth I.GY., Vukovich GY. (szerk.): *Társadalmi riport*. TÁRKI, Budapest. 400–413.
25. Józsa K. (2002): Tanulási motiváció és humán műveltség. In: Csapó B. (szerk.): *Az iskolai műveltség*. Osiris Kiadó, Budapest. 239–268.
26. Józsa K. (2006): A képességek és motívumok kölcsönös fejlesztésének lehetősége. In: Kelemen E., Falus I. (szerk.): *Tanulmányok a neveléstudomány köréből*. Műszaki Könyvkiadó Kft., Budapest.
27. Kemény I. (1976): A magyarországi cigányok helyzete. In: Kemény I. (szerk.): *Beszámoló a magyarországi cigányok helyzetével foglalkozó, 1971-ben végzett kutatásról*. MTA Szociológiai Kutató Intézet, Budapest. 7–63.

28. Kende Á. (2001): A kudarcok okai. In: Andor M. (szerk.): Romák és oktatás. Iskolakultúra, Pécs. 65-74.
29. Kertesi G. (1995): Cigány gyerekek az iskolában, cigány felnőttek a munkaerőpiacon. Közgazdasági Szemle, 1. 30-65.
30. Kertesi G. és Kézdi G. (2010): Iskolázatlan szülők gyermekei és roma fiatalok a középiskolákban - Beszámoló az Educatio Életpálya-felvételének 2006 és 2009 közötti hullámaiból. Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaságtudományi Intézet. Budapest.
31. Kertesi G. és Kézdi G. (2012): A roma és nem roma tanulók tesztteredményei közti különbségekről és e különbségek okairól. Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaságtudományi Intézete, Budapest.
32. Kiss J. és Gordos Á. (2003): Családi és kortárskapcsolatok jellemzői általános iskolás roma és nem romagyermek körében IV. Egészségnevelés, 44.100–108.
33. Ladányi J. (1989): A lakásrendszer változásai és a cigány népesség térbeni elhelyezkedésének alakulása Budapesten. Valóság, 6., 73–89.
34. Ladányi J. és Szelényi I. (2004): A kirekesztettség változó formái. Napvilág Kiadó, Budapest.
35. Liskó I. (2002): A cigány tanulók iskolai eredményei. In: Reisz T., Andor M. (szerk.): A cigányság társadalomismerete. Iskolakultúra, Pécs. 174–194.
36. Mártonfi GY. (2011): A 18 éves korra emelt tankötelezettség teljesülése és (mellék)hatásai. Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet, Budapest.
37. Mártonfi GY. (2013a): Korai iskolaelhagyás a magyarországi szakképzésben. Oktatásfejlesztési Observatory Központ Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest.
38. Mártonfi GY. (2013b): Hiányszakmát tanuló végzős szakiskolások kutatási beszámolók - A felmérés néhány tanulsága. Új Pedagógiai Szemle, 1-2. 59-67.
39. Nagy J. (2000): XXI. század és nevelés. Osiris Kiadó, Budapest.
40. Nagy M. (2002): Cigány tanulók az iskolában. A tanárok beszélnek. Magyar Pedagógia 102/3: 301-331.
41. Pásztor I. és Péntes J. (2012): Foglalkoztatási krízis és jövedelmi periferezálódás Északkelet-Magyarországon a roma népesség arányainak tükrében. Területi statisztika, 4. 353-371.
42. Polónyi I. (2002): A cigány népesség demográfiai, iskolázottsági és foglalkoztatási helyzete – s az abból adódó oktatáspolitikai következtetések. In: Reisz T., Andor M. (szerk.): A cigányság társadalomismerete. Iskolakultúra. Molnár Nyomda és Kiadó KFT, Pécs. 133–150.
43. Solt O. (1998): A hetvenes évek budapesti szegényei. In: Eörsi J., Havas G., Kemény I. (szerk.): Méltóságot mindenkinek. Összegyűjtött írások. Beszélő, Budapest, 242–288.

44. Szuhay P. (1999): Foglalkozási és megélhetési stratégiák a magyarországi cigányok körében. In: Glatz F. (szerk.): A cigányok Magyarországon. Magyar Tudományos Akadémia, Budapest. 139-163.

Pap Mónika

Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar

UNIVERSITY
OF DEBRECEN

FACULTY OF
HEALTH
NYÍREGYHÁZA



ACTA
MEDSOC
VOLUME 6.
2015

Active Participation of Parents as an Integral Part a Social Rehabilitation Process

¹Martin Karas, ²David Urban

¹The Children's Centre of South Bohemia, ops, Strakonice

²University of South Bohemia in České Budejovice,
Faculty of Health and Social Studies, Department of Social Work

Abstract. In our field we increasingly meet families who fall into the endangered category. The notion of threat in the area of social and legal protections of children directly relates not only to specific individuals but also the family environment as a whole. For us it reveals the real situation in a family where one or more of its primary functions are suppressed. As a result of this, and under certain conditions, all the important, stable and stimulating environments are not ensured.

Social workers who deal with families who fall into the endangered category are more cautious in cases where children are present in the family. The main objective of the professional's work is to identify these families as soon as possible and offer them timely assistance through various support services. The sooner the family is identified and engaged, the less damage is done to the child.

Early and ongoing cooperation with the family offers an opportunity by which many problems can be solved. Redevelopment of the family is one of the ways how it can be achieved successfully. The Children's Centre in Strakonice has made a significant contribution to helping and supporting families for many years. The Participation Centre in collaboration with the family and other professionals unfortunately do not always show the results that we expect. The main role of the Children's Centre is to compile an

individual plan for family support and assistance based on family, social and medical history.

The importance of the Children's Centre role in affecting the active involvement of the family in the process of rehabilitation is discussed by Mgr. Martin Karas in his dissertation. Mgr. Martin Karas highlights one of several problems, namely the insufficient and unsystematic support for the family provided by assisting institutions. Insufficient assistance may be preventing a child from returning to his/her biological family. He pays close attention to the problems that prevent parents from devoting adequate attention.

The aim of the article is to show what the realities of active cooperation with families are. Also to show what primary findings we have reached after processing several interviews conducted with those who have successfully completed the remediation process.

Keywords: rehabilitation of families at risk, vulnerable children, multidisciplinary care with families, social work with families, individual care plans

Introduction

In our field we increasingly meet families who fall into the category of endangered ones. The notion of threat in the area of social and legal protection of children directly relates not only to specific individuals but also the family environment as a whole. For us it reveals the real situation in a family where one or more of its primary functions are suppressed. As a result of this, and under certain conditions, all the important, stable and stimulating environments are not ensured.

The family and environment should make children feel safe and secure, while interrelationships and connections must be balanced and adequate. The behaviour of parents should serve as a role model for the children since there is a great risk that this shown behaviour will be continued and applied by the children later in their life (Langmeier, J., Matějček, Z., 2011).

A certain degree of risk arises from insufficient and poor quality child care. Rather a lot depends on the ability of experts to be able to objectively assess the true risks and possibilities of children in danger (Dubowitz, H., DePanfilis, D., 2000).

It is generally known that a structured and properly stimulating family environment is the core of the successful development of all family members, especially that of the child. Such an environment has undoubtedly a very beneficial effect on the formation and strengthening of interpersonal relationships.

The family significantly affects the development of children's personality and influences not only their social development, but primarily their physical and mental development. Children begin to form their understanding of the world, as well as the habits and patterns of behaviour as their family environment dictates. (Klégrová, Green, M., 2006).

Social workers, who in their work deal with families of the above categories, are much more prudent in those cases where a child is present in the family. Unhealthy family relationships, unstable environment, and improper and abusive behaviour may result in concealed risks for the youngest family members. These risks can include neglect, sexual harassment, and physical and psychological abuse.

Also the attitude, behaviour and the way parents deal with the neglected child is often unclear and unpredictable. The situation within the family and its operation is unstable. A parent who usually ignores the child causes friction between them and when this goes to extremes it often ends in violent scenes (Krejčířová, D. Langmeier, J., 1998).

In practice we increasingly see moments when children find themselves in an environment that directly threatens their life. The main task of social workers is to identify these families as soon as possible and offer them assistance through various support services. The sooner the family receives support, the less damage inflicts on the child.

Parents, who need help, do not want to see themselves as unsuccessful. The sense of parental failure shuts them away from the outside world, and thus the risk of problems arising in the family are even greater. However, by educating such parents who see childcare as a fresh start due to the assistance of the support organisations, we can educate the whole of society. (Gjuričová, Š., Kubička, J., 2003).

Taking into account the need to ensure the immediate protection of a child's safety, in certain cases there is a need to urgently place the child in one of the different types of temporary care facilities which are offered in the Czech Republic. It may be an infant home, or children's home for up to three years (family type), or a facility for children requiring immediate assistance (children's centre).

In practice this measure primarily means the suppression of immediate threats in order to ensure the rights, protection, interest and welfare of a child who otherwise would need to grow up in a dysfunctional family. One way to help such families is the involvement of a multidisciplinary work team which deals with specific issues. In these cases emphasis is placed on providing support and assistance for the family in their natural environment. However, if it is not possible, whatever seems to be the reason, there is the opportunity to help and support them through the placement of children together with their mother at a

children's centre. A residential service with social rehabilitation provides some protection, not only for the children but for the whole family. The advantage of this service is that it can prevent any delay in removing children from their own family, which became necessary because of threats within the family environment. These facilities also serve as training centres for mothers and families with children who need help in order to master skills associated with child care, with a special emphasis on strengthening the relationship between the parent (caregiver) and child.

Based on experience with vulnerable families, the primary consideration in childcare should be directed at giving careful attention to their individual needs and interests. In the context of fulfilling basic obligations, a timely and very close cooperation with the family needs to be established, with respect to the interest and welfare of the child. Systematic action can trigger an attitude change in parents, not only towards the child but towards themselves, too. (Bechyňová, 2008)

Early and ongoing cooperation with the family provides an opportunity to solve many problems. Redevelopment of the family is one of the ways it can be achieved successfully. It is a set of activities that allows you to prevent, reduce or eliminate the causes of becoming at-risk families (Bechyňová, V., 2008).

The Children's Centre in Strakonice has significantly contributed to help and support families for many years. Though, the Participation Centre, which collaborates with families and professionals, does not always show the results that are expected. We know from experience that any success a process is directly influenced by a range of internal and external factors, and exposed to both the family and the institutions. An absolutely crucial influencing factor in a successful process appears to be willingness, and if it is present, it will lead to establishing a lasting cooperation with families.

The primary role of the children's centre is to compile an individual plan for family support and assistance, based on family, social and medical history, which is decisive for all components of the multidisciplinary team.

Not only from the children's centre perspective, but also from other members of the multidisciplinary team it is necessary to establish close cooperation with the family as soon as possible. The active involvement of parents in the process of social rehabilitation is a must. While the Children's Centre as a facility providing protection for children also plays an extremely important role in this process. This role involves coordination between the family, the child and institutions.

The research undertaken within the framework of the doctoral thesis by Mgr. Martin Karas (supervisor doc. PhDr. David Urban, Ph.D.) aims at the importance of the children's centre affecting the active involvement of the family in the process of dealing with family problems, the analysis of partial

implementation of individual plans of support with the identification of the components that are involved in the rehabilitation of family. We follow what ingredients are incorporated in the process of remediation, their extent and their interrelationships. Based on the documentation we provide a detailed family medical and social history, which is used to compare, understand and search for common features in each of the affected families. We observe how individual components affect the behaviour and rehabilitation of families. The key factor is the "moment" in which there is engagement of the parents in the process of remediation.

The aim of the article is to show what the reality of active cooperation with families is, moreover what primary findings we have reached by taking several interviews with those who had successfully completed the process of social rehabilitation. We aspire to know the answer to the following questions: What specifically leads parents to become actively involved? Why and when do these phenomena occur? Where does the key moment of their collaboration come from? It is accompanied by some significant connection identifiable in the verbatim transcripts of respondents' answers? We suppose that the obtained data will clearly show how the situation over certain periods of time and under certain situations is life changing for vulnerable families. Noticeable changes occur, for example, in situations that are essential for the family.

Method

One of the objectives of Mgr. Martin Karas research is to perform a sub-analysis of the implementation of individual plans for the rehabilitation of families, with identification of the components that are involved in helping and supporting families. Based on these findings, I identified the reasons why the family was included in the process of remediation.

With regard to the aforementioned reasons I follow which components participate or participated in a particular case. I follow relationships among family members, as well as mutual relationships within the family, with the redevelopment team and the Child Centre. In particular, how the individual components act and interact. I follow which parts of the multidisciplinary team supported the family, the length of this support and their direct influence on the behaviour and actions of parents in connection with a successful restructuring process.

The key task of the dissertation is to capture the moment of the phase of social rehabilitation when the family becomes engaged. After close observation we can conclude the moment when the parent's active involvement in

cooperation can be recognized - supposed they come spontaneously at least three times during the six-week visit from the competent child protection authority, and with the specific goal to gain further support and assistance. The obtained data also compares families which had completed the social rehabilitation successfully. These families seek out compromises that lead to successful goals. Objective results could also be applied to other at-risk families. When these findings can be followed, families can be sorted into predefined categories based on the actual process of social rehabilitation. Suggestions and possible corrections to individual plans of support and care can be made so that the whole process will significantly accelerate.

In the framework of this thesis a qualitative form of data collection was used with secondary data analysis. For data collection I began with the available medical documentation (from health institutions), social documentation (provided by the child protection), psychological documentation (psychological reports and assessments) and other documentation as well, which were managed and archived in the Children's Centre South Bohemian Region, O.p.s. Strakonice. Other sources of data are in-depth interviews with families which are still active or were active.

The target set for the research are families whose children have been placed in the Children's Centre since 2006 (the Children's Centre of South Bohemia, ops in Strakonice was founded in this year) but after a successful social rehabilitation have returned to the custody of their parents. There are about 30 families whose files have been submitted to this analysis (it is about a fifth of the clientele over the life span of the Children's Centre).

The Children's Centre

The Children's Centre was founded to be operated similarly to nursing homes and homes for children up to 3 years. A part of the children's centre is a boarding unit for children and for parents with children, an infant home (resp. Children's home), a family-type facility for children needing immediate assistance from a daily facility, accommodation for mothers (parents), and a training room for mothers right before delivery. The family team's specialist also provides family counselling and we prepare applicants for NDP, meet with families (foster parents, adoptive parents) and others (Schneiberg, F., 2009).

The primary role of the Children's Centre is to assemble individual plans of support and assistance based on family and social history, which is decisive for the other members of the rehabilitation team and for the entire process of social rehabilitation. The basic structure of the team is: parents, staff of the children's

centres, OSPOD, a paediatrician and a child psychologist. This may be supplemented with other necessary experts according to the individual needs of the family. Remediation means continuous multidisciplinary collaboration of the institutions involved which systematically collaborate with the family, and favourably affects their social conditions and attitudes. In terms of the children's centres, when redevelopment is completed successfully, the child is released into the care of parent(s) (Bechyňová, V., 2008).

The skills related to child care are a set of specific activities aimed to achieve independence and self-sufficiency and to develop their specific capabilities. At the same time they strengthen and train the necessary skills for life (Act no. 108/2006 Coll., On social services).

Year	Residential services within Social Rehabilitation
2008	7 adults + 7 minors
2009	7 adults and one minor mother + 5 minor
2010	12 adults + 5 minors
2011	22 adults + 7 minors
2012	19 adults + 2 minors
2013	28 adults + 1 minors child
2014	47 adults + 11 minors

Table 1. Total number of clients placed, in the context of social rehabilitation, in the period from 2008 to 2014.

Table 1 illustrates the total number of clients who participated in residential social rehabilitation services for family redevelopment. Family redevelopment in the childhood centre may occur for various reasons, but it also provides outpatient help and support. These clients are not included in the statistics.

Eight interviews were taken with participants who have successfully completed social rehabilitation. The main causes of their participation were:

- a.) substance abuse
- b.) substance abuse-related crime
- c.) child neglect
- d.) domestic violence

A few years ago the main reason for admission was primarily child neglect. It was often associated with poor economic and housing situations of the family and parents often consumed alcohol. Currently, there is a widespread drug abuse, especially smoking marijuana, but also methamphetamine in various forms. *"Once I tried meth, but it did nothing to me. Sometimes I smoke marijuana, but that's more because of partying. I was addicted to sniffing toluene. I got through a small can a day. But it was really horrible, I felt sick. Maybe even for three days, I felt out of breath that is no acetone."* (Source: own research).

The main reasons for the admission of clients in social rehabilitation often include:

- a.) the state of health of the child or the parents
- b.) the age of the parents
- c.) the poor economic situation of the family
- d.) substandard housing conditions
- e.) and poor family relationships

The health condition of the child or parents is often crucial in the process of social rehabilitation. Long-term poor or deteriorating health and mental condition of the child is a signal that the parent cannot cope with their situation. This fact is due to the deteriorating health and mental state of the parents. These two aspects go hand in hand and interact with each other: *"I'm not managing myself, I wasn't mentally ready, and I had to take pills. I just could not handle a little baby."* (Source: own research)

Age plays an important role in the quality, capability and ability of parents to be able to provide parental care. In the fact it is very noticeable what a teenage mother said *"I wanted to have a child, but I did not know it would be so demanding, as I simply do not have time to go out with the girls which is sometimes needed in the evenings"*. (Source: own research)

This fact is even more enhanced, if the mother is too young and grew up in an institution like an orphanage: *"I did not realize I would have to do so many things. Like the laundry or wash the dishes, I'm like really tired. I did not have to do it at home. Cook, something I can't do, I wasn't taught. Maybe make tea or buttered bread. Otherwise, I simply buy things."* (Source: own research)

Satisfactory family ties and relationships are extremely important for life however, in these families they tend to be significantly disrupted. Poor quality family connections, associated with aggression and violence are unacceptable for an average partner: *"Friend, this is what my girlfriend's father did, we were arguing and he beat me several times. We fought because they did not like to*

work, and we had no money. Then I slapped him in front of his daughter, so I ran. " (Source: own research)

Admission to social rehabilitation was made by the participants:

- a.) voluntarily
- b.) on the recommendation of OSPOD (department of social and legal protection of children)
- c.) on the recommendation of family

Possessing the voluntary agreement of clients by the children's centre is always an advantage. There is a strong likelihood that they will spontaneously and actively engage in activities that will address their difficult situation. However, the truth is that the clients are mostly in their natural environment when in long term cooperation with OSPOD. Provided there is no desire to change this, they are systematically guided and motivated to tackle their situation through the available accompanying services. For unknown reasons, however, they deny this fact: *"I joined myself. Mom told me she contacted the centre and was told, they will help me there and that she could lose a son. And so I joined. "* (Source: own research)

In this case, the social worker said: *"I worked with the client for a few months. We agreed on certain steps that should be undertaken, but after all this time, nothing happened. Additionally he still used drugs. I told her that if he does not enter social rehabilitation and proves he is really able to deal with his situation, he may lose a son. "* (Source: own research)

Based on my own experience it is necessary to mention the fact that the participants mainly follow the recommendations of the family rather than the recommendation of OSPOD. Due to family traditions or patterns it is difficult for the family to admit that their child has a problem. They fear of the loss of confidence, that their children will condemn them and break all ties and relations. It is a compelling argument therefore they constantly say: *"I do not know why you think that! My daughter has no problems! And if she has, we have always helped her. I think that is what would help her now. I think it just does not work! But when you want, so you say go there. "* (Source: own research).

Active participation in the process of social rehabilitation:

- a.) from the beginning of the stay
- b.) during the stay (gaining confidence)
- c.) after repeated admission (after completion of repeated stays at abuse facilities)

Spontaneous cooperation from the beginning of the stay is evident for clients who actually volunteered to stay. Positive outcomes and the length of stay are clearly influenced by this fact. ***Spontaneous cooperation that began during the stay*** commences after a certain time. Active collaboration with clients occurs after an adaptation time, since when the participant commences the use of services provided and trust in the workers. The length of this period differs. If mutual trust or communication does not occur, social rehabilitation does not make sense: *"When my social worker told me she started, so I joined. I did not know what to expect. When you told me that you will help me, so I thought it was pretty much bullshit. Before I ran, I realized that you treat me nicely, and that I really want to help myself. And then it all went quiet, I mean, sometimes well, sometimes alone as bad as ever."* (Source: own research)

If the rules of the children's centre are repeatedly and grossly violated the participants must immediately leave the facility. There is a considerable risk in removing the child from the mother's care. The mother soon realizes this fact. *"I realized that I had to act and start doing something when I had to leave that week. That was for me the very greatest hell. I realized this especially when you threw me out after ten days."* (Source: own research)

Important aspects of the process of social rehabilitation:

- a.) Trust the plan
- b.) Motivation
- c.) Good communication and empathy
- d.) Respect for the individual needs

In the process of social rehabilitation, mutual trust between those who identify themselves as employees of the centre and the participant is important in order to enable a successful and fruitful cooperation. It is also equally important to perform good communication and feel empathy. For example, one of the participants stated: *"I say they just got to believe, that they do not cross me. I've always been in my life someone who has been tripped. First they promise things and it does not happen, and then I will get baked. They had done this in the city, and with them, I would never want to have anything."* (Source: own research)

Another client said: *"I just know that they understand me and know what I need. They called me several times when I was still at home, it happened just like that, they call, yeah we want to help you, we do understand your problem, and that I can do it for myself, that I wasn't terrible. So that is it that yeah!"* (Source: own research).

A social worker said: *"Mutual trust on both sides is very important in the whole process of rehabilitation, as well as good communication, although it is*

sometimes not easy. Clients need to know that we understand them and that we care about them, that we understand their problems. It's a question of empathy." (Source: own research)

No social service can work without motivation. Stimulating clients is a challenging task without which, however, the work does not move forward. Once we can get the client engaged, we have made a gain. What is even more difficult is to sustain this state. It is a task that falls onto the shoulders of the social worker. It depends on their skills and natural intuition to know when you need to make a change: *"The motivation of the client is sometimes very difficult. Above all, he really knows what he wants. Clients have short attention spans, so you have to constantly change activities to capture them. There are clients who generally do not want to do anything. They're not used to fulfilling obligations, because they never had to do it. They are low profile. In my neighbourhood I have clients with whom I cannot do anything because they are not willing to do anything."* (Source: own research)

Sense of social rehabilitation from the perspective of participants:

- a.) is important
- b.) has meaning only in some areas
- c.) has no meaning

Social rehabilitation is greatly relevant for participants who have successfully mastered the entire process by themselves. This is important in certain areas of the country where support is not available. These are life situations which are not the competence of the children's centre. For example - correct mutual family ties, finding a new relationship, providing improved housing or financial situation. These are skills that are fully the responsibility of the client. Children's Centre in these areas can provide only one option: consultancy: "Yeah, the stay with you was almost meaningless. I thought you would handle everything, I thought you'd get me an apartment and a job. With that, I've always had a problem, and none of you gave me a job. How am I supposed to buy an apartment then? From the benefits it is difficult to pay." (Source: own research)

Another participant said: *"I'm really glad that I was here. Can I also contact you if I need to, if I have a problem? This to me is such a certainty. I think I've changed."* (Source: own research)

Conclusion

Successful assistance and support for families at risk are affected by many factors, by the families, the facilities providing social and legal protection of children, the child protection authority, as well as other institutions involved. I believe that on the basis of personal experience, it is necessary to monitor the attitudes, ideas, opinions, prejudices and interests that prevent all stakeholders from paying attention to real problems.

Reliable verification of these assumptions is the subject of my dissertation research. We consider it desirable to purposefully, intentionally and systematically build a unified system of care for vulnerable families with a range of sufficient supporting services. Based on these findings, we will be able to identify the causes and the ways how the existing multidisciplinary assistance can help and what prevents the return of children to their biological family.

However, conducted research shows that with mutual cooperation, trust, communication, empathy and stimulation the process of social rehabilitation "under certain conditions" moves forward. Certain conditions are primarily meant: the client will cooperate and participate actively in all activities, systematic and effective children's centres, social workers and other stakeholders.

Currently we regard about the half of clientele as successful. This is probably due to a greater promotion and the use of newly formed social services that try to help families by paying attention to the child's interest in order to be able to help themselves. Multidisciplinary team work is more systematic with a focus on individual clients' needs.

The results from the questionnaires show that in working with the family there is some positive movement. Therefore, it is relevant for us to verify all the facts, it is necessary to carry out further detailed investigations and collect new sample participants.

References

1. BECHYŇOVÁ, V., KONVIČKOVÁ M. 2011. Sanace rodiny. Praha: Portál, 2011. 152 s. ISBN 978-80-262-0031-4.
2. DUBOWITZ, H., DEPANFILIS, D. 2000. Handbook for Child Protection Praktice. Sage Publication, Inc. Thousand Oaks, 2000. 683 s. ISBN 0-7619-1370-8.
3. GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J., Rodinná terapie systemické a narativní přístupy. Praha: Grada, 2003. 177 s. ISBN 80-247-0415-3

4. KLÉGROVÁ, A., ZELENÁ, M., Podpora rodiny. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 32 s. ISBN 80-86991-67-9.
5. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., Vývojová psychologie. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0.
6. MATĚJČEK, Z., LANGMAIER, J., Psychická deprivace v dětství. Praha: Karolinum, 2011. 400 s. ISBN 978-80-246-1983-5.
7. VĚSTNÍK, Činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let, Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, částka 9, metodické opatření č. 7, Zn. 24039/2009, 2005.
8. Zákon č. 108/2006 Sb.o sociálních službách. [online]. [cit. 2007-01-01]. Dostupné z: <<http://atre.cz/zakony/page0048.hmt>>

Mgr. Martin Karas

The Children's Centre of South Bohemia, o.p.s.

Radomyšlská 336

386 29 Strakonice

e-mail: martin.karas.strakonice@seznam.cz

and

University of South Bohemia in České Budejovice

Faculty of Health and Social Studies

Department of Social Work

doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

University of South Bohemia in České Budejovice

Faculty of Health and Social Studies

Department of Social Work

e-mail: durban@zsf.jcu.cz

UNIVERSITY
OF DEBRECEN

FACULTY OF
HEALTH
NYÍREGYHÁZA



ACTA
MEDSoc
VOLUME 6.
2015

A munkahelyi stressz és elégedettség tényezőinek feltárása egészségügyi dolgozók körében

Deutsch Szilvia – Gergely Éva

Debreceni Egyetem Gazdaságtudományi Kar

Abstract. In our research specialized health workers were surveyed in order to reveal all sources of the problems in public health as an organization, which may appear as stress factors during the work of employees. These factors are detailed even in the publication of Cooper and Davidson (Cooper and Davidson, 1987). The ratio of the stress was measured by an own questionnaire based on a prior interview specifically to the sample. The questionnaire consists of open items as well to reveal the stress factors, the possible methods of successfully coping with them and preventing steps by the public health institutions. In this present study we summarize the stress sources concerning specialized workers in public health and the preventive organizational changes to avoid them.

On the basis of the answers of the open questions irritability, headache, heartache and impairment of sleep take the first place among the symptoms caused by stress. The methods for coping with them include doing sports followed by sharing problems with others and tours.

The factors improving the satisfaction of employees are also detailed in this study. The satisfaction is determined by both hygienic and motivator factors, in harmony with Herzberg two-factor theory (Maslow, 1954, 1966 in Klein 2012), as when analyzing the open items relating to stress we found that fair wages, appreciation, professional recognition may reduce the job dissatisfaction.

The workers asked feel that the working place should carry out measures in order to decrease the stress and improve the satisfaction of workers, although the blocking factor of the realization is the lack of proper economic background. Handling the arising problems should need urgent steps prior the fact that the decline of the operation of the public health service system would take a greater burden on both employees and patients.

Keywords: stress, coping, health workers, job satisfaction

Absztrakt. Kutatásunkban egészségügyi szakdolgozókat kérdeztünk meg azzal a céllal, hogy feltárjuk az egészségügyben, mint szervezetben előforduló problémáforrások mindegyikét, melyek stresszorként jelentkezhetnek a dolgozók munkavégzése során. Ezekre a tényezőkre tér ki Cooper és Davidson is a publikációjában (Cooper és Davidson, 1987). A dolgozókat érő stressz mértékét egy előzetes interjún alapuló, a mintára specifikusan magunk által kialakított kérdőívvel mértük, mely nyitott itemeket is tartalmaz a stressztényezők, az ezekkel való sikeres megküzdés lehetséges módjainak és az egészségügyi intézmények által szükséges megelőző lépések feltárására. Jelen tanulmányban az előzetes interjúk és a nyitott itemekre adott válaszok alapján összegezzük az egészségügyi szakdolgozókat érintő stresszforrásokat és az elkerülésük érdekében hozható preventív szervezeti változtatásokat.

A nyílt kérdések válaszai alapján a stressz okozta tünetek közül első helyen szerepel az ingerlékenység, a fejfájás, szívpanaszok és az alvászavar. A megküzdés módjai között a sport a legpreferáltabb, melyet a problémák másokkal történő megosztása és a kirándulás követ.

Jelen tanulmányban kitérünk a dolgozók elégedettségét növelő tényezők meghatározására is. Az elégedettséget a higiénés és motivátor tényezők egyaránt meghatározzák, összhangban Herzberg kéttényezős elméletével (Maslow, 1954, 1966, idézi Klein, 2012), hiszen a stresszre vonatkozó nyílt itemek elemzésénél azt az eredményt kaptuk, hogy a méltányos fizetés, megbecsülés, szakmai elismerés csökkentheti a munkahelyi elégedetlenséget.

A megkérdezett dolgozók úgy érzik, hogy a stressz csökkentése és a dolgozók elégedettségének növelése érdekében a munkahely is tehetne intézkedéseket, bár ezek megvalósításának akadálya elsősorban a megfelelő gazdasági háttér hiányában keresendő. A felmerülő problémák kezelése sürgető intézkedéseket igényelne, mielőtt az egészségügyi ellátó rendszer működésének romlása még nagyobb terhet ró a munkavállalókra és a betegekre egyaránt.

Kulcsszavak: stressz, megküzdés, egészségügyi dolgozók, munkahelyi elégedettség,

Bevezetés

Ma Magyarországon az egészségügyben dolgozókat többszörösen, halmozott mértékben érinti a munkahelyi stressz tényezők károsító hatása, hiszen rendkívül hátrányos helyzetben, nehéz körülmények között kénytelenek napi feladataikat ellátni (Gyórfy Molnár és Somorjai, 2012; Pikó és Piczil, 2012).

Kutatásunk céljai, hogy a nehéz körülmények között dolgozó és magas munkahelyi stressznek kitett egészségügyi szakdolgozókat érő stressz forrásokat feltérképezzük, és a szervezeten belül meghatározzuk azokat a fejlesztendő területeket, melyek javítása magasabb munkahelyi elégedettséget eredményezhetne, pozitívan befolyásolva ezáltal az általános jóllét szintjét (Neculai Salavecz és munkatársai, 2006).

Munkahelyi stressz

Egy, a magyar lakosságon végzett vizsgálat alapján, melynek során 720 tizen-nyolc év feletti felnőttet kérdeztek meg, azt találták, hogy a betegségek kialakulását alapvetően három tényezőnek tulajdonítják: stressz, életmód, biológiai adottság (Szántó és Susánszky, 2006).

Selye János magyar származású kanadai kutató 1936 kezdett el foglalkozni a stressz állapotával („az élő anyag nem-specifikus izgalmi állapota” Selye (1970: 31)), és az emberi szervezet stresszre adott válaszreakcióival. Ő ismerte fel, hogy minden károsító behatásra testünk egyformán reagál, megalkotva ezzel az általános adaptációs szindróma fogalmát (General Adaptation Syndrome= G.A.S.), melynek három szakaszát különítette el: alarm-reakció, rezisztencia és hosszú ideig fennálló stressz hatás esetében a kimerülés szakasza (Selye, 1965, 1970).

Kutatásai során számos összefüggést mutatott ki egyes betegségek kialakulása és a stressz állapota között: gyulladós betegségek, ideg- és lelki betegségek, emésztőrendszer megbetegedései, anyagcsere és nemi működés zavarai, rák (Selye, 1965).

A stresszhelyzetek negatív hatását az immunfunkciókra is bizonyították, hiszen a szimpatikus idegrendszer fokozott aktivációja az immunfolyamatokat gátolja. Megterhelő élethelyzetekben és az általuk kiváltott negatív érzelmi állapotban növekszik a fertőzésekre való hajlam, csökken az ellenálló képesség, növekszik a gyógyulási idő a betegségekből (Kulcsár, 1993). Modern korunk betegségeinek (például asztma, allergiák, diabetes, gyomorfekély, migrén, premenstruációs szindróma, depresszió, autoimmun betegségek) közel 80 százaléka is a stresszre vezethető vissza (Bódizs, 2000; Dávid, 2014).

Selye (1983) a stresszorokat két nagy csoportba sorolta, az egyik a negatív következményeket, káros hatásokat okozó distressz, a másik a pozitív élettani reakciókat kiváltó eustressz. A stressz állapota tehát nem csak egy általános rossz lehet, amit mindenáron el kell kerülni, lehet pozitív is, hiszen biztosítja mindazt a motivációt és energiát, ami a folyton változó környezetünkhöz való alkalmazkodást elősegíti (Bódizs, 2000).

A munkavégzéssel kapcsolatos stresszor is kétféle lehet. Amikor a munkahelyi stresszről beszélünk általában a distresszt értjük alatta, amely káros fizikai és érzelmi reakciókat vált ki. Munkahelyi stressz akkor jelentkezik, amikor a munkavállaló képességei, erőforrásai és szükségletei nincsenek összhangban a munkakör követelményeivel. Pozitív stressznek tekinthető az a munkahelyi kihívás, amely lelki és fizikai energiákat mozgósít és új készségek megtanulására motivál (Katona, 2006).

A munkahelyen fellépő stresszorokat Cooper és Davidson (1987) próbálta először rendszerbe foglalni, és megkülönböztetett feladattal, munkakörnyezettel, szervezetben betöltött szereppel kapcsolatos, és szervezeten kívüli stressz hatásokat. A feladattal kapcsolatos stressz hatások a mennyiségi minőségi túl- vagy alulterhelést, a munkafeltételek rendszerét, és a változásokat foglalják magukba. A munkakörnyezettel kapcsolatos stressz hatásokon a munkahely fizikai feltételrendszerét értjük. A szervezetben betöltött szerep pedig tovább bontható egyéni, csoport és szervezeti szintű szerepekre. Egyéni szinten elsősorban a szerepkonfliktus és a szerep-kétértelműség okozza a problémát a munkavállalóknak, de meg kell említeni a karrierfejlődést és a túl nagy vagy túl kicsi felelősséget is, mint a stressz lehetséges forrását. Csoportszinten az összetartás hiánya, a munkatársakkal való kapcsolat, a konfliktusok kezelése, illetve a felettséggel kialakított negatív viszony jelent stressz forrást. Szervezeti szinten a légkör, a fizetés, a munka bizonytalansága, a vezetés stílusa, az ellenőrzési rendszer, és a technológia nem megfelelő kialakítása jelenthet fokozott terhelést a dolgozókra (Cooper és Davidson, 1987).

Holmes és Rahe (1967) állította össze azt az életeseemény-skálát, mely a stresszt okozó élethelyzeteket tartalmazza. Ezek mind olyan pozitív vagy negatív változások, melyek jelen lehetnek bárkinek az életében, otthon és a munkahelyen egyaránt: például változás a munkakörben, munkaidőben, munkahelyi konfliktus, munkahely elvesztése, anyagi helyzet változása, előléptetés.

A stresszor azonban nemcsak külső inger lehet. Feszültséget indukálhat a személyben egy belső konfliktus is, egy tudatos vagy tudattalan probléma megoldatlansága. Gondot okozhat például a befektetett munkának nem megfelelő, méltánytalan jutalmazási rendszer (Siegrist, 1996), az előrelépési lehetőségek, a megbecsülés, társas támasz hiánya, a negatív kapcsolatrendszer a vezetővel, kollégákkal stb. (Klein és Klein, 2012).

A munkahelyi stresszmodellek közül az utóbbi évtizedekben leggyakrabban használt Siegrist Erőfeszítés-Jutalom Egyenlőtlenség modellje, melyben a feszültséget a befektetett munka ellenében kapott nem megfelelő jutalom okozza. A szerző a jutalom három kategóriáját különíti el, anyagi juttatás, elismerések, karriertámogatás. Az elmélet szerint a munkavállaló, hogy a feszültséget elkerülje, törekszik a jutalmak maximalizálására illetve az erőfeszítések csökkentésére (Siegrist, 1996).

Az emberi szervezet válaszai az őt érő negatív hatásokra különböző mértékűek és a legkülönbébbek lehetnek: szorongás, feszültség, idegesség (Klein és Klein, 2012), harag, fásultság, depresszió, sőt akár agresszió is: míg mások alvászavarról, emésztési panaszokról rendszeres fejfájásról vagy egyéb pszichoszomatikus tünetekről számolnak be (Pikó, 1999). A stresszre adott válaszreakciókat, azok mértékét és a stressz-sérülékenységet egyéni jellemzők is meghatározzák. Friedmen és Rosenman (1974) azonosította az úgynevezett A-típusú személyiséget, melyre jellemző az izgatott magatartás, indokolatlan agresszió, indulat, fokozott érzékenység az idő múlására, több dolgot csinálnak folyamatosan egyszerre, ellenben képtelenek az adott tevékenységeket előre tervezni, összehangolni. Ez a típus fokozottan veszélyeztetett szív- és koszorúér megbetegedések kialakulására (Bódizs, 2000; Dávid, 2014).

A megküzdési formák is igen eltérőek egyénenként: relaxáció, meditáció, rendszeres testmozgás, viselkedés terápia, vagy akár káros szenvedélyek: alkohol, dohányzás, drogok használata (Atkinson Hillgard és munkatársai, 2005; Szabó, 2006; Pikó 1999). A Hungarostudy 2002 felmérés adataira alapozva megállapították például, hogy a magas munkahelyi stressznek kitett dolgozók között magas a dohányzók és az elhízottak aránya (Jakab, Hulesh és Lázár, 2006).

Fontos megemlítenünk a munkahelyi stresszel kapcsolatban olyan egyéni jellemzőket is, mint például az életkor, nem vagy képzettségi szint. Ezek kapcsolata még nem bizonyítja egyértelmű eredmények, bár az életkor pozitív, a képzettség negatív összefüggéseit igazolta Pikó (1999) magyar egészségügyi dolgozók körében végzett vizsgálatában.

A Hungarostudy Egészség Panel 2006 eredményei szerint a magyar munkavállalók magas munkahelyi stressz-szintje elsősorban a munkahelyi bizonytalanságból a túlvállaló magatartásból és az alacsony társas támogatottságból fakad (Salavecz, 2008), bár a társas támasz csak azoknak segít, akik egyébként is képesek magukon segíteni (Klein és Klein, 2012).

A munkahelyi stressz és egészség összefüggését számos hazai és külföldi kutatás vizsgálta és igazolta már, csak néhányat említve ezek közül:

A fizikai megterhelés magas szintjének és a társas támogatás alacsony szintjének egészségre gyakorolt negatív hatásait egy kanadai mintán végzett vizsgálat igazolta magas vérnyomás, pszichológiai distressz, munkahelyi balesetek és migrén egészségmutatókkal összefüggésben (Wilkins és Beaudet, 1998).

A magas munkahelyi stressz és a kardiovaszkuláris megbetegedések közötti pszichológiai kockázati tényezőre, a magas vérnyomásra, és stresszel összefüggésbe hozható viselkedési szokásokra (dohányzás, kávéfogyasztás) mutat rá Shirom (2003).

Olasz egészségügyi dolgozók mintáján végzett felmérés talált összefüggést a rosszabb egészségi állapot (alvászavarok, mozgásszervi-, emésztőrendszeri panaszok) és az éjszakai műszak, a kor, az erőfeszítés/jutalom egyensúlytalanság és a feladatelkötelezettség magas szintje között (Conway Campanini és munkatársai, 2007).

A stressz okozta panaszok, megbetegedések gyakran a hiányzások, a fluktuáció növekedéséhez (Pikó, 2002), vagy korai nyugdíjba vonuláshoz vezetnek (Szabó, 2006), csökkenthetik a munkahelyi elégedettség és a pszichológiai jóllét szintjét (Van der Doef és Maes, 1999). A Hungarostudy Egészség Panel 2006 magyar mintán végzett vizsgálata alapján a munkavállalók jólléte illetve boldogságérzése negatívan korrelál a munkahelyi stresszel (Salavec, 2008).

A munkahelyi elégedettség

Az elégedettség azt mutatja meg, hogy a munkavállaló elvárásainak milyen mértékben felel meg a munkahelyen tapasztalt feltételrendszerek összessége. A munkával való elégedettséget számtalan tényező határozhatja meg. Szűk értelemben véve például a munkahelyi környezet, a fizetés, egyéb juttatások, a vezetőséggel kialakított kapcsolat, a kollégák közötti kapcsolatrendszer sajátosságai, a munkahelyi eszközállomány és az előrelépési lehetőségek (Klein, 2012). További egyéb tényezők, melyekkel a munkavállaló a munkavégzése során szembeesül a munka változatossága, kontroll mértéke, munka értelmessége, saját munkamódszerek szabad kiválasztása, munkaórák száma, szaktudás használatának lehetőségei (Rosta Nylenna és Aasland, 2009; Saane Sluiter és munkatársai, 2003). Tágabb értelemben nem szabad megfélekezni az elégedettség egyéni összetevőjéről sem, hiszen minden ember más elvárásokat támaszt a munkájával kapcsolatban (Klein, 2012).

Az elégedettség legegyszerűbb megközelítése Vroom szükséglet-kielégítési elmélete (Vroom, 1964; Lawler és Porter, 1968, idézi Klein, 2012), mely szerint az ember akkor elégedett, ha megkapja, amit akar, és annál elégedettebb, minél jobban akarta azt, amit megkap, viszont annál elégedetlenebb, ha nem kapja meg.

Az elégedettség és elégedetlenséget vizsgálva Herzberg egy másik, kéttényezős elméletet alakított ki (Herzberg, 1974), mely Maslow motivációelméletén és szükséglet-hierarchiáján alapszik (Maslow, 1966). Herzberg megkülönböztet motivátor és higiénés feltételeket. A motivátorok azok a tényezők, melyek az

egyén magasabb rendű szükségleteit elégítik ki, azaz belső motívumok, ilyen például a képzések, az előrelépési lehetőségek. Ha a munkavégzés során ezek a feltételek hiányoznak, az nem vezet elégedetlenséghez, csupán egy semleges attitűd alakul ki a munkával kapcsolatban. A higiénés tényezők hiánya ezzel szemben elégedetlenséget okoz a munkavállalókban, meglétük viszont nem hoz elégedettséget, csak egy semleges viszonyulás kialakulását. A higiénés tényezők külső motívumok, ilyenek lehetnek, mint például a pénz, biztonság, kapcsolatok, munkafeltételek. Ha tehát a dolgozó fizetésének összege elmarad attól a méltányos szinttől, amely megfelelne az általa befektetett erőfeszítéseknek, vagy nincs lehetősége arra, hogy előrelépjen, az egyén elégedetlenné válik (Herzberg, 1974; Siegrist, 1996). A motivációt a munkavégzésben a valóban elégedettséget kiváltó motivátor tényezők jelentik (Szakács és Bánfalvi, 2006).

Az elégedettség hiányának következményei

Több korábbi kutatásban szerepelt eddig az elégedettség függvényében a munkahelyi hiányzások (Scott és Taylor, 1985), a fluktuáció (Boswell Boudreau és Tichy, 2005) és a teljesítmény kapcsolatának vizsgálata (Judge Thoresen és munkatársai, 2001). A vizsgálatok többsége azt a tényt támasztotta alá, hogy ezek között van összefüggés. A hiányzást egy spontán reakciónak tartják, és többen feltételezik, hogy inkább személyen belüli aspektusok határozzák meg, mint például az elégedettség. Ezzel szemben a kilépést egy hosszabb tervezési folyamat előzi meg, így valószínűleg nagyobb mértékben befolyásolja a munkahellyel való elégedetlenség, kevésbé hajlamos az elégedett dolgozó a munkahely-változtatásra (Lee és Monday, 1987, idézi Klein, 2012). A teljesítmény feltételezett kapcsolata a vizsgált változóval Hawthorne kutatásai óta ismert. Sok kutató ellenben azt gondolja, hogy nem az elégedettség határozza meg a teljesítményt, hanem fordítva (Lawler és Porter, 1975, idézi Klein, 2012), az elégedettség nemcsak oka lehet a jobb teljesítménynek, hanem okozata is. Az elégedettség jó teljesítményhez vezet és fordítva. Korábban az volt a feltételezés, hogy az elégedett dolgozó a jó dolgozó, de ezt nem tudták igazolni (Klein és Klein, 2012). Mások viszont a közvetlen kifejtett hatás lehetőségét is elvetik, és azt állítják, hogy a befektetett erőfeszítés, a teljesítmény, és az ezért kapott méltányos vagy éppen méltánytalanul kevés jutalom szabja meg az elégedettség szintjét (Kun, 2002).

A Hungarostudy 2002 felmérés adataira alapozva megállapították, hogy a magyar munkavállalók a munkájukkal 0-2-ig terjedő skálán értékelve mindössze $1,48 \pm 0,01$ átlagértéket mutatnak elégedettség terén (Kopp és munkatársai, 2006).

Az egészségügyi dolgozók munkahelyi egészségpszichológiai jellemzői

Sok kutatómunka irányul napjainkban az egészségügyi alkalmazottak vizsgálatára, mivel náluk igen jelentős a kiégés kockázata a folyamatosan fennálló munkahelyi stressz miatt. A kiégés nagyobb kockázatát a munkahelyi elégedetlenség és az érzelmi kimerültség okozza (Pikó, 2006; Pikó és Piczil, 2006). A munkahelyi elégedettség és az étel elégedettség, azaz a szubjektív jóllét jelentősen összefüggenek egymással (Pikó és Piczil, 2006). Az egészségügyben dolgozóknak gyakran szembesülniük kell a kezelések hiábavalóságával, kudarcaival, meg kell küzdeniük a betegek elvesztésével. Mindennek feldolgozásához elsősorban saját magukra támaszkodhatnak és az egészségügyi szakképzés során sem szentelnek az erre irányuló mentálhigiénés felkészítésnek elegendő figyelmet, pedig a súlyos betegek gondozása különleges felkészültséget igényelne (Bognár Kolosai és munkatársai, 2001; Hegedűs és Riskó, 2006).

Ezzel egy időben, napjainkban a velük szemben támasztott elvárás egyre növekszik. Ezért idejük nagy részét a munkájukra fordítva, a magukra szánt törődés mértéke mindössze 5-10 %. A súlyos betegekkel foglalkozók között nagyobb az élettársi kapcsolatban élők aránya, akik viszont házasságban élnek, azok között magasabb a házastársi stressz mértéke, mint az egészségügy más területein dolgozóknál. Csoportjukban magasabb az egyedül élők aránya is, akik kevésbé számíthatnak mások segítségére szorult helyzetben. Mondhatjuk tehát, hogy családi helyzetük rendezetlenebb. A méltánytalanul alacsony fizetés miatt sokan közülük több munkahelyen is kénytelenek helyt állni, ez tovább növeli fizikai és pszichés terhüket. A depressziós tünetegyüttes gyakrabban fordul elő náluk, pszichés állapotuk rosszabb, fájdalommal küszködnek, kimerültebbek, mint a kontroll csoportban. Mindezen körülmények miatt magasabb a dohányosok, alkoholt illetve drogot használók aránya is körükben. Egy magyar mintán, orvosnők körében végzett kutatás során azt találták, hogy a magyar orvosnők egészségmutatói rosszabbak más diplomás foglalkozásúakénál, több a terhességi patológiai probléma közöttük, több a vetélés, abortusz, veszélyeztetett terhesség. Ezek hátterében a szerepkonfliktus és munkastressz negatív hatása sejthető. Körükben a krónikus betegségek előfordulási gyakorisága magasabb, és kiemelkedő az infarktus-halálozás (Molnár és Mezey, 1991).

Egyre több vizsgálat próbál választ keresni az orvosok boldogtalanságára, melynek hátterében elsősorban a munkahelyi elégedetlenséget és a kiégést jelölik meg. A pályaelhagyók is elsősorban a hivatással elégedetlenek közül kerülnek ki. Természetesen mindez nemcsak az orvosokat érinti, hanem a szakdolgozókat is. Hosszú munkaidőben, keményen dolgoznak, rendszeresen ügyelnek hétvégéken,

ünnepnapokon, és vállalnak ügyeletet, mindemellett krízishelyzetben kell helytállniuk. A nagyfokú fizikai és emocionális stressz mellé a rendkívüli szakmai és erkölcsi felelősség terhe társul. Az egészségügyi dolgozók elégedetlensége kihat személyes egészségi állapotukra, a páciensek elégedettségére és együttműködésükre, interperszonális kapcsolatrendszerükre, beteg-dolgozó közötti kommunikációra és az egészségügyi ellátás általános színvonalára. Az elégedettséget befolyásoló legfontosabb tényezők az autonómia, a kapcsolatrendszer, munkahelyi tényezők, fizetés és a társadalmi elismerés (Kapocsi, 2011).

Meg kell említeni még az egészségügyi hivatás presztízsveszteségét is, mely az utóbbi évtizedeket jellemzi. A betegek kapcsolata megváltozott az egészségüggyel, a páciensek műveltebbek, iskolázottabbak és aktívan szeretnének részt venni a gyógyulás folyamataiban. A hivatás társadalmi értékének csökkenése szintén emocionális teherként nehezedik a dolgozókra (Kapocsi, 2011; Pikó és Piczil, 2000). Mindehhez a média negatív hozzáállása is asszisztál az egészségügyi dolgozókkal szemben (Kapocsi, 2011).

Kérdésfelvetés

A teljes vizsgálat 2013-ban egészségügyi szakdolgozók körében zajlott, célja a munkahelyi elégedettség, az én-hatékonyosság, a munkahelyi stressz, munkamagánélet egyensúly és az általános jóllét közötti kapcsolat feltárása volt (Deutsch, 2013).

Jelen tanulmány a mintára specifikusan összeállított előzetes, feltáró jellegű interjú, és az ezen alapuló stresszkérdőív nyílt itemeire adott válaszok tartalom-elemzésére, összegzésére fókuszál.

Az előzetes interjúk során célunk feltárni a szakmára jellemző munkahelyi körülményeket, interperszonális viszonyokat, stresszorokat és az egyéni jellemzőket. Ezen belül foglalkozunk a munkaidő, munkakör, munkakörnyezet és munkafeltételek sajátosságaival, a munkahelyi elégedettséggel, a szervezeti hierarchiával, a felettesek, dolgozók és betegek közötti kapcsolat jellegzetességeivel, az interjúalanyokat érintő legfőbb stressz tényezőkkel és egyéni coping technikákkal.

A stressz kérdőívvel célunk feltárni a megkérdezettek stressz következtében észlelt tüneteit, az egyénre jellemző megküzdési módszereket, a dolgozók elégedettségét növelő tényezőket és intézményszintű beavatkozásokat.

Anyag és módszer

Az általunk szerkesztett stresszre vonatkozó kérdőív kialakításának első lépéseként előzetes interjúkat vettünk fel a kórház különböző osztályairól tíz, a vizsgálati mintának megfelelő munkakörben dolgozó személlyel. Az interjú kérdéseit a mintára specifikusan igyekeztünk összeállítani, úgy, hogy lehetőleg tartalmazza, érintse és rákérdezzen az intézményben előforduló problémaforrások mindegyikére, melyek stresszorként jelentkezhetnek a munkahelyen. Ehhez Cooper és Davidson (1987) publikációját vettük alapul. Az interjúban ilyen és hasonló kérdések szerepeltek, mint például: „Megfelelőnek tartja-e a munkahelyi eszközállományt? Mennyisége, minősége és hozzáférhetősége milyen?”, vagy például: „Milyenek a munkahelyi kapcsolatok a kollégák között, a vezetőkkel és a betegekkel?”.

A felvétel kézzel jegyzetelt formában történt. Az interjú strukturált, nyitott kérdésekből állt, teret engedve a megkérdezett személy szabad gondolkodásának, így az általa megfogalmazott legkülönbözőbb válaszlehetőségek előfordulásának.

Az eredeti vizsgálatban használt kérdőív 89 kérdést tartalmaz, melynek részét képezi az a mintánkra speciálisan összeállított stresszre vonatkozó 32 item, melynek alapjául szolgált a felvett interjúk anyaga. (Deutsch, 2013) Ebből most néhány kérdéssel foglalkozunk jelen tanulmányban. A 85. és a 86. számú kérdések kétpólusú választások, melyek „igen” válasz esetén nyílt kérdésként szabadon kifejtethők a továbbiakban. Tartalmilag a stressz következtében észlelt tünetekkel és a stressz leküzdésének módszereivel foglalkozik. A 87. kérdés egy öt fokozatú Likert skála, mely arra kérdez rá, hogy a megkérdezett személy milyen mértékű segítséget kap a munkahelyétől a stressz leküzdéséhez. Ehhez kapcsolódik a 88. („Mondjon öt dolgot, amivel elégedett lenne, ha a munkahelyén megváltozna!”) és a 89. („mit tehetne a munkahelye annak érdekében, hogy a dolgozók kevesebb stresszt éljenek át?”) kérdések, melyek többszörös választást tesznek lehetővé az előzetes interjúk során felvetett tényezők közül. A válaszadó figyelmét felhívtuk arra, hogy több lehetőséget is megjelölhet. Az említett itemek a dolgozók elégedettségét növelő tényezőket és a munkahely által biztosítandó feltételeket tárja fel.

Minta bemutatása

Keresztmetszeti vizsgálatunk egy Dél-Alföldi kórházban folyt, ezért a kórház hozzájárulását kérvényeztük a vizsgálat lefolytatásához.

Az interjúkat a kórház különböző osztályairól tíz, a vizsgálati mintának megfelelő munkakörben dolgozó személlyel készítettük.

A kérdőívet 86 egészségügyi szakdolgozó töltötte ki, közülük hat férfi. 87%-ban 25-56 év közöttiek. Munkakörük főként ápolók, asszisztensek, szakasszisztensek, szülésznők, gyógytornászok vagy főnővérek, akik rendszeresen betegekkel foglalkoznak. A kérdőív kitöltése anonim, és önkéntes volt. A megkérdezett csoport tagjai különböző kórházi osztályokon dolgoznak, és a vizsgált intézmény alkalmazottai 1-39 éve. Heti átlagos munkaórák száma 12-70 között ingadozik. Munkarendjük szerint 50 fő normál munkarendben dolgozik, 36-an az egészséges biológiai ritmusukat felborítva műszakos munkarendben dolgoznak vagy ügyeletet vállalnak.

A mintába került egyének egészségmagatartására jellemző, hogy 30 fő rendszeresen sportol, 30 fő dohányzik, 59 fő használ valamilyen serkentőszert. Családi háttérük alapján a minta 80%-a kap támogatást otthon a szülőktől, vagy a párjától. Az általános egészségi állapotukat a megkérdezettek 7%-a kiválónak, 69%-a jónak, 22%-a közepesnek minősítette.

Eredmények

Az interjúk elemzése

Az egészségügyi szakdolgozók heti munkaóráinak száma az előzetes interjúk alapján a legtöbb esetben nem haladta meg a 40 órát. A dolgozók úgy ítélték meg, hogy ez még nem megterhelő a számukra, ugyanakkor volt, aki jelezte, hogy nem bírna ettől többet ledolgozni. Ezzel szemben viszont a napi nyolc óra munkaidő alatt ellátott betegek számát irreálisnak találták. Az egy ellátottra jutó kevés idő, a nem megfelelő munkafeltételek, a szakemberek hiánya, az ellátással sokszor elégedetlen, és ennek hangot is adó betegek növekvő száma miatt sokuk érzi mentálisan megterhelőnek az ellátásban részesülők számát.

A munkahelyi körülményeket a megkérdezettek többsége nem tartotta megfelelőnek, a fizikai feltételek közül kiemelt szerepet kapott a helyiségek hőmérséklete, a higiénia és az eszközállomány, melyet a dolgozók nagy része nem megfelelőnek vagy hiányosnak említett, ami egyben a munkát hátráltatja, lassítja, zavarja.

Az egyik megkérdezett véleménye szerint *„a hőmérséklet a gépeknél klimatizált, egyébként nem, ilyen hőmérsékleti különbségek között járunk. Télen hideg van, nyáron meleg. Rosszak a székek, kicsi helyiségben sok beteg és dolgozó van összezárva, nincs elválasztás a betegek között, nem tudnak vetkőzni, öltözni rendszeren”*.

Az elhangzott vélemények alátámasztani látszanak Cooper és Davidson (1987) eredményeit, mely szerint a technológiai feltételek nem megfelelő kialakítása a munkahelyen fokozott terhelést jelenthet a dolgozókra.

A munkahelyi eszközállománnyal kapcsolatban elmondták, hogy általában megfelelő színvonalú, ugyanakkor volt, aki arra panaszkodott, hogy *„bár jól felszerelt a labor, de régi gépek vannak, jönnek folyamatosan a hibák, ilyenkor nem tudunk dolgozni”*.

Beszélggettünk arról is, hogy hogyan működik a munkahely, mint szervezeti egység. Megfelelő-e az együttműködés, a formális, munkavégzéssel kapcsolatos kommunikáció, információáramlás, s annak tartalma? Többen az információk áramlását és a hierarchiában mutatkozó áthidalhatatlan nagy távolságot nem tartották ideálisnak. Ez utóbbinak ellentmondani látszik azonban, hogy a vezetőkkel való munkahelyi kapcsolatok megítélése döntően pozitív volt.

A kollégákkal és a betegekkel kialakított kapcsolatok minőségét többen változónak jelölték, mivel a pozitív viszonyok létrehozása mindkét fél együttműködését igényelné. Korábbi kutatások is beszámoltak arról, hogy a betegek kapcsolata megváltozott az egészségüggyel, a páciensek műveltebbek, iskolázottabbak és aktívan szeretnének részt venni a gyógyulás folyamataiban. A hivatás társadalmi értékének csökkenése emocionális teherként nehezedik a dolgozókra (Kapocsi, 2011; Pikó és Piczil, 2000).

A munkahelyi társas támogatás mértéke maximális összefogásra és kölcsönösségre utalt. A megkérdezett szakdolgozók többsége azt válaszolta, hogy mindenkor, mindenben számíthat a kollégák támogatására. A Cooper és Davidson (1987) által meghatározott interperszonális stresszforrások, azaz csoportszinten az összetartás hiánya, a munkatársi kapcsolat, konfliktuskezelés, felettséssel kialakított viszony negatív formái tehát nem voltak jellemzően jelen az adott intézményben. A megkérdezettek közül csak egy személy nyilatkozott elmarasztalóan, aki szerint *„rivalizálás megy, versenyszellem van, az a baj, ha egy kicsit is okosabbnak tartanak, akkor beléd akarnak kötni, viszont, ha hibázol, akkor véged. A saját hibájukat próbálják eltusolni a kollégák”*.

A feladat és felelősségi köröket minden alkalmazott egyértelműnek gondolta, ebből egy dolgozó találta a munkakörével járó felelősségvállalást mentálisan nagy tehernek. A többiek szerint felelősségre elsősorban a felettesek vonhatók, hiszen ők csak konkrét utasításokat hajtják végre, szinte kivétel nélkül minden esetben. Az egyik interjúalany így válaszolt: *„természetes, hogy hibázunk, hiszen emberek vagyunk, de annak súlyos következményei lehetnek, oda kell figyelni nagyon, és ez nehéz”*.

Egymás szakmai felkészültségét és hozzáértését személytől függő egyéni változóként kezelték, elégedettségüket, elkötelezettségüket és lelkesedésüket egy kivétellel negatívan ítélték meg. Véleményük szerint ennek legfőbb oka a méltánytalanul alacsony szintű bérezés és az egyéni fejlődési lehetőség hiánya. Ezek alátámasztani látszanak Siegrist (1996) Erőfeszítés-Jutalom Egyenlőtlenség modelljét és Herzberg kéttényezős elméletét, mely szerint a dolgozók elégedettségét higiénés és motivátor tényezők egyaránt meghatározzák (Herzberg, 1974). A

megkérdozettek ennek okát az intézmények pénzücsális kereteinek szükösségével magyarázták. Hasonló megállapításokat tett Kun (2002) és Kapocsi (2011).

A dolgozók úgy gondolják, hogy egyéni törekvések, célok, tervek megvalósítására csak öneróból nyílik lehetőségük. A fejlődési lehetőségekkel kapcsolatban hasonlóan vélekednek. Az egyikük azt nyilatkozta, hogy *„itt nincs lehetőség, fizethetem a tanfolyamaimat, ha akarom, képezhetem magam, ha akarom, de nem kapok semmiféle támogatást, se étel, se utazás, se szállás, se tanfolyam, se jegyzet, vagy cd, vannak egyéb kiadások, de azt sem támogatják, esetleg a napokat megkapjuk”*.

A szakdolgozók többsége az alacsony bérezést jelölte meg elsődleges stressz forrásként. Ezen túlmenően a felelősség, a hibázási lehetőség és a sok beteg ember is okozhat stresszt.

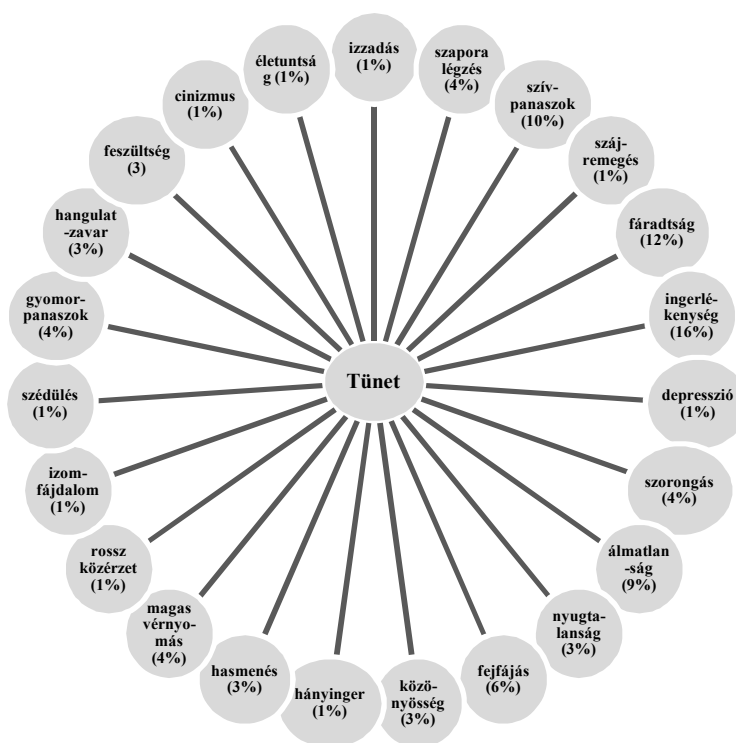
A stressz következményeként sokan konkrét testi tüneteket is tapasztalnak magukon, ezek közül néhányat említünk: fejfájás, gyomorideg, hasmenés, feszültségérzés, izzadás. Az interjúalanyok a stresszel való megküzdéshez a munkahelytől semmiféle támogatást vagy segítséget nem kapnak, ennek ellenére mindegyikük úgy érzi, hogy meg tud birkózni munkahelyi problémáival, konfliktusaival. Azonban csak kevesen használnak a mindennapi gyakorlatban ennek elhárítására olyan pozitív megküzdési technikát, mint a sport. Volt, aki azt mondta, hogy *„vagy megpróbálok megoldani a problémát, vagy ha stresszes napom volt, akkor a barátnőmmel megbeszélem.”* Egy dolgozó kiabálással, dühözgással, sírással oldja a feszültségét.

Mivel a legfőbb stressz tényezőnek sokan a méltánytalanul alacsony juttatásokat jelölték, érthető, hogy a stressz leküzdésére a kórháztól, mint szervezeti egységtől elvárt elsődleges intézkedésként, a bérek rendezését várják. Többségük ugyanebben látná a munkahelyi elégedettség növelésnek lehetőségét is. Valaki kiemelte, hogy az odafigyelés, a felszereltség javítása, a helyettesítés biztosítása szintén hozzájárulna az elégedettség növeléséhez. Illetve arra is felhívta egy megkérdozett a figyelmünket, hogy *„jó lenne, ha nem lenne örök elégedetlenség, mert már semminek nem tudnak örülni, mindenki egyből nagy változást szeretne”*. A fizetések rendezésén túl, van aki *„megfelelő körülményekre, légkörre, eszközökre, kórházi épületek megfelelő kialakítására, kulturált várók és rendelők biztosítására vágyik”*.

A szakma szépségéről is beszélgettünk az interjúalanyokkal. A másoknak való segítséget emelte ki mindenki, az egyik megfogalmazás így hangzik: *„én azt szeretem a legjobban, amikor a betegek rám néznek, visszamosolyognak, nem néznek le, a legjobb, ha jó eredményeket tudsz adni a betegeknek és ehhez minden feltételek adott, hogy ezt megcsináld”*.

A stressz következtében észlelt tünetek bemutatása, a stresszel való megküzdés eszközei és az elégedettség növekedésének lehetőségei a mintára vonatkozóan

A továbbiakban a kérdőíves felmérés néhány kérdésének elemzésére, bemutatására kerül sor. Vizsgáltuk a stressz következtében észlelt tüneteket, a stressz leküzdésének módszereit. Többszörös választ lehetővé tevő itemek segítségével mértük fel, hogy a dolgozók elégedettségéhez milyen tényezők járulnának hozzá, illetve véleményük szerint a munkahelynek milyen változtatásokat kellene elvégezni ahhoz, hogy a munkavállalók helyzete javuljon.

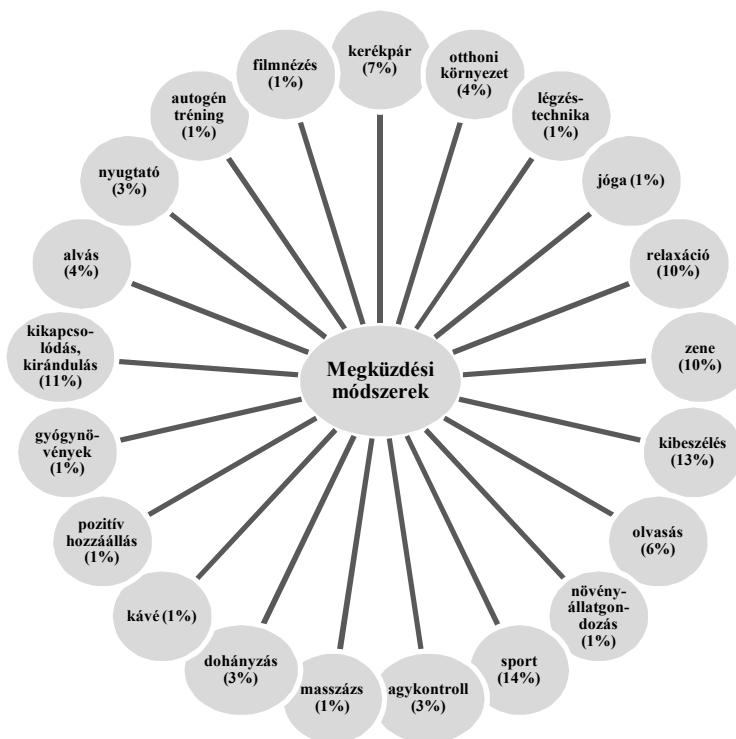


Forrás: Saját vizsgálat, 2013

1. ábra: Stressz következtében észlelt tünetek.

Amennyiben a válaszadó a stressz következtében észlel tüneteket, van lehetősége felsorolni azokat. A megkérdezettek 53%-a azt válaszolta, hogy valamilyen stressz okozta tünetet észlel magán. A kapott választípusokat külön-külön megszámoztuk, a nagyon hasonló kategóriákat egybevetünk, ilyen volt például a sport-mozgás, vagy a fáradtság-kimerültség, kialvatlanság-alvászavar, ingerlékenység-idegesség-izgalom stb., ezeket mind jelöltük az ábrákon is. Az 1. ábra mutatja, hogy a magukon észlelt tünetek közül a legtöbben az ingerlékenységet-idegességet, a fáradtságot, a szívpanaszokat, az alvászavart és a fejfájást jelölték meg.

A mintába kerültek 61 %-a állította, hogy van saját módszere a stressz kezelésére. Az ehhez kapcsolódó nyílt kérdés arra vonatkozott, hogy milyen megküzdési stratégiákat alkalmaznak. A 2. ábra azt mutatja, hogy a stressz leküzdési formái közül az első öt leggyakrabban használt a sport, a probléma másokkal történő megbeszélése, a kikapcsolódás-kirándulás, a relaxáció és a zene.

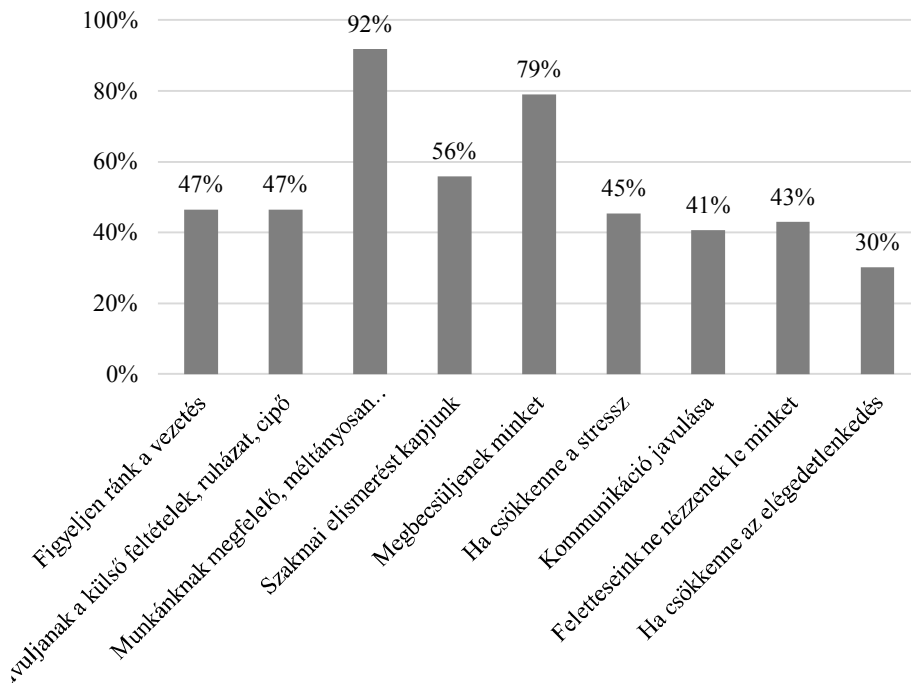


Forrás: Saját vizsgálat, 2013

2. ábra: A stressz leküzdési módszerei.

A megkérdezetteknek arra is választ kellett adniuk (87. item), hogy kapnak-e valamilyen segítséget a stressz leküzdéséhez a munkahelyüktől. Az interjúalanyok egy 5 fokozatú Likert skálát alkalmaztak a válaszadáshoz (az 1→egyáltalán nem megfelelő, 5→teljes mértékben megfelelő). A minta 72%-a azt jelölte, hogy semmiféle segítséget nem kap ilyen szempontból, 7 személy érezte csak úgy, hogy a munkahely segít a stressz okozta problémák megoldásában ($M=1,90$; $SD=1,02$). A további kimaradó 17 megkérdezett erre a kérdésre semleges választ („nem tudom eldönteni”) adott.

A stressz kérdőív utolsó két kérdése arra vonatkozott, hogy a dolgozó mivel lenne elégedett a munkahelyén, ha az megváltozna (88. item), és ennek érdekében mit kellene tennie az adott intézménynek (89. item). A 3. ábrán azokat a tényezőket ismertetjük, melyek hozzájárulnának a dolgozói elégedettség növeléséhez. A kérdőívet kitöltők feladata az volt, hogy minden tényező esetén el kellett dönteniük, hogy hozzájárul-e adott tényező az elégedettségükhöz. Több választ is megjelölhettek.

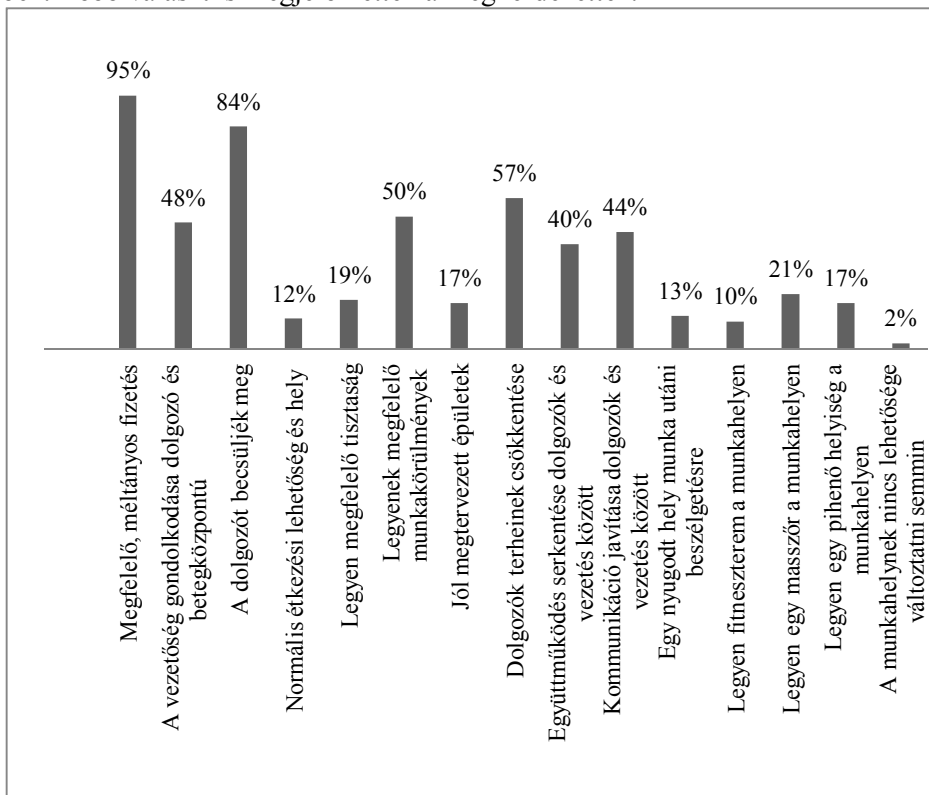


Forrás: Saját vizsgálat, 2013

3. ábra: A dolgozók elégedettségét növelő tényezők.

A válaszok alapján megállapítottuk, hogy a dolgozók elégedettségének növekedését elsősorban a befektetett munkájuknak megfelelően megállapított méltányos fizetés, a megbecsülés, szakmai elismerés, a dolgozóra irányuló figyelem a vezetőség részéről, illetve a külső körülmények javulása eredményezné.

A 4. ábrán a munkavállalók által megjelölt azon intézkedések szerepelnek, melyeket a kórháznak biztosítania kellene az elégedettség növelésének érdekében. Több választ is megjelölhettek a megkérdezettek.



Forrás: Saját vizsgálat, 2013

4. ábra: A munkahely által biztosítandó feltételek.

A munkavállalók szerint a kórháznak az elégedettség növelésének érdekében elsősorban a megfelelő, méltányos fizetést kellene biztosítania. Ezt a választ a megkérdezettek 95%-a jelölte. Második helyen a megbecsülés áll, a válaszadók 84%-ával, harmadik helyen a terhek csökkentése, 57%-os értékkel, negyedik a megfelelő munkakörülmények biztosítása, és ötödik a vezetőség beteg- és dol-

gozóközpontú gondolkodása. Mindezen feltételek biztosítása mellett lehetne a munkavállalók elégedettségének növelését elérni.

A vizsgálat korlátai

Az adatok keresztmetszeti vizsgálatból származnak, amely nem ad lehetőséget az esetleges egyéni belüli változások rögzítésére.

A 86 főből álló mintánk mérete megfelelő volt a következtetéseink levonására, viszont akadnak olyan jellemzők (pl. nem), melyhez a megkérdezett személyek száma kevésnek bizonyult ahhoz, hogy a mintára érvényes megállapítást tegyünk.

A mintánkban csak 6 megkérdezett férfi személy vett részt, hiszen az egészségügyben dolgozók között nagyobb arányban vannak nők. Így nem nyílt lehetőség arra, hogy a nemek közötti különbséget feltárjuk. Érdekes tény pedig, hogy a nők nagyobb mértékben érzékelik a stresszorok kedvezőtlen hatását a munkahelyükön, mint a férfiak (Karasek és Theorell 1990, idézi Neculai, Salavecz és munkatársai 2006).

Egy Kanadában végzett vizsgálat szerint a nők halmozottan ki vannak téve a stresszorok hatásának és vulnerabilitásuk (szociális szerepükből adódóan) is nagyobb, mint a férfiaknak, bár ez utóbbi állítás magyar mintán vizsgálva nem állta meg a helyét (Neculai, Salavecz és munkatársai 2006). Mérséklő tényezők a társas támogatottság, a munkahelyi követelmények alacsonyabb szintje, és a munkahelyi kontroll képessége lehetnek, ám mindezek ellenére a stressznek kitettség, a családi támasz hiánya, a kevesebb jövedelem negatív hatásaira a nők érzékenyebben reagálnak (Roxburgh 1996).

A fentebb említett okok miatt tehát fontosnak tartanánk egy következő vizsgálatban a nemi különbségekre is rávilágítani.

Javaslatok

A stressz okozta megbetegedések és ennek következtében fellépő hiányzások komoly gazdasági terhet rónak a munkáltatókra és mentális megterhelést jelent a dolgozókra nézve. Fontos tehát a munkahelyi stresszorok kedvezőtlen hatásának csökkentése egy munkahelyen.

A stresszkezelő programok a program fókuszsa szerint lehetnek alkalmazottra vagy a szervezetre irányulók. Az egyénre összpontosító prevenció lényege, hogy a dolgozókkal olyan készségeket sajátítsanak el, melyekkel hatékonyan csökkenthetik a rájuk nehezedő mentális terhet. Ilyen lehet a relaxáció, meditáció,

testedzés, biofeedback vagy időmenedzselés elsajátítása. A szervezetre irányuló megelőzés elsősorban a munkahelyi feltételrendszer megváltoztatására törekszik úgy, hogy az minél jobban kielégítse a dolgozók szükségleteit (László és Ádám 2008). A legjobb eredmény akkor érhető el, ha a beavatkozás primer illetve mind a szervezetre, mind az egyénre összpontosít (Juhász 2006, idézi László és Ádám 2008; Noblet és Lamontagne 2006, idézi Csillag és munkatársai 2008). A problémát az jelenti, hogy a legtöbb intervenció másodlagos, vagy harmadlagos, illetve csak a dolgozót, vagy a munkahely fizikai körülményeit célozza meg (László és Ádám 2008). Fontos az intervenció megtervezésénél meghatározni a különböző demográfiai csoportokat is, hiszen számos vizsgálat utal arra, hogy az életkor növekedésével nő a stressz (László és Ádám 2008), vagy a nemek terén például nők és férfiak között eltérés mutatkozik a vulnerabilitásban (Roxburgh 1996), vagy a stresszt meghatározó tényezők terén (Kopp, 2007). Azt is vizsgálták már, hogy az alacsony szocio-ökonómiai státuszú dolgozók magasabb munkahelyi stressznek vannak kitéve és egészségi állapotuk is elmarad a magas státuszúaké mögött (Theorell és Karasek 1990). A magas státusszal rendelkező munkavállalók esetében a stresszkezelő programok bevezetése illetve a túlvállaló magatartás csökkentése lehet a prevenció hatékony eszköze, míg az alacsony státusszal rendelkezők esetében a munkahelyi biztonság, kontroll, társas támogatás növelése tudná csökkenteni a stressz negatív hatásait (László és Ádám 2008).

A munkahelyi stressz elleni küzdelemben hat intervenció pont köré csoportosíthatók a beavatkozások. Elsőként említjük a munkaszereppel kapcsolatos stresszforrásokat a szerep-kétértelműséget és a szerepkonfliktust (Csillag és munkatársai 2008). A szerep-kétértelműség ellen a munkakör-analízis, munkaköri leírás elkészítése, folyamatos, nyílt kommunikáció biztosítása lehet megfelelő prevenció. A szerepkonfliktus során a munkavállalónak olyan különböző szerepelvárásoknak kell megfelelni, amelyek összeegyeztethetetlenek (Csillag és munkatársai 2008). Ennek kiküszöbölésére a cégeknek gondoskodniuk kell a korrekt toborzási programról, gyakornoki programokról, megfelelő munkaidő-beosztásról és az oktatási intézményeknek a karrier-tanácsadásról. Másodikként a munkaköri jellemzőket említjük, mint stresszforrást, mely az atipikus foglalkoztatási formák alkalmazásával (részmunkaidő, rugalmas munkaidő, távmunka és munkakörmegosztás), munkakörök megfelelő kialakításával (Klein és Klein 2012), illetve a munkakör-gazdagítással kompenzálható. Az utóbbi során a munkakört úgy változtatják meg, hogy az a dolgozó egy magasabb rendű szükségletét elégítse ki, például nagyobb felelősségi vagy döntési kört kap a személy. A harmadik fontos stressztényező a személyes kapcsolatok alakulása, mely a kommunikáció folyamatosságával és a megfelelő vezetési stílussal orvosolható. A kommunikáció tréningekkel fejleszthető, a vezetés pedig coachok és tanácsadók alkalmazásával koordinálható (Szabó 2006). A negyedik stresszforrást a szervezeti struktúra és kultúra jelenti, melyek a dolgozó elégedettségére és biz-

tonságérzetére hatnak. A megfelelő szervezeti beavatkozások a következők: decentralizáció, participáció, munkavállalói felmérések és visszajelzések a vezetésnek, és az etikai intézmények, melyek a cég normáit, viselkedési elvárásait foglalják magukba. Az ötödik tényező az emberi erőforrás-menedzsment. Ezen értjük a toborzástól az orientáción, szocializáción, képzés-fejlesztésen, tanácsadáson, karriermenedzsment, teljesítményrendszer kialakításán, kompenzációs és javadalmazási rendszer kialakításán keresztül egészen az elbocsátások lebonyolításáig minden olyan tevékenységet, mely a munkavállalók és a szervezet közötti összehangolódást hivatott szolgálni. A fent említett tevékenységek az intervenció lehetséges formái lehetnek, ha megfelelően alakítják ki azokat. Az utolsó stressztényező a fizikai munkakörnyezet s technológia, hiszen a rossz környezeti feltételek akár 20-30%-kal is ronthatják a termelékenységet (Klein 2004). Intervenció beavatkozás az ergonómiai ismeretek alkalmazásával lehetséges (Csillag és munkatársai 2008).

Mindezen tevékenységek a munkahelyi egészségfejlesztés kategóriájába tartoznak, ötvözve az egyéni és szervezeti intervenció beavatkozásokat, mellyel a leghatékonyabban lépnek fel a munkahelyi stressz ellen. Pozitív következményként a vállalat megítélése javul, csökken a hiányzás, fluktuáció, nő a termelékenység, javul a munkahelyi légkör, és a munkatársi kapcsolat (Sanders és Crowe 1996, idézi Szabó 2006).

Összefoglalás

Kutatásunkban egészségügyi szakdolgozókat kérdeztünk meg, azzal a céllal, hogy a munkahelyi stressztényezőket, a stressz következtében észlelt tüneteket, az egyénre jellemző megküzdési módszereket, a dolgozók elégedettségét növelő tényezőket és intézményszintű beavatkozásokat feltárjuk. Vizsgálatunkhoz interjúkat készítettünk az adott témában és a mintára specifikusan magunk által szerkesztett kérdőív nyílt itemeit használtuk.

A megkérdezettek válaszaik alapján a stressz okozta tünetek közül első helyen szerepel az ingerlékenység, a fejfájás, szívpanaszok és az alvászavar. A megküzdés módjai között a sport első helyen szerepel. A dolgozók szerint az elégedettségüket elsősorban a méltányos fizetés, a megbecsülés, a szakmai elismerés növelhetné, mely Siegrist Erőfeszítés-Jutalom Egyenlőtlenség modelljét támasztja alá (Siegrist 1996). Másodlagos szerephez jut a külső feltételek javulása és a vezetés dolgozó- és betegközpontú irányítása, megerősítve azt a korábbi eredményt, mely szerint a vezetési stílus fontos szerepet tölt be az elégedettségben alátámasztva Kivimaki igazságtalanság elméletét (Kivimaki és munkatársai 2003). Kivimaki igazságtalanság elmélete (2003) két aspektust tekint meghatá-

rozónak a kialakuló feszültség forrásaként, az elosztás és a működési mód igazságtalanságát, mely utóbbi a vezetés korrekt és etikus magatartására utal.

A megkérdozett dolgozók úgy érzik, hogy mindezt a munkahely is tehetne intézkedéseket, bár ezek megvalósításának akadálya elsősorban a megfelelő gazdasági háttér hiányában keresendő. A lehetséges megoldások az egészségügy stabil finanszírozásának megteremtése, a dolgozók munkájának társadalmi és anyagi megbecsülése, elismerése, a megfelelő munkahelyi feltételek és kapcsolatrendszerek kialakítása, a fizikai és mentális terhek csökkentése, mindezek elleni megküzdési technikák elsajátítása már a szakmai képzés során.

Irodalomjegyzék

1. Atkinson és Hilgard, Smith, E. E., Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, L. B. és Loftus, R. G., (2005): Pszichológia, Budapest, Osiris. 275, 439.
2. Bognár T., Kolosai N., Hegedűs K., Pilling J. (2001): „Kellene, aki megfogná a haldokló kezét.” Mélyinterjúk elemzése orvosokkal. *Lege Artis Medicinæ*, 11, (2), 154–163. letöltve: <http://www.elitmed.hu/folyoiratok/lam/0102/10.htm>
3. Bódizs B. (ford.) (2000): *Ismerd meg a stresszt!* Glória Kiadó. Budapest.
4. Boswell, W. R., Boudreau, J. W., Tichy, J. (2005): The Relationship Between Employee Job Change and Job Satisfaction: The Honeymoon- Hangover Effect. *Journal of Applied Psychology*. 90, 5, 882-892. letölthető: <http://psycnet.apa.org/journals/apl/90/5/882/>
5. Conway, P. M., Campanini, P., Sartori, S., Dotti, R., Costa, G. (2008): Main and interactive effects of shiftwork, age and work stress on health in an Italian sample of healthcare workers. *Applied Ergonomics*, 39, 630-639.
6. Cooper, C. L., Davidson, M. (1987): Sources of stress at work and their relation to stressors in non-working environments, In: Kalimo, R., El-Batawi, M. A. E., Cooper, C. L. (eds), *Psychological factors at work and their relation to health*, Geneva: World Health Organization. 99–123.
7. Csillag S., Szentkirályi A., Szilas R. (2008): Szervezeti szintű intervenciók a stressz kezelésében. In: Kopp Mária szerk: *Magyar Lelkiállapot 2008*. Budapest, Semmelweis Kiadó. 305–321.
8. Dávid I. (2014): A stressz és kezelése. In: Dávid I., Fülöp M., Pataky N. és Rudas J. (szerk.) (2014): *Stressz megküzdés, versengés, konfliktusok*. Magyar Tehetségsegítő Szervezetek Szövetsége.
9. Deutsch Sz. (2013): A munkahelyi elégedettség meghatározói; a munkahelyi stressz, az én-hatékonyság, a munka-magánélet egyensúly és az általá-

- nos jóllét tükrében. DE BTK Pszichológiai Intézet Műhelymunka <https://dea.lib.unideb.hu/dea/handle/2437/166791?show=full>
10. Friedman, M., Rosenman, R. H. (1974): Type a Behavior. Knopf, New York.
 11. Gyórfy Zs., Ádám Sz. (2004): Az egészségi állapot, a munkastressz és a kiegész alakulása az orvosi hivatásban. Szociológiai Szemle, 3, 107–127.
 12. Gyórfy Zs., Ádám Sz. (2006): Az életminőség alakulása az orvosnői hivatásban. In: Kopp M., Kovács M. E. (szerk.) (2006): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Budapest, Semmelweis Kiadó. 314–322.
 13. Gyórfy Zs., Molnár R., Somorjai N. (2012): Gyógyítók helyzete és egészsége- a magyarországi vizsgálatok szakirodalmi áttekintése. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 13, 2, 107–126. Abstract letöltve: <http://www.akademiai.com/content/r10302j336717376/> 2012.10.31.
 14. Hegedűs K., Riskó Á. (2006): Súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi- és lelkiállapota. In: Kopp M., Kovács M. E. (szerk.) (2006): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Budapest, Semmelweis Kiadó. 302–313.
 15. Herzberg, F. R. (1974): Még egyszer: hogyan ösztönözzük alkalmazottainkat? In:Engländer Tibor (szerk.): Üzempszichológia. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest. 351–573.
 16. Holmes, T. H., Rahe, R. H. (1967): The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research, 11, 213-218.
 17. Jakab E., Hulesh B., Lázár I., (2006): Munkavállalók életminősége. In: Kopp M., Kovács M. E. (szerk.) (2006): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Budapest, Semmelweis Kiadó. 288–301.
 18. Judge, T. A., Thoresen C. J., Bono, J. E., Patton, G. K. (2001): The Job Satisfaction- Job Performance Relationship: A Qualitative and Quantitative Review. Psychological Bulletin, 127, 3, 376-407. letöltve: [http://www.w.timothy-judge.com/JS-JP%20published.pdf](http://www.timothy-judge.com/JS-JP%20published.pdf)
 19. Juhász Á. (2002): Munkahelyi stressz, munkahelyi egészségfejlesztés. Munka- és Szervezetpszichológiai Szakképzés, Budapest.
 20. Kapocsi E., (2011): „Boldogtalan orvosok”- a jelenség és ami mögötte van. Lege Artis Medicinae, 21, (8–9), 584–588.
 21. Karasek, R., Theorell, T. (1990): Healthy work:stress productivity, and the reconstruction of working life. New York, Basic Books.
 22. Katona N. (2006): A stresszel történő megküzdés kognitív-társas megközelítésben. In: Mészáros A. (szerk.) (2006): A munkahely szociálpszichológiai jelenésvilága I. Egyének és csoportok. Z-Press Kiadó Kft. Miskolc. 135-162.
 23. Kivimaki, M., Elovainio, M., Vahtera ,J., Ferrie, J.E. (2003): Organisational justice and health of employees: prospective cohort study Occup Environmetal Medicine, 60, 27–34. Abstract letöltve: <http://oem.bmj.com/content/60/1/27.short> 2012. 11. 15.

24. Klein S. (szerk.) (2012): Vezetés- és szervezetszichológia. EDGE 2000, Budapest.
25. Klein B., Klein S. (2012): A szervezet lelke. EDGE 2000, Budapest.
26. Kopp M., Székely A., Skrabski Á. (2006): Társadalmi-gazdasági helyzet, aktivitás életminőség. In: Kopp M., Kovács M. E. (szerk.) (2006): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó, Budapest. 273–287.
27. Kulcsár Zs. (1993): Pszichoszomatika. Nemzeti Tankönyvkiadó.
28. Kun Á. (2002): A munkával való elégedettség megismerésének elméleti és módszertani alapjai. In: Münnich Á. (szerk.): A jövő vezetőinek jelene. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó. 57–70.
29. László K. és Ádám Sz. (2008): Munkahelyi stresszkezelő programok bevezetéséről In: Kopp Mária (szerk.): Magyar Lelkiállapot 2008. Semmelweis Kiadó. 298–304.
30. Lawler, E. E., és Porter, L. W. (1975): The Effect of Performance on Job Satisfaction. In: Wexley K. K. és Yukl G. A. (Eds.): Organizational Behavior and industrial Psychology. New York: Oxford University Press. 32–39.
31. Lee, T. W., Mowday R. T. (1987): Voluntarily leaving an organisation: An empirical investigation of Streers and Mowday's Model of turnover. Academy of Management Journal, December, 721–743.
32. Maslow, A. H. (1954): Motivation and Personality. New York: Harper.
33. Maslow, A. H. (1966): Elmélet az emberi motivációról. In: Sutermeister, R. A. (szerk.): Ember és termelékenység. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest. 85–106.
34. Molnár L., Mezey M. (1991): Az orvosok megbetegedéséről és halandóságáról. I.–III. *Lege Artis Medicinae*, 1, 8:524–528; 9–10:640–644; 11:966–970. letölthető:
<http://mob.gyemszi.hu/simplesearch.jsp?WHAT=-1&TOSRCH=Az+orvosok+megbeteged%E9s%E9r%E9s+F5l+%E9s+haland%E9s%E1g%E1r%E9s>
35. Neculai K., Salavecz Gy., Stauder A., Kopp M. (2006): Munkahelyi tényezők és pszichés jóllét az oktatás és kultúra területén dolgozó nők körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7, (2), 111–123.
36. Noblet, A., Lamontagne, A. D. (2006): The role of workplace health promotion in addressing job stress. *Health Promotion International* 21, (4), 346–353. Abstract letöltve:
<http://heapro.oxfordjournals.org/content/21/4/346.short> 2012.11.19.
37. Pikó B. (1999). Munkahelyi stressz a nővérek körében: kik a legveszélyeztetettebbek? *Szenvedélybetegségek*, 7 (4), 272–281.
38. Pikó B. (2002): Egészségpszichológia. Új Mandátum, Budapest.

39. Pikó B., Piczil M. (2000): „És rajtunk ki segít...?” Kvalitatív egészségpszichológiai elemzés a nővéri hivatásról. *Esély*, 1, 110–120.
40. Pikó B., Piczil M. (2006): A pszichoszociális munkakörnyezeti jellemzők összefüggése az életelégedettséggel nővérek körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7, (4), 301–310.
41. Pikó, B., Piczil, M. (2012): Stressz, coping és a pszichoszomatikus egészség vizsgálata leendő diplomás ápolók körében. *Orvosi Hetilap*, 153, (31), 247–255. Abstract letöltve:
<http://www.akademiai.com/content/34050386k17137p3/> 2012.10.31.
42. Porter, L. W., Lawler, E. E. (1964): The effect of „tall” versus „flat” organization structures on managerial job satisfaction. *Personnel Psychology*, 17, 135–148.
43. Ross, I. C., Zander, A. (1973): Need Satisfaction and Employee Turnover. In: Vroom V. H., Deci E. L. (Eds.): *Management and motivation*. Penguin books. 61–71.
44. Rosta, J., Nylenna, M., Aasland, O. G. (2009): Job satisfaction among hospital doctors in Norway and Germany. A comparative study on national samples. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37, 5, 503-508. letöltve:
<http://sjp.sagepub.com/content/37/5/503.short>
45. Roxburgh, S. (1996): Gender differences in work and well-being: Effects of exposure and vulnerability. *Journal of Health and Social Behavior*, 37, (3), 265–277. Abstract letöltve: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1997-02828-004> 2012.10.31.
letöltve:<http://www.jstor.org/discover/10.2307/2137296?uid=3738216&uid=2&uid=4&ssid=21101277265271> 2012.10.31. 15:01
46. Saane, N., Sluiter, J. K., Verbeek, J. H. A. M., Frings-Dresen, M. H. W. (2003): Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction- a systematic review. *Occupational Medicine*, 53, 191-200. Letöltve:
<http://ocmed.oxfordjournals.org/content/53/3/191.full.pdf>
47. Sanders, D., Crowe, S. (1996): Overview of health promotion in the workplace. in: Scriven A., Orme J. (ed.): *Health Promotion. Professional Perspectives*. Macmillan Press Ltd.
48. Salavecz Gy. (2008): Munkahelyi Stressz és Egészség In: Kopp Mária (szerk.): *Magyar Lelkiállapot 2008*. Semmelweis Kiadó. 288–297.
49. Scott, K. D., Taylor, G. S. (1985): An Examination of Conflicting Findings on the Relationship Between Job Satisfaction and Absenteeism: A Meta-Analysis. *Academy of Management*. 28, 599-612. letöltve:
http://ww1.pdii.net/docs/5_Examination_of_Conflicting_Findings_Between_Job_Satisfaction_and_Absenteeism.pdf
50. Selye J. (1965): *Életünk és a stressz*. Akadémiai Kiadó, Budapest.

51. Selye J. (1970): In vivo. A szupramolekuláris biológia védelmében. Akadémiai Kiadó, Budapest.
52. Selye J. (1983): Stressz distressz nélkül. Akadémiai Kiadó, Budapest.
53. Shirom, A. (2003): The Effects of Work Stress on Health. In: Shabracq, M. J., Winnubst, J. A. M. és Cooper, C. L. (szerk.) (2003): The Handbook of Work and Health Psychology. John Wiley & Sons, Ltd.
54. Siegrist, J. (1996): Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, (1), 27–41. Abstract letöltve: <http://psycnet.apa.org/journals/ocp/1/1/27/> 2012.11.15.
55. Smith, R., (2001): Why are doctors so unhappy? *British Medical Journal*, 322, 1073–1074.
56. Szabó E. (2006): Munkahelyi pszichológia a megváltozott munkaképességű személyek alkalmazásában. In: Münnich Ákos (szerk.): *Pszichológiai szempontok a megváltozott munkaképességű emberek munkaerőpiaci integrációjának elősegítéséhez*. Debrecen, Didakt Kiadó. 159–224.
57. Szakács F., Bánfalvi M. (2006): *Vállalkozás- és szervezetpszichológia. Általános Vállalkozási Főiskola (jegyzet), ÁVF, Budapest.*
58. Szántó Zs., Susánszky É. (2006): Az életminőség laikus megítélését befolyásoló betegség-magyarázati struktúrák. In: Kopp M., Kovács M. E. (szerk.) (2006): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest, Semmelweis Kiadó. 48–61.
59. Theorell, T., Karasek, R. A. (1996): Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal Occupational Health Psychology* 1, (1), 9–26. Abstract letöltve: <http://psycnet.apa.org/journals/ocp/1/1/9/> 2012.11.19.
60. Van der Doef, M., Maes, S. (1999): The Job Demand-Controll(suport) Model and Psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, 13, (2), 87–114 Abstract letöltve: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.displayRecord&id=1999-01436-001> 2012.11.19.
61. Vroom, V. H. (1964): *Work and Motivation*. New York: Wiley.
62. Wilkins, K., Beaudet, M. P. (1998): Work stress and health. *Health Reports*, 10, 3., 47-62.

Deutsch Szilvia, Első diplomáját 1994-ben a Pollack Mihály Műszaki Főiskola Vízgazdálkodási Intézetének Környezeti szakirányán szerezte, mint építőmérnök.

2010-ben kezdett érdeklődni a pszichológia, mint tudományterület iránt. 2013-ban szerzett pszichológia BA diplomát. 2015-ben végezte el a Debreceni Egye-

tem Pszichológiai Intézet pszichológia mesterképzési szakát munka- és szervezetpszichológia szakirányú specializációval.

Dr. Gergely Éva, A Debreceni Egyetem Gazdaságtudományi Kar Vezetés- és Szervezéstudományi Intézet adjunktusa. 2012-ben szerezte doktori fokozatát az Ihrig Károly Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskolában. 2015-ben szerzett pszichológus diplomát a Debreceni Egyetem Pszichológiai Intézetében munka- és szervezetpszichológia szakirányú specializációval.

UNIVERSITY
OF DEBRECEN

FACULTY OF
HEALTH
NYÍREGYHÁZA



ACTA
MEDSOC
VOLUME 6.
2015

Szociális és egészségügyi szolgáltatók együttműködési szükségleteinek feltárása a szakértői gyorsértékelés (RAR) módszerével

Hüse Lajos

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar

Abstract. The study describes how to use the method of Rapid Assessment Research (RAR) proposed by the WHO. The chapters focus the relevant theoretical frameworks and models; available statistical data accessible during the period of RAR; the member's experience in focus and target groups. The RAR process is extremely fast, and the results – which are presented at the end of the study – were forming out to plan to the intervention phase, to specify the target indicators, and to shape the monitoring and assessment activities.

Keywords: health, social status, cooperation, rapid assessment

Absztrakt. A tanulmány a *szakértői gyorsértékelés* (Rapid Assessment Research, RAR) WHO által javasolt módszerének alkalmazását mutatja be. Az egyes fejezetek a szakértői fókuszok mentén fogalmazódtak meg, melyekben összegződtek a vonatkozó elméleti keretek és modellek, a RAR-kutatás időszakában elérhető adatok, valamint a fókuszcsoportok tapasztalatai. A RAR folyamata rendkívül gyors, és az eredmények – melyek bemutatása a tanulmány végén kapott helyet – olyan formában rajzolódtak ki, amely teljes mértékben alkalmas projekt-szerű folyamatok beavatkozási szakaszának a megter-

vezésére, a célindikátorok meghatározására, valamint a monitoring tevékenység és az értékelések végrehajtására.

Kulcsszavak: egészségi állapot, szociális helyzet, együttműködés, szakértői gyorsértékelés

A RAR módszer

A *szakértői gyorsértékelés* (Rapid Assessment Research, RAR) a WHO által javasolt döntés-, illetve beavatkozás-előkészítő módszertani csomag. A RAR kifejezetten alkalmas olyan helyzetek és problémák feltárására, amelyek rejtetten vannak jelen a társadalomban, vagy nehezen elérhetőek a hagyományos kutatási megközelítések számára (pl. drog, prostitúció, abúzus), vagy amelyek esetében a sürgető döntés vagy beavatkozás érdekében fontosabb a gyors áttekintés, mint az alapos és mély ismeretszerzés (pl. járványok, katasztrófahelyzetek). A RAR módszer célja, hogy gyorsan azonosítsák a kialakult fenyegetés, megváltoztatható helyzet legfőbb faktorait, és felvázolják a beavatkozás szükségleteit, a tervezés sarokpontjait. A gyorsértékelést a lehető legrövidebb időn belül be kell fejezni, miközben a vizsgálatnak ki kell terjednie az érintett lakosság földrajzi eloszlására, a biztonsági kérdés vagy krízis főbb elemeire, valamint a beavatkozás olyan részleteire, mint a hozzáférés feltételei, a közlekedés és a logisztika, a rendelkezésre álló humán erőforrás, valamint az alkalmazott módszerek (Stimson et al, 2001).

Az AlterEgo Egyesület „Skills for Future” elnevezésű projektjének (HUSKROUA/1001/093) célja a sürgető népegészségügyi problémák kezelése volt a szakértői tudásmegosztás, jó gyakorlatok cseréje, valamint a „fehér területeken” való közös munka révén. A cél érdekében életre hívott szakértői csoport munkáját a magyar és az ukrán oldalon párhuzamosan folyó RAR-kutatás támogatta, amely az egészség és a szociális helyzet összefüggéseire irányult 2013-ban¹, részben az ezen metszetben megtalálható, magas rizikójú csoportok vizsgálatával, részben pedig a két rendszer jelenlegi és leendő szakembereinek bevonásával, különös tekintettel az együttműködés jó gyakorlataira, valamint gátjaira. A kutatásokat a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kara, valamint az Ungvári Nemzeti Egyetem kutatói valósították meg. Jelen tanulmány a *magyarországi kutatás-rész folyamatán és eredményein* alapul.

¹ A tanulmány arra irányul, hogy bemutassa a RAR-módszer alkalmazását, valamint az általa elérhető eredményeket. Ezért a tanulmány adatai ugyanazok, amelyeket 2013-ban a szakértők a gyorsértékelés elkészítése során alkalmaztak, és nem tér ki az azóta napvilágot látott frissebb adatokra.

A „Skills for Future” projekt esetében a következő szempontok indokolták a RAR módszertan alkalmazását:

- gyorsaság: a projekt rövid időtartama és az összetett célrendszer hangsúlyossá teszi az időfaktort a beavatkozás-tervezés irányában;
- a probléma elméleti megközelíthetősége: az egészségügyi rendszer és a szociális rendszer együttműködésének kérdését egy köztes, interdiszciplináris kutatási megközelítés szolgálja a legjobban;
- népegészségügyi célok: a projekt távlati, népegészségügyi céljait az ezen a területen bizonyítottan hatékony RAR módszer kiválóan szolgálja;
- beavatkozás-orientáltság: a RAR az a kutatási módszer, amelynek legfőbb célja nem a tudományos szempontból jól publikálható adatmennyiség gyűjtése, hanem a gyors beavatkozás hatékony előkészítése.

A „Skills for Future” projekt előkészítése során a RAR vizsgálat fókuszába állított kérdéseket a kutatás kezdetekor az alábbiak szerint fogalmaztuk meg:

- Milyen modellek, forгатókönyvek alapján történik az ellátás, különös tekintettel az egymást átfedő- és a hiányterületeken?
- Miért nem működnek jól a beavatkozások (ha léteznek)? Milyen eszközök, források hiányoznak?
- Hogyan növelhető az együttműködő rendszerek egymásnak való megfelelése (pl. az adatszolgáltatásban, az eljárások kapcsolódásában)?
- Milyen tényezők akadályozzák a kliensek bevonódását a preventív ellátásba, hogyan fejleszthető az öngondoskodás?
- Hogyan és milyen további készségek fejlesztendők a célcsoportok körében?

A RAR kutatás szakértői alapvetően a határ menti régió helyzetére fókuszáltak, azaz a magyar oldalon Szabolcs-Szatmár-Bereg megyére. Az adatgyűjtés lehetséges eszközei közül az alábbiakat választották ki mind a magyar, mind az ukrán oldalon:

- Adatforrások: statisztikai adatok, kutatási adatok.
- Releváns elméleti megközelítések: forráskutatás.
- Fókuszcsoportok (5-5), a lehetőségekhez mérten azonos összetételben (a magyar és ukrán ellátórendszerek és képzési szisztémák eltérése megjelentik a fókuszcsoportok összetételében – lásd Popovich, 2013).

A magyar fókuszcsoporthoz összetétele:

- szociális és egészségügyi alapellátás szakemberei;
- szociális és egészségügyi szakellátás szakemberei;
- a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karának hallgatói;
- hajléktalanok és
- romák.

Az első fókusz: a szociális helyzet és az egészségi állapot összefüggései

Az elmúlt évtizedekben az egészségtudomány messze meghaladta azt a társadalmakban még mindig élő, közkeletű felfogást, hogy az egészség lényegében a „nem-betegség”, azaz pusztán a betegség hiánya. Az egészség mára multidimenziós fogalom lett, amely a testi-lelki jóléttől a közgazdászok által GDP-ben számolható, a nemzetgazdaság bevételi és kiadási oldalán egyaránt szereplő költségekig terjed. Az egyén egészségét és jólétét befolyásolja, sőt, egyes csoportok esetében determinálja az iskolai végzettség, a foglalkoztatottság, a jövedelem, a státusz, a lakásviszonyok, a tápláló ételekhez való hozzájutás, a megfelelő és hatékony egészségügyi alapellátáshoz való hozzáférés, a genetikai örökség, a korai élettapasztalatok, és természetesen az életmódbeli tényezők, valamint az egyéni viselkedés – pl. az egészségmagatartás vs. rizikómagatartás (Lalonde, 1981).

A fejlett országok kormányai felismerték, hogy a társadalmi egyenlőtlenségek milyen akadályokat képeznek az egészség elérése előtt. Ezért a preventív és korrekatív egészségügyi promóciók mind gyakrabban irányulnak célzottan azokra a társadalmi rétegekre, akik a legnagyobb kockázatot viselik. A célzott és hatékony beavatkozáshoz azonban az egészség holisztikus megközelítésére van szükség, valamint arra, hogy az egészségügyi és szociális szakemberek képesek legyenek egymással együttműködve felderíteni az egyes csoportok specifikus helyzetét, majd végrehajtani a megfelelő beavatkozást (Cannon, 2008).

Dahlgren és Whitehead (1991) komplex egészségmodellje (*szivárványmodell*) mentén haladva az Egészségügyi Világszervezet (WHO) olyan nagyszabású programokat koordinál, amelyek az egyes szintek egymásra hatásának mechanizmusait tárják fel, a hatékony beavatkozás jó gyakorlatait keresik, illetőleg támpontokat adnak az egészségpolitikában illetékes döntéshozóknak, vagy az egészségpolitikát befolyásolni képes társadalmi mozgalmaknak. Ez a modell világosan rámutat a legszélesebb társadalmi közegetől az egyén felé haladó befolyásra. Ha egy társadalom olyan feltételeket kínál tagjai számára, amelyek kere-

tében az egyének tömegével rekesztődnek ki a lehetőségek felhasználóinak köréből, az elsősorban a hátrányos helyzetűek élet- és munkakörülményeiben nyilvánvalóvá válik. Ezek a folyamatok a közösségi hatások terén gyűrűznek tovább, meghatározva a – szegények, lecsúszók, önmagukat kizsigerelve megkapaszkodók, stb. – egyéni életvitelét. Ezek összességében az életkor, a nem és az öröklött tényezők hatásaival kombinálódva termelik ki az adott tömegű egyénre – mint társadalmi rétegre – jellemző egészségi állapotot, élethesélyeket.

A szegénység-gazdagság kérdése tehát egyszerre egyéni és társadalmi kategória. Az egyének szociális helyzetét láthatjuk úgy is, mint ami túlnyomórészt magán az egyénen múlik (szorgalmán, akaratán, szabad döntésén), és ezzel a felelősség legjavát is az egyénre testáljuk, miközben negligáljuk a társadalmi felelősséget, egy olyan szociálpolitikát támogatva ezzel, amely a lehető legkevesebbet nyújt a rászorulóknak. Amennyiben viszont a társadalom felelősségét hangsúlyozzuk csupán (társadalmi különbségek, mint determinánsok), levéve ezzel a felelősség terhét az egyénről, egy bőkezűen kompenzáló szociálpolitikát támogatva, azzal az egyén cselekvőkészségét gyengítjük, az ellátórendszerektől való függőségre szocializáljuk, gyengítve a saját életét megszervezni hivatott kompetenciáit (Pikó, 2003). Olyan felfogásra van tehát szükség, amely egyszerre veszi figyelembe az egyén és a társadalom felelősségét és lehetőségeit – és olyan szociálpolitikára, amely kompenzálja a társadalmi hátrányokat (legközelebb talán az esélyegyenlőség fogalma áll ehhez közel), egyúttal kellő mértékben aktivizálja az egyén törekvéseit, fejleszti kompetenciáit (képessé tevés, empowerment, esélyerősítés).

Az egészség szociális determinánsai közül nem mindegyik kínál jó lehetőségeket a helyi szintű beavatkozásra. Bizonyos determinánsok – mint a státusz, a jövedelem, az oktatás kondíciói (pl. szegregál-e az oktatási rendszer), a lakásvi-szonyok, az egészségügyi ellátórendszer fejlettsége – nemzeti, sőt egyre inkább globális szintű folyamatok függvényében változtathatóak csak. Mások – mint a társas kapcsolatok mértéke, a természetes támogatórendszer ereje, az egészség-tudatosság és a tudatos egészségmagatartás, az életstílus, vagy az egészségügyi ellátórendszer elérhetősége – helyi szintű programokkal is jól fejleszthetők, sőt, igazán a helyi szintű programokkal fejleszthetők jól. Megint mások alapvetően a nemzeti és lokális szintek összehangolt stratégiája mentén befolyásolhatók – mint például a diszkrimináció kultúrája (Hüse, 2008 és 2011) –, megint mások pedig jelenleg sehogyan sem – pl. az öröklött faktorok esetében –, bár ezek hatása a megfelelő életmód mellett sokszor kontrollálható. Az egyes determinánsokat megcélzó beavatkozások hatása természetesen nem korlátozódik az adott determinánssra, hiszen azok egymással összefüggő rendszert alkotnak. Számítalan modell hívja fel a figyelmet az egyes determinánsok közötti kapcsolatok fontosságára, illetőleg a cirkuláris viszonyokra, amelyek a rendszerbe kerülő hatásokat mind jobban felerősítik (vö. Evans és Stoddard, 2003). Legyen az a társadalmi

helyzetből, kirekesztettségéből fakadó hátrány, vagy egy váratlan életesemény (tartósan beteg gyermek születése, baleset, stb.), illetve egy jól felépített és pontosan célzott egészségfejlesztő program, a hatása a rendszer számos elemében változást okoz.

A magyarországi egészségkutatások – pl. a *Hungarostudy 2006* – tapasztalatai szerint a magyar középkorúak, kiemelten a középkorú férfiak egészségmutatói (az idő előtti egészségromlás és haladóság) jobban hasonlítanak az ukrán, vagy az orosz jellemzőkhöz, mint a Visegrádi országokéhoz. Az aktív korúak (25-64 év) standardizált halálozási kockázata Magyarországon többszörösen meghaladja az EU országok átlagát:

- szív-érrendszeri okok férfiak és nők esetében 3,1-szer;
- dagantos halálozásban férfiak esetében 2,2-szer, nőknél 1,6-szor;
- emésztőszervi (nagy részt alkohollal kapcsolatos) halálozás férfiak esetében 5,5-ször, nők esetében 4,6-szor;
- erőszakos ok (öngyilkosság, gyilkosság) miatt férfiaknál 2,2-szer, nőknél 1,7-szer.

Megdöbbenő, hogy 2006-ban még mindig több férfi hal meg nálunk az 50-64 éves korosztályból évente, mint 1930-ban (Kopp, 2008).

Valamennyi adat legmeghatározóbb jellemzője a társadalmi leszakadás és az abból törvényszerűen következő egészségromlás, amely a mai magyar társadalom egyharmadát érinti. Ezen rétegnek a társas kapcsolatai, párkapcsolatai kevésbé erősek, mint a társadalom másik kétharmadéé. Többet dohányoznak, táplálékuk egészségtelen összetétele miatt (a legszegényebektől eltekintve) elhízottabbak, a stresszre egészségkárosító magatartással reagálnak, ezzel tovább rontják életésélyeiket. A magyarországi egyenlőtlenségek szokatlanul nagyok.

Az egy főre eső bruttó hazai termék (GDP) értékét tekintve mérőszámul, 2000-ben Szabolcs-Szatmár-Bereg megye az utolsó. Ez alapján a megye gazdasági teljesítőképessége az *országos átlag 53 százalékát* teszi ki. Az egy főre eső GDP a rendszerváltást követő sokkidőszak elmúltával folyamatosan emelkedett, ám eközben a többi megyéhez viszonyított lemaradása is növekedett. A megye gazdaságára a leszakadási folyamat felerősödése jellemző – ezzel párhuzamosan a leszakadási folyamat a társadalomban is zajlik. Fónai és Pénzes (2006) megyei hatókörű elemzésében az *underclass helyzet jellemzésére alkalmazott kirekesztési, szegregációs folyamatokat* a lakóhelyi, iskolai és foglalkoztatási kirekesztés, illetve szegregáció mellett e folyamatok következményeként az *egészségi állapotra, a mentális állapotra is kiterjeszti*. Szerintük a romák rossz egészségi, benne mentális állapota következménye társadalmi kirekesztésüknek, egyben indikátora is annak: azaz, a rossz mutatók jelzik a kirekesztést – és a fókuszcsó-

portok tapasztalati alapján e kijelentést kiterjeszthetjük a többi kirekesztett csoportra is, különösen a hajléktalanokra.

Az egészségi állapottal szoros összefüggésben mutatkozik meg a halálozási helyzet alakulása. Magyarország évtizedek óta igen rossz halálozási mutatókkal rendelkezik, különösen a középkorú (45-59 éves) férfiak esetében. A legrosszabb mutatókkal a társadalmi-gazdasági szempontból elmaradott, hátrányos helyzetű északkeleti, északi, valamint a déli periferián található térségek vannak: az Edelényi, Sátoraljaújhelyi, Bodroghközi, Kisvárdai, Vásárosnaményi, Mátészalkai, Fehérgyarmati, Baktalórántházi, Létavértesi, Hajdúhadházi, Nagyatádi, Barcsi, Szigetvári, Szentlőrinci és Sellyei kistérségek (Forrás: VÁTI). A halálozási okok szerinti nemzetközi összehasonlítás alapján megállapítható, hogy Magyarország, Horvátország, Szerbia és Montenegró egy meghatározott típust képvisel, amelyet a keringési rendszer és a daganatos betegségek magas aránya jellemez. Ugyanakkor, ellentétben a „csoport” többi országával, hazánkban a meghaltak átlagos kora nagyon alacsony. A daganatos, illetve az emésztőrendszeri betegségekben meghaltak átlagosan a 70 évet sem érik meg. A nyugdíjkorhatár előtt távozik az emésztőrendszer betegségeiben meghalt férfiak 55 százaléka, a rákban meghaltak 30 százaléka. A nők esetén az emésztőrendszer betegségeiben meghaltak közül minden harmadik, rákban meghaltak között pedig minden negyedik-ötödik haláleset 60 éves kor előtt következik be. 35-64 éves kor között legnagyobb arányban- különösen a nők körében- kiugróan magas a daganatos betegségek és a férfiak körében jelentős az emésztőrendszer betegségei miatti halálozás aránya. Ugyancsak kiemelkedik az egyéb, külső okok miatt bekövetkező halálozásokban elfoglalt vezető helye a megyének, ami férfiak esetében messze meghaladja az országos átlagot (közlekedési és egyéb balesetek, öngyilkosság, stb.). Ez utóbbi esetében a kiváltó okok között első helyen szerepelnek a munkanélküliség miatti pszichés, mentális problémák, betegségek, sok esetben azok rejtett, kezeletlen volta, és a rendszeres, túlzott alkoholfogyasztás következtében kialakuló alkoholbetegség önromboló hatása (Szabolcs-Szatmár-Bereg megye szociális szolgáltatás-tervezési koncepciója, 2003-2010).

Az országos helyzethez képest megyénkben kiugróan magas a szív- és érrendszeri megbetegedések, valamint a stroke aránya. A nyilvántartott tbc-s betegek száma Észak-Alföld régióban a legmagasabb a vidéki régiók közül: az aktív tbc-s betegek aránya csaknem 10 százalékkal meghaladja az országos átlagot. Vélhetően ez a betegség az észak-alföldi régióban tovább nehezíti a mélyszegények, és ezen belül a romák munkanélküli létből való kikerülését. Az idősek egészségügyi ellátásának problémái, a krónikus ellátási szükséglet, rehabilitáció, és a határ menti területek orvos-ellátása jelenleg is a nehezen megoldható feladatok közé tartozik, és a trendek alapján várhatóan ezeken a területeken már rövidtávon súlyos gondok merülnek fel (Szabolcs-Szatmár-Bereg megye fejlesztési koncepciója, 2006). Ugyanakkor Észak-Alföld régióban jut a legtöbb lakos egy

házi orvosra és házi gyermekorvosra az országban (1624 fő/házi- és gyermekorvos), emellett a 10 ezer lakosra jutó kórházi ágyszám (71,8 db/10 ezer lakos) tekintetében az utolsó helyen állt a régió. Mindezek miatt a régió egészségügyi intézményhálózata nem felkészült a többszörösen hátrányos helyzetből fakadó, egyre romló egészségi állapotban lévő népesség és az elöregedő lakosság ellátására (Szabó, évszám nélkül).

A Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján jól látható, hogy megyénkben az életmód-, illetve szocioökonómiai státuszfüggő betegségek száma egyre nő (1. ábra). A rosszindulatú daganatok száma megkétszereződött, a diabétesz gyakorisága több, mint kétszeresére nőtt, stb.

	Év			
	1999	2003	2007	2011
Gümőkór és a gümőkór következményei (A15-A19) és (B90)	1551	1394	1253	na.
Roszzindulatú daganatok (C00-C97)	6213	7462	10635	12339
Diabetes mellitus (E10-E14)	16950	21613	31843	42164
Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok (F10-F19)	3981	4992	5745	7076
Magasvérnyomás (hypertensiv) betegségek (I10-I15)	86962	102852	140235	157487
Szívbetegségek egyéb formái közül (I34-I39)	5708	6980	8357	9411

Forrás: KSH

1. táblázat. Betegségek előfordulása Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében (fő).

A „Skills for Future” projekt „felhasználói” fókuszcsoportjaiban igen jellemző, hogy mely betegségek kerültek említésre. A megkérdezettek által tudatosított betegségek, illetve állapotok köre jól szimbolizálja a csoport társadalmi helyzetét, úgy a környezeti hatásokat, mint azt, ahogyan az egészségüghöz kapcsolódik.

A romák alapvetően súlyos, nem ritkán halálos következményekkel járó betegségeket említettek, ezzel kapcsolatos történeteket meséltek el – enyhébb betegségekről csak a gyermekek kapcsán tettek említést. A felnőtt roma lakosság igen rossz egészségi állapotához ez a tény is hozzájárulhat, hogy a betegségeikkel nem törődnek időben, csak amikor az már nagyon súlyos – igaz, ez a „nem-

törődöm” hozzáállás is inkább súlyos deprivációjuk következménye lehet, semmint az un. „kultúráé”.

Nem meglepő, hogy a hajléktalanok által említett egészségi problémák csaknem mindegyike az utcán éléshez kapcsolódott; balesetek és sérülések, valamint az utcán élés lelki tényezői (alkoholizmus, mentális problémák).

A hallgatók egyetlen betegséget sem említettek, arra a kérdésre, hogy „Melyek a korosztályában leggyakrabban előforduló egészségi problémák?”, kizárólag életmódbeli faktorokat soroltak fel (2. táblázat).

Csoportok	Betegségek említése
Romák	<ul style="list-style-type: none"> • Nőgyógyászati daganat • Tüdőrák • Szájüregi rák • Szívinfarktus • Magas vérnyomás – agyvérzéssel együtt említve • „beteg a gyerek”
Hajléktalanok	<ul style="list-style-type: none"> • Törések • Elfertőződött sérülés, külső fekélyek • „Alkoholbetegség” (függőség) • Mentális problémák • Agyvérzés
Hallgatók	<ul style="list-style-type: none"> • Alkoholfogyasztás • Dohányzás • Sportolás hiánya

2. táblázat. A RAR kutatás fókuszcsoportjainak szubjektív egészség-érzékelése.

Egy másik vizsgálat eredményei szerint a megye lakosságának egészségi panaszai, betegségeinek listája megfelel a hazai lakosság mutatóinak, azaz magas a vérnyomással, a látással, az érrendszerrel, a vércukorszinttel, a koleszterinszinttel, az allergiás panaszokkal és a nőgyógyászati problémákkal összefüggő problémák aránya. A betegségek és panaszok eredete zömében az életmódban keresendő, azaz ezek megelőzésére kell programokat tervezni és indítani. Az eddigi prevenció programok nagyon mérsékelt sikere azonban óvatosságra int a megelőzés hatékonyságát illetően, ezért csak nagy időtávra tervezett prevenció programok és projektek indítása indokolható (Filepné, Fónai és Fábián, 2004). Ez a kérdés már átvezet a „Skills for Future” projekt beavatkozás-tervezési feladataira, amely az adatok szerint nem kis mértékben az egészség- illetve rizikómagatartás tervezett, programszerű befolyásolását kell, hogy jelentse.

Az egészségfejlesztési programok mellett egyértelműen javítandó a gondozás minősége is. Ádány Róza (2008) ismerteti a hipertónia ellátás hatékonyságának jellemzésére Szabolcs-Szatmár-Bereg és Zala megyében elvégzett szűrővizsgálat tanúságait, mely szerint a gondozott magasvérnyomás betegek kevesebb mint 40%-a esetében eredményes a vérnyomás célérték alá szorítására irányuló kezelés. A cukorbetegségben is szenvedő gondozott hipertóniás betegek mindössze 3%-ának a vérnyomása nem magasabb az esetükben szigorúbb célértéknél.

A második fókusz: az egészségmagatartás jelentősége

A WHO jelentése 2002-ben rámutatott arra, hogy a betegségterhek növekedéséért és a korai halálozások magas számáért aránytalanul nagymértékben tehető felelőssé egy csoport, viszonylag kisszámú – ugyanakkor megelőzhető – kockázati tényező. A becslések szerint a fejlett ipari országokban az összes betegségterhelés több mint 30 százaléka a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a magas vérnyomás, a magas koleszterinszint és az elhízás következménye. Az egészségmagatartás azokat a magatartási mintákat, cselekvéseket és szokásokat öleli fel, amelyek hozzájárulnak az egészség fenntartásához, helyreállításához vagy javításához. Az Egészségügyi Világszervezet adatokkal bizonyította, hogy *a vezető halálokok következtében fellépő halálozás szignifikáns hányadát az egyéni magatartás okozza*. Az egészségmagatartási tényezők kiemelt jelentőségét az adja, hogy ezek a magatartási tényezők – mint például az olyan, az életmódhoz kötődő faktorok, mint a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a testmozgás, valamint az elhízás – megváltoztathatók (Boros, 2005). Miközben az életmód ezen faktorait a köztudat egészségi-egészségügyi kérdésként kezeli, a szociális szférában a gyermekvédelem, az idősellátás és a szenvedélybeteg-ellátás célzott beavatkozásokkal igyekszik pozitív változásokat elérni a szolgáltatásokat igénybe vevők körében. Az egyéni esetkezelések, a családgondozás és a csoportos szociális munka – ritkábban a közösségi szociális munka – során a szakemberek gyakorta egyedül érzik magukat, vagy az együttműködés kiterjedtségét és mélységét nem érzik elegendőnek a rájuk terhelődő feladatokhoz képest.

Az Országos Lakossági Egészségfelmérésnek (OLEF, 2003) a RAR-kutatásban felhasznált eredményei azt mutatják, „hogy a felnőtt magyar lakosság igen jelentős része (a férfiak csaknem háromnegyede, illetve a nők több mint kétharmada) úgy véli, hogy sokat vagy nagyon sokat tehet az egészségéért. Adataink megerősítik a külföldi vizsgálatok tapasztalatait, melyek szerint a fiatalabb korosztályokba tartozók általában jobban tudatában vannak annak, hogy saját

maguk is sokat tehetnek egészségükért. Elgondolkodtatóak viszont a 2000 óta eltelt 3 év alatti változások a középkorúak körében: mindkét nem esetében jelentősen nőtt azok aránya, akik véleményük szerint semmit vagy csak keveset tehetnek a saját egészségükért. Amíg tehát az átlagpopulációról elmondható, hogy elképzelhető, hogy fogékonyak mutatkoznának a különböző egészségfejlesztési kampányok iránt (legalábbis a fogékonyok első láncszeme, vagyis annak belátása, hogy saját magunk is befolyásolhatjuk az egészségünket, adott), addig a középkorúak szkepszisével szemben jelentősebb egészségpolitikai lépések lennének szükségesek” (Boros, 2005: 47).

Az OLEF 2003 kutatás további legfontosabb megállapításai a következők:

- Az egészségtudatosság magasabb a fiatalok, az iskolázottabbak, a jobb anyagi körülmények között élők és a megfelelő társas támogatottsággal rendelkezők körében.
- Dohányzik a nők 27,9%-a, a férfiak 40,5%-a. Többségük napi rendszerességgel rágyújt: a nők csaknem negyede, a férfiaknak több mint harmada.
- A rendszeres dohányzás esélye magasabb a férfiak, a rossz anyagi körülmények között élők, a társas támogatottság hiányával küzdők és a magukat nem vallásosnak vallók körében.
- A leszokással eredménytelenül próbálkozott a kérdezést megelőző évben a dohányosok több mint 40%-a.
- Passzív dohányos a 65 év alatti nemdohányzó nők majdnem harmada, a férfiaknak csaknem fele.
- A 65 év alatti, munkahellyel rendelkező nemdohányzó nők csaknem ötöde, a férfiaknak pedig majdnem harmada munkahelyi passzív dohányos.
- Nagyivó a nők 2,5%-a és a férfiak 17,7%-a.
- A nagyívás esélye magasabb a férfiak, az idősebbek, a rossz anyagi körülmények között élők és a társas támogatottság hiányával küzdők körében.
- Legalább egyszer ült ittasan a volán mögé a felmérést megelőző egy évben minden huszadik nem absztinens férfi (a fiatal férfiak közül minden tizenötödik).
- Egyáltalán nem végez testmozgást a felnőtt magyar lakosság csaknem 8%-a (az idős nők 20,5%-a és az idős férfiak 18,7%-a).
- A fizikai inaktivitás esélye növekszik az életkorral; férfiak körében a nagyobb településen élők, nők körében pedig a jobb anyagi körülmé-

nyek között élők szintén kisebb eséllyel végeznek megfelelő gyakoriságú testmozgást.

- Túlsúlyos vagy elhízott a nők csaknem fele, a férfiaknak pedig több mint fele.
- A kívánatosnál magasabb testtömeg esélye magasabb az idősebbek, az alacsony iskolai végzettségűek, a jobb anyagi körülmények között élők, a felső vezetők és a gazdaságilag aktívak körében.

Filepné és munkatársai megállapítják, hogy megyénkben nagyon alacsony az egészségügyi ellátások „megelőző” szándékú igénybevétele, azaz a lakosság meghatározó módon már meglévő panaszaival és betegségeivel veszi igénybe az egészségügyi ellátásokat. Mindebből következően magas a látens betegek aránya, akik soha vagy csak nagyon későn kerülnek panaszaikkal és betegségeikkel a rendszerbe. A kutatók felméréséből kiderült, hogy mintába került háztartásfők leginkább a háziorvosi ellátást veszik igénybe. Szakorvoshoz viszonylag gyakran fordul egynegyedük, ami az érintett kör valamilyen egészségi problémájára utalhat. Hattizedük szinte soha nem volt még fogorvosnál, ami a prevenció egyik, lényeges területét jelentheti a megyében is; a lakosság fogainak az állapota számos, egyéb egészségi probléma és betegség kialakulását eredményezheti. Az ellátórendszerhez fordulás okait a háziorvoshoz legalább évente többször fordulók között vizsgálták. Azok fele, akik rendszeresen járnak háziorvoshoz, főként „gyógyszeríratás miatt” keresik fel orvosukat, háromtizedük valamilyen idült egészségi probléma miatt és egytizedük azért, hogy rendszeresen ellenőriztesse egészségi állapotát, ami a teljes mintában minden huszonötödik személyt jelentene. Ez megfelel a teljes mintában kért orvoshoz fordulási okok gyakoriságának is. Három csoport körvonalazható a válaszok alapján. Az elsőbe azok tartoznak, akik nagyobb panasszal fordulnak orvoshoz. A második csoportot a „halogatók” jelentik (csaknem hattizede a megkérdezetteknek), akik csak nagy fájdalmak esetén veszik igénybe az egészségügyi ellátórendszert; a kutatók őket találták a legveszélyeztetettebb csoportnak, mivel gyakran túl későn kerülnek az ellátórendszerbe. A megkérdezettek több mint egytizede már kisebb panasszal és „megelőzési” célból is orvoshoz fordul (Filepné, Fónai és Fábián, 2004).

A „Skills for Future” projekt fókuszcsoportos interjúi során is nagy hangsúlyt kapott az egészségmagatartás kérdése. A szakmai fókuszcsoportok esetében direkt módon, a veszélyeztetett célcsoportok körében verbuvált fókuszcsoportok esetében pedig indirekt módon fogalmazódott meg az orvos-beteg kapcsolat – illetve az egyén és az egészségügyi ellátórendszer kapcsolatának – gátoltsága, a gátak viselkedéses, vagy hozzáállás-függő oka. Minden csoportban direkt mó-

don véleményezték az életmód káros faktorainak – különösen a dohányzás – hatását, illetve a protektív faktorok általános hiányát (3. és 4. táblázat).

Csoportok	Az orvos-beteg kapcsolat említett jellemzői
Romák	<ul style="list-style-type: none"> • Negatív megkülönböztetés az orvosok részéről • Vannak olyan orvosok, akik nem nézik, hogy romák • Rosszabb ellátás, mert romák • „Nem tudjuk megfizetni őket” • Félelem a fájdalomtól • Félelem, hogy valami nagy baj derül ki (szűrésektől való távolmaradás oka) • Minden esetben kórházi kezelés említése, az azt megelőző két (házi orvos, szakrendelő) szint kimarad
Hajléktalanok	<ul style="list-style-type: none"> • Kórházi kezelés említése negatív tapasztalatokkal traumás esetekben <ul style="list-style-type: none"> ○ Másként viselkednek velük az orvosok, mint a többiekkel ○ Hosszú várakoztatás a folyosón ○ Fájdalomcsillapítás nélküli kezelések ○ Kezelés nélkül „kirakják” őket az épület elé, és hívják a Periféria Egyesület krízisautóját, hogy szállítsa el őket • Kórházi kezelés említése pozitív tapasztalatokkal addiktológiai és pszichiátriai esetekben <ul style="list-style-type: none"> ○ Biztonság ○ Segítenek „kitisztulni” ○ Jó táplálás, felerősödnek a kezelés ideje alatt • Házi orvosi kezelés említése pozitív tapasztalatokkal • A pozitív történetek háttérében szinte minden esetben a Periféria Egyesület összekötő-kijáró szerepének elemei
Hallgatók	<ul style="list-style-type: none"> • A prevenció fontos... • ...de legtöbbször nem hatásos
Szakemberek	<ul style="list-style-type: none"> • Nincs elég idő a betegre • Az orvoson múlik, hogy tovább küldi-e a beteget szűrésre, vizsgálatra

3. táblázat. A RAR kutatás fókuszcsoportjainak véleménye az orvos-beteg kapcsolat jellemzőiről.

Csoportok	Az életmód faktorainak említése
Romák	<ul style="list-style-type: none"> • Dohányzás • Alkoholfogyasztás
Hajléktalanok	<ul style="list-style-type: none"> • Alkoholfogyasztás • Utcán élés • Mentális problémák • Rossz higiénias körülmények • Stressz (fenyegetettség)
Hallgatók	<ul style="list-style-type: none"> • Dohányzás • Alkoholfogyasztás • Testmozgás (Sport, Tánc) és hiánya • Drogfogyasztás
Szakemberek	<ul style="list-style-type: none"> • Elhanyagolt egészség a dolgozóknál („A megyében is ez a legnagyobb betegség. Hogy nem mennek el az emberek, mert akkor veszélyben a munkahely, akkor veszélyben a megélhetés. És nem mernek elmenni.”) • Hajszolettség, stressz • Szegénység • Alkoholizmus felnőtteknél • Rohamszerű ivás a fiataloknál és a gyerekeknél • Drogfogyasztás • Száj higiéné elhanyagolása (romáknál) • Dohányzás

4. táblázat. A RAR kutatás fókuszcsopottjai által említett életmód-faktorok.

A szűrővizsgálatokon való részvétel nem csupán a rejtett, még tüneteket nem okozó betegségek időbeli felismeréséhez, így eredményesebb kezeléséhez járul hozzá, de a szűrővizsgálatokon való részvételi aktivitás általában véve javítja egészségtudatos életmód kialakulását. A fókuszcsopottokon a szűrővizsgálatok kérdése non-direktív módon került elő, rábízva a résztvevőkre, hogy milyen jellegű szűréseket ismernek (5. táblázat).

Csoportok	Említett szűrések
Romák	<ul style="list-style-type: none"> •Tüdőszűrés •Nőgyógyászati rákszűrés •Mammográfia
Hajléktalanok	<ul style="list-style-type: none"> •Tüdőszűrés
Hallgatók	<ul style="list-style-type: none"> •Tüdőszűrés •Nőgyógyászati („<i>Mondjuk, nekünk még mammográfiára nem kell menni, de a méhnyakrák szűrésén meg szokták nézni a mellet is.</i>”) •Vércukorszint
Szakemberek	<ul style="list-style-type: none"> •Kétévente nőgyógyászati •Mammográfia •Évente tüdőszűrés •Férfiaknak évente urológiai szűrés •Kétévente labor („<i>A visszajáró betegekkel meg is csináljuk. Nekünk azért rengeteg szűrésünk van.</i>”)

5. táblázat. A RAR kutatás fókuszcsoportjaiban említett szűrővizsgálatok.

A harmadik fókusz: az egészségügyi és szociális rendszer együttműködése

Bár a szociális szakemberek és a társszakták képviselőinek együttműködését jogszabály írja elő – sőt, az együttműködés jóval több a paragrafusok mechanikus betartásánál; *szakmai szükségszerűség* –, ez egyúttal mégsem jelenti azt, hogy az egészségügyi és a szociális szféra szakembergárdájának tagjai eleve birtokolják azokat az attitűdöket, illetve készségeket, melyek szükségesek az optimális szakmai együttműködés megvalósításához. Más szóval: *az együttműködés nem veleszületett képesség, hanem tanult*; csakhogy a hazai oktatási rendszer valamennyi szintje az egyéni teljesítmény fejlesztését és értékelését preferálja, és erősen elhanyagolja a diákok együttműködésére alapozott oktatási formákat. A diákok ugyan képzett szakemberré cseperednek, de közben nem – vagy nem feltétlenül – sajátítják el az együttműködéshez szükséges készségeket (Hüse, Péntes és Gurály, 2011). Az együttműködő csoport (team), vagy az interprofesszionális hálózat szervezése, működésének elemzése, valamint a meglévő elemek fejlesztése nem nélkülözheti a csoportok működése, belső dinamikája és a csoportszerepek bőséges irodalmának ismeretét (pl. Pataki 1980; Belbin 2000), valamint azt, hogy a gyakorlati alkalmazásra vállalkozó szakem-

ber nagy hangsúlyt helyezzen a csoportfolyamatok kezelésének ismereteire is (Antons 2006; Rogers 2008, Rudas évsz.nélk.).

A két szféra együttműködő csoportjainak – jelentős részben *interprofesszionális team*jeinek – kiépítése és működtetése *kettős célrendszer* mentén történik. Egyfelől a szakma általános valamint az egyedi esetekhez köthető konkrét céljai – úgy is, mint egészség-célok, szociális célok –, másfelől az együttműködő csoport generálására és hatékony működtetésére irányuló célok – úgy is, mint „közösségi célok”. Míg az előbbi magától értetődő, az utóbbi cél gyakran kikerül a figyelem középpontjából, megfogalmazása elmarad, illetve az együttműködést a helyi erőforrásoktól független, természetesen fennálló állapotnak tekintik. A fenntartók, ellenőrzést végző közigazgatási szervek, sőt, maguk a területen dolgozó szakemberek is *elvárásokat* fogalmaznak meg a team működésével, illetve annak tagjaival szemben, elfeledkezve arról, hogy az együttműködésre kötelezett szakembereknek is lehetnek *szükségei*; például a tényleges együttműködés megvalósításához szüksége van speciális készségekre és tudásra, tapasztalatra, szüksége van a helyi szereplők együttműködő csoportjának vagy hálózatának megfelelő, funkcionális működésére, illetve az együttműködéshez kapcsolódó pozitív élményekre, megerősítésre.

A „Skills for Future” projekt fókuszcsoportos interjúinak felvételekor a két szféra együttműködésével kapcsolatban leginkább a hiánytünetekről, diszfunkciókról esett szó. Az együttműködés példái helyett az elzárkózásé volt a főszerep a gyermekjóléti szolgálat és a háziorvosok túlnyomó többségének esetében, akik az egészségügyi ágazati törvény által rögzített jelzőrendszeri kötelezettségeinek sem tesznek eleget. Mindkét oldal szakemberei a túlterheltségről panaszkodnak, melyet a hazai statisztikai adatok is alátámasztanak. Egyre kevesebb intézmény, egyre kevesebb szakember át el egyre nagyobb forgalmat (KSH, OSAP). Ráadásul az adatokból nem látszik az elmúlt évtizedben hatványozottan jelentkező tendencia, hogy a szakemberek adminisztrációs terhei megnöttek, mind kevesebb időt tudnak szánni a betegre, kliensre.

A gyermekvédelem területén mérhető terheket árnyalja, hogy a régióban a gyermekjóléti szolgálatok által elhanyagolás miatt gondozott gyermekek száma közel kétszeres az azt követő legsúlyosabb helyzettel jellemezhető régióhoz képest (OSAP). Hasonló változások zajlottak le a családsegítő szolgálatoknál és a hajléktalan-ellátásban is. Ennek súlyát kifejezetten az Észak-Alföldi régió ellátórendszere érezte meg, hiszen például a családsegítés esetszáma ebben a régióban országosan kiemelkedő.

A járóbeteg szakellátás területén 2004 és 2012 között 10 százalékos esetszám-visszaesés következett be, miközben a megjelent betegeken elvégzett beavatkozások száma ugyanezen időszakban 10 százalékkal nőtt. A kórházi férőhelyszám csökkentésével (2004 és 2012 között 14%) párhuzamosan az ellátott

betegek száma is dinamikusan csökkent. Ennek ellenére a kórházi szakemberek a fókuszcsoporthoz túlterheltségről, a rendszer bedugulásáról beszélnek. Míg a túlterheltség az egészségügyi szakszemélyzet- és orvoshiánynak tudható be (az elvándorlás tendenciája ismert, és egyre erősödik), addig a „bedugulás” a férőhelyek és az ellátott betegek viszonylatában alakulhat ki csupán. Az nyilvánvaló, hogy az országos betegszám-csökkenéshez hasonló csökkenés a megyénkben nem mutatható ki, és a Jósa András Megyei Kórház túlterheltsége az országos viszonylathoz képest lényegesen nagyobb. A túlterheltségből fakadó hajszoltság, illetve a másik fél álláspontjának meg nem ismerése akadályozhatja leginkább a betegek-kliensek érdekében végzett együttműködést.

Bár a túlterheltség a szociális szféra oldalán is jelen van, egy további tényező, a férőhelyhiány és a szociális védőháló lukacsossága az, ami igazán rombolja a két szféra együttműködésének lehetőségét. A bentlakásos intézmények férőhelyei lényegében nem nőttek, és messze a szükségletek alatt állnak – kivételt képeznek ez alól az idősek otthonai, ahol az utóbbi évtizedben jelentős férőhelyszám növekedés állt elő az egyházi és magánintézmények térnyerésével, melyet a kedvezőbb finanszírozási kondíciók (emelt szintű állami normatíva az egyházi intézményeknek, tőkeerős ügyfeleknek nyújtott emelt szintű, piaci szolgáltatások a magánintézmények esetében). A statisztikák mögé pillantva itt is árnyalódik a helyzet. Látható, hogy az állami/önkormányzati és civil fenntartói háttérű szociális szféra számára biztosított normatíva nem elegendő a megfelelő színvonalú ellátás biztosítására, ezért a kliensek érdekét néző – és saját frusztrációjukat csökkentő – szociális szakemberek szívesen tolnák át az ellátás terheit az egészségügyre, pontosabban a kórházakra, ahol a kliensek, mint betegek – véleményük szerint – magasabb minőségű, és megfelelőbb ellátást kaphatnának. A másik jelentős teher az az idősellátásban kialakult helyzet, hogy a megnövekedett férőhelyeket a tehetősebb (vagy legalább ingatlan-tulajdonos középosztálybeli, akik ingatlanul eladásával „vásárolják be” magukat az intézménybe) idősek foglalják el, míg a szegényebb idősek kiszorulnak a rendszerből. Az ő ellátásuk tipikusan megoldhatatlan helyzetet teremt például egy kórházi gyógykezelést követően, amikor is nincsen hova hazaengedni őket.

Míg az egészségügyi szakellátás és a szociális szféra külső intézményei közötti együttműködés mindkét oldal frusztrációjával terhelt, addig a kórházi szociális munka kevésbé tűnik konfliktusos területnek. Ez egy, lényegében az egészségügy rendszerébe integrált szolgáltatási forma, melynek tagjai a kórházi hierarchiától függenek, munkáltatójuk a kórház munkáltatója, így jelenlétük elfogadtabb. Kevesebb konfliktust vállalnak fel a kliensek érdekében az egészségügy rendszerével – szemben a külső szociális szolgáltatókkal, amelyek nem ritkán kifejezetten harcos attitűdökkel védik kliensek érdekeit az általuk nem-

kliensközpontúnak érzékelt egészségügy rendszerével szemben –, és könnyebben betagozódnak egy végrehajtó szerepbe.

Hogyan is jelenik meg a szociális szféra kettőssége az egészségügy rendszerében? Az interjúk összevetése alapján az alábbi kép rajzolódik ki (az érintettek önjellemezését, és más fókuszcsoportok róluk alkotott jellemzését egyaránt figyelembe véve):

- a kórház saját szociális munkásai: munkájuk alárendelődik az egészségügyi tevékenységet végzőkének, inkább szociális ügyintézők, multidiszciplináris teamben – ha létezik egyáltalán – nem vesznek részt;
- külső szociális szervezetek és intézmények szociális munkásai: a szervezet profiljától függően különböző szerepekben jelennek meg a kórház működésében:
 - idősellátás: sok esetben ők észlelik a problémát, vagy az idős gondozott nekik mondja el először; az idősek életében az egészségügy az időtöltés helye is, ahol „mindig történik velük valami”, odafigyelést és törődést kapnak, így sok esetben a lelki szükségleteiket is jobban kielégítve érzik, mint más betegcsoportok; az idősek, főként a bentlakásos otthonok lakói elégedettebbek, pozitív véleményük kedvezőbb képet alakít ki az egészségüggyel kapcsolatban a velük érintkező szociális munkásokban, mint a más célcsoporttal dolgozó szociális szakemberekben; az otthonápolásban és az otthonokban dolgozó szakemberek partneri viszonyban állónak érzik magukat, tevékenységük támogatja és kiegészíti az egészségügyi ellátást.
 - hajléktalan-ellátás: szinte kizárólag rajtuk keresztül tud a hajléktalan úgy bekerülni az egészségügy rendszerébe, hogy megfelelő ellátását kapjon megfelelő időn belül; az utcai munkások a kórházba való szállításkor figyelmesebbek, mint a mentősök, hatékonyabban járnak közbe az egészségügyi személyzetnél a hajléktalan ügyfél ellátása érdekében; a szociális munkások „tartják karban” az egyetlen háziorvossal való kapcsolatot, aki hajlandó hajléktalan betegeket fogadni;
 - gyermekjóléti szolgálat: alapvetően, mint a gyermekek érdekében szervezett és működtetett jelzőrendszer végpontja jelenik meg az egészségügyben; a gyermek egészségügyi problémájával kapcsolatban együttműködést is keres, de ez ritkán team-jellegű, inkább párhuzamos tevékenységek összehangolását jelenti; a kórház gyermekosztályain az ünnepekhez kapcsolódóan, mint szolgáltató is megjelenik.

A rendelkezésre álló lehetőségek mégis mintha csupán egymás mellett létező, de össze nem kapcsolódó szolgáltatásokként működnek. Teljességgel hiányzik a multidiszciplináris team, hiányzik a megértés. Mindkét oldalon úgy érzékelik, hogy az együttműködésre tett erőfeszítések a másik oldal közönyén – vagy megértőbben fogalmazva: a túlterheltségén – omlanak össze. A bajok igazi mutatója azonban az, hogy még a rendszeren belül sincs együttműködés, az egyik egészségügyi szakember úgy érzi, „rádolgozik” csupán a másik egészségügyi szakemberre, ahogy a szociális szférában is hasonlóképpen érzékelik a helyzetet. Jól illusztrálja ezt a szakemberek fókuszcsoportjában az egészségügy képviselői között kialakult párbeszéd:

„- Az a baj, hogy mindent az alapellátásra nyomnak egyébként. A szakellátásban arra nincs ideje a diabetológusnak, hogy elmondja a betegnek, hogy azt az inzulint hogy kell... Meg esetleg mikor ennyit mért, akkor mit csináljon, mennyi inzulint adjon, stb. Ott van a háziorvos, majd elmondja. Pedig van diétás nővérük, akinek el lehetne irányítani a beteget. És nem kell...

- Mert gondolom ugyanaz, attól szenved, mint az alapellátás, hogy neki sincs ideje.

- De ott van a diétás nővér. És akkor nem kell...

- Meg ott csak egy adott szakterületre mész. Meg időpontra.

- Tehát a probléma az, én ezt ismerem, én a gyermekjóléti alapellátás és szakellátás viszonyából, amikor egymást fojtogattuk meg egy kanál vízben, mert nincs elég erőforrás. Semmi nincs, se ember, se mozgástér, semmi se. És akkor alig várom, hogy egy ügyben ő, a másik csináljon már valamit. Tehát ez egy ilyen... Azon kívül, hogy kölcsönösen utáltuk egymást, mint a kutya meg a macska, gyakorlatilag mind a ketten ugyanattól a dologtól szenvedtünk: a forráshiánytól, pénzhiánytól, emberhiánytól.”

A RAR-kutatás eredményeinek hasznosítása

A RAR-kutatás eredményei alapján megfogalmazott együttműködési és fejlesztési szükségletek a „Skills for Future” projekt fejlesztési tevékenységeinek alapját képezték. Az alábbi táblázat a magyar és ukrán oldal RAR-kutatásával feltárt szükségleteket és problémákat gyűjti egybe olyan formán, ahogyan az a későbbi projektek, beavatkozások során megfelelő. A *szükséglet típusa* azt jelöli, hogy a beavatkozás mely területen szükséges, hol hozná a legtöbb hasznot. Ezen típusokhoz értelemszerűen kapcsolódnak kielégítendő *szükségletek*, illetve megoldandó *problémák*, melyekre a beavatkozások tervezését támogató *fejlesztési irányok* javaslatok épülnek.

A szükséglet típusa	Szükséglet vagy probléma leírása	Javasolt fejlesztési irányok
<i>célcsoport</i>	Nem mindenki számára ismeretes, hogy milyen szűrési lehetőségek, és hol állnak rendelkezésre.	<ul style="list-style-type: none"> • Hatékony tájékoztatási megoldások keresése. • A deprivált csoportok esetében a személyes kontaktus fontosságának felismerése.
	Nem elegendő motiváció a tudás; a lappangó betegséggel kapcsolatos (irreális) félelmek, vagy a munka elvesztése felett érzett (reális) aggodalom „hatékonyan” akadályozza a lakosság különböző csoportjait.	<ul style="list-style-type: none"> • A terepen dolgozó szociális és egészségügyi szakembereket felkészíteni arra, hogy hogyan facilitáljanak döntési helyzeteket („mitől félünk jobban”). • Munkáltatók esetében a direkt tájékoztatás, motiválás nem tűnik hatékonynak – helyette a dolgozói érdekvédelem erősítése, a policy befolyásolása lehet járható út.
	Az egészségtelen életmód az elterjedt káros szokások és a nem eléggé elterjedt egészségvédő magatartás miatt magas morbiditáshoz, mortalitáshoz vezet.	<ul style="list-style-type: none"> • Hatékony tájékoztatási megoldások keresése. • Egészségtudatosságot növelő programok társadalmi csoportokra és korosztályokra szabva.
	A deprivált célcsoportok komplex beavatkozásra, és mindkét szféra együttműködésére szorulnak, enélkül az egészségügyi ellátásból kiszorulnak.	<ul style="list-style-type: none"> • Jó gyakorlatok disszeminációja. • Nevezéses pályázat és „Team Award” létesítése. • Pilot-projekt formájában konkrét team létrehozása, koordinálása.
	Az egészségfejlesztési programok mellett javítandó a gondozás minősége is.	<ul style="list-style-type: none"> • Minőségi sztenderdek közérthetővé tétele minden érintett számára. • Felkészíteni a szociális munkásokat az egészségmagatartás támogatására (megközelítések, eszközök, források).
<i>együttműködés</i>	A multidiszciplináris team működéséről elméleti elvárások léteznek a hazai szakemberek körében, de a gyakorlati megvalósítás lehetőségeit nem érzékelik – vagy ilyen lehetőségek strukturális/ működési/ szemléleti okokból nem léteznek	<ul style="list-style-type: none"> • Jó gyakorlatok disszeminációja. • Nevezéses pályázat és „Team Award” létesítése. • Pilot-projekt formájában konkrét team létrehozása, koordinálása.

együtműködés (folytatás)	Túlterheltség, időhiány miatt a szakemberek nem képesek az együtműködésre energiát fordítani.	<ul style="list-style-type: none"> • A beavatkozással a rendszer legsúlyosabb problémáját kellene orvosolni, ez nem kompetenciája a projektnek. • Helyi szinten bizonyos változás elérhető az együtműködést támogató közös tréningekkel. • Szupervízió elérhetőségének javítása.
	Frustráció, kiegészítője az együtműködésnek.	<ul style="list-style-type: none"> • Szupervízió elérhetőségének javítása. • Mentálhigiénés támogatás a szakemberek számára, számukra elfogadható köntösben (a hivatásos segítő nem szeret segítséget kérni).
	A szakmai nyelvet a másik szakma képviselői nem értik.	<ul style="list-style-type: none"> • Közös nyelv megalkotása. • Elérhető szótár pl. „egészségügyi szociális munka szótára”.
	Az orvos magasan a szociális munkás „felett áll”, a szociális munkás, mint diplomás szakember, ragaszkodik az orvossal való „azonos szinthez”.	<ul style="list-style-type: none"> • A megfelelő szintek összekapcsolása; pl. szociális munkás - diplomás ápoló. • A kompetenciák rugalmas kezelése: az együtműködés jelentős része nem gyógyító helyzetben (gyógyító gyakorlat közben) zajlik.
forrásteremtés	Mindkét szféra erőforrás-hiányos.	<ul style="list-style-type: none"> • Forrásteremtő képesség fejlesztése.
	A rizikó-csoportok erőforrás-hiányosak.	<ul style="list-style-type: none"> • Az erőforrások nem-pénzjellegű formáinak kiaknázása, a szociális munka eszközeivel támogatva.
szakpolitika	Hiányzó törekvés az együtműködés fejlesztésére.	<ul style="list-style-type: none"> • Javaslatok megfogalmazása.
	Gyengülő munkavállalói érdekvédelem mellett a munkahelyi egészségvédelem (a támogatott projektek is) kirakattá válik.	<ul style="list-style-type: none"> • Javaslatok megfogalmazása.

6. táblázat. A RAR-kutatás eredményeinek összegzése.

Összegzés

A tanulmány bemutatta, hogy miképpen alkalmazható *szakértői gyorsértékelés* (Rapid Assessment Research, RAR) a WHO által javasolt módszere. Az egyes fejezetek a szakértői fókuszok mentén fogalmazhatók meg, melyekben összegződnek a vonatkozó elméleti keretek és modellek, a RAR-kutatás időszakában elérhető adatok, valamint a fókuszcsoporthoz tapasztalatai. A folyamat valóban rendkívül gyors, és az eredmények – melyek bemutatása a tanulmány végén kapott helyet – olyan formában rajzolódott ki, amely teljes mértékben alkalmas projekt-szerű folyamatok beavatkozási szakaszának a megtervezésére, a célindikátorok meghatározására, valamint a monitoring tevékenység és az értékelések végrehajtására (Hüse, 2014).

Ugyanakkor rá kell mutatni, hogy a hazai kutatási- és projekt-tevékenységek egyik nagy veszélye, a finanszírozás utáni fenntartás ellehetetlenülése, nem került el a „Skills for Future” projektet sem. A „Skills for Future” alapvetően a helyzetfeltárára, és az együttműködés fejlesztésére irányult. A projekt eredményeképpen létrejött stratégia megvalósulását azonban hatékonyan gátolta a hazai civil- és közszféra finanszírozásának megoldatlansága, az állam rigid elzárkózása minden olyan szükséglet felvállalásától, amely az alapszolgáltatások, vagy a speciális szolgáltatások alapszinten való megvalósításán túlmutat... és nem utolsósorban az ukrán-orosz fegyveres konfliktus, amely korábban elképzelhetetlen módon rajzolta át a határon túli viszonyokat.

Ezen árnyoldaltól eltekintve – amely azért a „Skills for Future” hazai és határon túli társadalmi-politikai-gazdasági viszonyokba ágyazott részleges kudarcáról szól (fenntarthatóság) –, bebizonyosodott, hogy a hazai gyakorlatban nem használt RAR-kutatás módszere alkalmas arra, hogy releváns alapot adjon a sürgető beavatkozásokhoz. A módszer alkalmazásának tapasztalatai azt mutatják, hogy mind a szakértői csoportok, mind a célcsoportok képviselői kifejezetten otthonosan mozogtak a módszer által biztosított keretek között, és a tudás, amely ilyen módon kirajzolódott és összegződött, ugyan nem felel meg a legtöbb tudományos kutatással szemben támasztott követelménynek, mégis kifejezetten releváns, és ami még fontosabb: akció-centrikus.

Irodalomjegyzék

1. Ádány R. (2008): A magyar lakosság egészségi állapota, különös tekintettel az ezredforduló utáni időszakra. *Népegészségügy* 86. évf. 2. sz.: 5-20.
2. Antons, K. (2006): A csoportdinamika gyakorlata. Synalorg, Budapest.
3. Belbin, M. (2000): A team – avagy az együttműködő csoport. SHL, Budapest.
4. Boros J. (2005): Egészségmagatartás (Kutatási jelentés). *Országos Lakossági Egészségfelmérés*. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest.
5. Cannon, R. (2008): The Social Determinants of Health. South Australian Council of Social Service, Unley.
6. Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Institute of Futures Studies, Stockholm.
7. Evans, R. G., Stoddart, G. L. (2003) Consuming research, producing policy? *Am.J.Public Health* 93 (3): 371-379.
8. Filepné N. É., Fónai M., Fábrián G. (2004): A Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei népesség szociális helyzete és egészségi állapota. *Szabolcs-Szamár-Beregi Szemle* 39 (1): 78-93.
9. Fónai M., Péntzes M. (2006): A cigány népesség egészségügyi állapotának összetevői Északkelet Magyarországon. In: Fónai Mihály, Péntzes Marianna és Vitál Attila [szerk.]: Etnikai szegénység, etnikai egészségi állapot? A cigány népesség élethelyzete és a kitörés lehetőségei Északkelet-Magyarországon. Krúdy Könyvkiadó – Szocio East Egyesület, Nyíregyháza.
10. Hüse L. (2008): A kirekesztés diskurzusa. *Kapocs* VII/5: 2-23.
11. Hüse L. (2011): Kettős mérce az iskola szerepének megítélésében – egy kirekesztés-kutatás margójára. *Iskolakultúra* 2011/1: 88-98.
12. Hüse L. (2014): Projektszemlélet, projekttervezés – szükségletalapú megközelítés és tervezési módszerek a humán szféra számára. Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen.
13. Hüse L., Péntzes M., Gurály E. (2011): Együttműködés fejlesztése, csapatmunka. In: Fábrián G. és mtsai. [szerk.]: Módszertani kézikönyv tereptanároknak. Debreceni Egyetem OEC Egészségügyi Kar – Nyíregyházi Főiskola Bessenyei Könyvkiadó, Nyíregyháza. 231-253.
14. Kopp M. [szerk.] (2008): Magyar lelkiállapot 2008 – Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. Semmelweis Kiadó, Budapest.

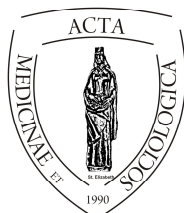
15. Lalonde, M. (1981): A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document. Government of Canada, Ottawa.
16. Pataki F. (1980): Csoportlélektan. Gondolat, Budapest.
17. Pikó B. (2003): Kultúra, társadalom és lélektan. Akadémiai Kiadó, Budapest.
18. Popovich, A. (2013): Health of the Population: Factors, needs and the ways of improvement (report of the investigation conducted among various groups of the population in the city of Uzhgorod). Manuscript, Uzhgorod.
19. Rogers, C. R. (2008): Találkozások – a személyközpontú csoport. Edge 2000 – OFI, Budapest.
20. Rudas J. [szerk.] (évsz.nélk.): Önismereti csoportok. Animula, Budapest.
21. Stimson, G. V., Donoghoe, M. C., Fitch, C., Rhodes, T. J. [eds] (2001): Rapid Assessment and Response Technical Guide. World Health Organization: Department of Child and Adolescent Health and Development, and Department of HIV/AIDS, Geneva.
22. Szabó B. (évszám nélkül): Észak-Alföldi régió szociális helyzetének elemzése.

Hüse Lajos

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar

UNIVERSITY
OF DEBRECEN

FACULTY OF
HEALTH
NYÍREGYHÁZA



ACTA
MEDSOC
VOLUME 6.
2015

A rendelkezésre álló kihasználatlan erőforrások – az endogén növekedésmélet¹

Jóna György

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar

Abstract. This paper deals with demonstrating the theoretical stages of regional economic growth, embracing Keynesian, exogenous and endogenous (it can be called as new development theory too) regional development theories. Moreover, presenting the normative theories, the positive aspects are emphasized such as triple helix policy and place based development policy as well. On the one hand, the paper is concerned with theories of local development; on the other it also shows empirical results meaning the surveys of concept of territorial capital. The empirical conclusions stress the Hungarian micro-regional development has been determined significantly by the relational and cultural capital namely endogenous assets have had crucial role in the economic growth.

Keywords: Endogenous growth, place-based policy, territorial capital, Hungarian micro-regions,

¹ A kutatás a TÁMOP-4.2.4.A/2-11/1-2012-0001 azonosító számú Nemzeti Kiválóság Program – Hazai hallgatói, illetve kutatói személyi támogatást biztosító rendszer kidolgozása és működtetése konvergencia program című kiemelt projekt keretében zajlott. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

Absztrakt: Ez a tanulmány a regionális gazdasági növekedés elméleti periódusait mutatja be, melyben megtalálható a Keynes-i, exogén és endogén (ezt gyakran új növekedés-elméletnek is nevezzük) növekedéselmélet is. A normatív teóriák bemutatása után a pozitív aspektusokat hangsúlyozásuk úgymint a tripla csavar és a hely alapú gazdaságfejlesztési szakpolitikát. Ez a tanulmány egyrészt tehát a helyi növekedéselméletekkel foglalkozik, másrészt empirikus eredményeket is közöl, melyek területitőke-konceptción alapuló kutatásokból származnak. Az összefoglaló rész kiemeli, hogy a vizsgált időszakban a magyarországi kistérségi növekedést a kapcsolati és a kulturális tőke szignifikánsan meghatározta.

Kulcsszavak: endogén növekedés, hely alapú fejlesztéspolitika, területi tőke, magyar kistérségek

Bevezető

Ebben a tanulmányban elméleti általánosításokat, megállapításokat fogalmazok meg az endogén javak, valamint a regionális fejlődés és növekedés összefüggéseiről. Ugyanakkor az endogén, illetve új növekedéselmélet kialakulásának kronológiáját és legfontosabb jellemzőit is bemutatom².

Az endogén javak a régióban található összes természetes erőforrást magukba foglalnak (humán tőke, környezeti adottságok, tradíciók ápolása, a lakosok és vállalkozók közötti bizalom, stb.). Az úgynevezett új növekedéselmélet (amit szoktunk endogén növekedéselméletnek is nevezni) szerint a helyi társadalom jólétét, boldogságát az anyagi javak mellett egy sor gazdaságon kívüli tényező is (egészségi állapot, társadalmi egyenlőtlenségek mértéke, tiszta levegő, közbiztonság, stb.) meghatározza. Fejlődés nem csak akkor érhető el, ha újabb és újabb pénzügyi befektetések lesznek egy térségben, hanem akkor is, ha a meglévő természetes erőforrásait kihasználja a régió lakossága. Más aspektusból, a szociális állapotok a legszegényebb térségekben nem akkor fognak javulni, ha még több erőforrást allokálunk oda, hanem akkor, ha a helyi társadalom tagjai saját természetes erőforrásaikat felismerik és kihasználják. Ennek észlelése és gyakorlati alkalmazása a társadalompolitikában, a területfejlesztésben, a szociális munkában és e három terület integrálásában elengedhetetlen.

² A regionális növekedés és fejlődés kifejezések nem ugyanazt jelentik. A kettő között lényegi eltérés van, erről lásd részletesen Lengyel (2012) tanulmányát.

A regionális növekedés forrásai

A regionális gazdaságtan egyik központi kérdése, hogy mely tényezők milyen mértékben határozzák meg, fokozzák a gazdasági növekedést és fejlődést. Mielőtt ennek részletes elemzésére kitérnék, néhány alkalmazott fogalmat definiálni kell. A regionális növekedés, bővülés, haladás kvantifikálható, számszerűsíthető kategóriaként értelmezhető, mely a régió gazdasági teljesítményének mennyiségi alakulásával, rendszerint a reál GDP-vel (GNP, GNI) áll kapcsolatban (Capello és Nijkamp, 2009). A gazdasági növekedés determinánsait Samuelson és Nordhaus (2005 716.p.) csoportosította, ezek a következők: népesség, technológiai fejlődés, tőkeállomány és természeti adottságok.

A regionális fejlődés kategóriája nem kvantitatív, inkább kvalitatív jellegű, mely a gazdasági determinánsok mellett egyéb szociokulturális háttérfeltételek változásait, hatásait is figyelembe veszi (Enyedi, 2010). Ez a megközelítés közel áll a területitőke-koncepcióhoz, mely az immateriális tőkefajtákat is figyelembe veszi. „A regionális fejlődésénél a térszerkezet és településhálózat, az intézményrendszer és kiépültsége, a környezet állapota, a régió önállósága, a közösség elvárásai, a lakosság egészségi állapota stb. is fontos mérlegelési szempont.” (Lengyel, 2010 29.p.) Hasonló felfogáson van Lackó is, aki szerint: „a területi fejlődés tartalmilag felöleli egy ország egészére, különböző részeire, a településre jellemző változásokat, a természeti erőforrások, a népesség, a termelés, az infrastruktúrális hálózatok és ellátóintézmények területi eloszlási és változási viszonyait, a köztük meglévő kapcsolatokat.” (Lackó, 2009 27.p.). A két fogalom természetesen egymástól elválaszthatatlan, tartalmilag, logikailag összekapcsolódik, ám a precíz elemzés érdekében érdemes ezeket külön választani. A továbbiakban én is ezt teszem.

A különböző időszakokban egymástól jelentősen eltérő irányzatok domináltak a regionális gazdasági növekedés és fejlődés megítélésében. Azért változtak, illetve változnak ezek folyamatosan, mert a gazdasági, társadalmi, kulturális és politikai környezet is dinamikusan alakul, így a korábbi felfogások gyakorlati alkalmazásával nem lehetett megőrizni a regionális növekedés ütemét (Mulder, Nijkamp és Stough, 2012). Hangsúlyozni szeretném, nem arról van szó, hogy egyik növekedésemélet jó, a másik pedig elfogadhatatlan – véleményem szerint mindegyik modell alkalmazható. Eredményességük attól függ, hogy milyen korban, melyik társadalomban és térgazdasági struktúrában, környezetben alkalmazzák.

A keynesi elméleten alapuló növekedésemélet

Az 1960-as és 1970-es években a keynesi gazdaságfilozófia befolyása volt a legerősebb a regionális növekedéseméletben. Ennek lényege, hogy a piaci au-

tomatizmusok nem tökéletesek, csupán néhány esetben, időszakonként képesek egyensúlyi helyzetet teremteni (de akkor sem minden piaci szegmensben). A piaci mechanizmusok egyenlőtlenséget implikálnak és reprodukálnak általában a fejlettebb régiók javára, a területi differenciálódás nő (Fenyővári és Lukovics, 2008). Éppen ezért a központi kormányzatnak intervenciót kell alkalmaznia a piaci kudarcok korrigálása érdekében; a legtöbb esetben az állam, illetve valamelyik helyi kormányzati intézmény a főszereplő. Bár felismerték a kormányzati kudarcokat is, úgy vélték, hogy ennek káros hatása kisebb, mint a piaci kudarcoké. Regionális szinten a közösségi beavatkozások, főként a kormányzati beruházások és kiadások multiplikátorhatást eredményeznek, így javulnak a foglalkoztatási mutatók, a kereslet élénkül, a növekedés elkezdődik. A kormányzati beruházás során munkahelyek létesülnek, csökken a régió munkanélküliségi rátája, magasabb bevétel realizálódik a lakosságnál, a fogyasztás javul, ami újabb beruházást implikál. Ez egy cirkuláris, önfenntartó fejlődést is eredményezhet. A lemaradt térségek esetében még hatékonyabb a kormányzati intervenció, mert az állami támogatásokkal ezeket a régiókat fel lehet zárkóztatni, ami a területi diverzifikáció mérséklődését jelenti. A költségvetési források megfelelő redistribúciójával és a javak allokációjával a területi egyenlőtlenségek kezelhetővé válnak.

Domar és Harrod növekedési modelljükben rávilágítanak (Domar, 1946), hogy a beruházás nyomán piaci bővülés érhető el. A szerzőpáros a beruházásnak két fajtáját különböztette meg: az autonóm és indukált beruházást, az elsőt exogén adottságként értelmezték. Meglátásuk szerint az autonóm beruházásnak három determinánsa emelhető ki:

- állami kiadások, melyek a régiókba direkt vagy indirekt beruházásként jutnak el,
- stratégiai, hosszú távú beruházás, melyek a távolabbi jövőben térülnek meg (pl.: humán tőkébe való befektetés), végül
- technológiai fejlődés, amit szintén exogén tényezőnek tartottak. Szerintük ez olyan adottság, mely mindenféle ráfordítás nélkül mindenkinek rendelkezésére áll, „mannaként hull alá”. Véleményem szerint téves a technológiai haladást egyszerűen exogén hatásként értelmezni. Egyet értek a Nobel-díjas, kissé nyersen fogalmazó Kenneth Arrow-val, aki szerint „a technikai fejlődés ilyen kezelése alapvetően a tudatlanság bevalása.” (Arrow, 1962 155.p.)

Az indukált beruházás a fogyasztási javak iránti kereslettől függ. Ha a kereslet nő, akkor emelkedik a fogyasztási javak termelése, ami újabb beruházásokat indukál. Ez a folyamat fordítva is helyálló.

A keynesi perspektíva hangsúlyozza, hogy a kormányzati szerepvállalásnak, pontosabban beruházásnak komplementer hatása is lehet. Meghatározott beruházás esetén a lokális társadalom jövedelme nő, ami a fogyasztást serkenti, ami újabb piaci beruházásokat indíthat el. Hirschmann és Nelson (1976) szerzőpárosa komplementer hatásnak két fajtáját emeli ki: (1) az előrecsatoló (kínálatban nyilvánul meg) és a (2) visszacsatoló (kereslethez kapcsolódik) effektust. Előrecsatoló hatásról akkor beszélhetünk, ha a kormányzati beruházás során létrejött termelési egységek termékeihez kapcsolódik, vagy azt kiegészíti egy újabb termék, amit egy másik piaci szereplő biztosít, ezzel javul a régió foglalkoztatási szerkezete. A visszacsatoló hatás lényege az, hogy a termeléshez szükséges árak létrehozásához társul újabb termelési egység. Végső soron, a központi beruházásnak tovaggyűrűző hatása van, mely hosszabb távon nem torzítja a piaci automatizmusokat, hanem serkenti.

Az exogén növekedésemélet

Az 1973-as olajválság-sorozat kirobbanása után a regionális és nemzetközi társadalmi, gazdasági háttérfeltételek gyökeresen megváltoztak. A keynesi felfogás helyére a neoklasszikus exogén regionális növekedésemélet kerül (Lukovics, 2008). Ez Solow-modelljét (Solow, 2000) veszi alapul, melyben a monetáris és racionális gondolkodás dominál. A kormányzati intervenció kritikája felerősödött, helyette a „piac láthatatlan kezé”-ben bíztak, a piac hatékonyabb a források (újra)elosztásában, mint az állam: szerintük a kormányzati kudarcok károsabbak, mint a piaci kudarcok. A piaci kudarcokat állami intervencióval részlegesen, vagy nem is lehet korrigálni, a kormányzati beavatkozás káros, drága, ezért a piac önreflexióját hagyni kell kibontakozni, mely képes növekedési pályára állítani a régiót (Káposzta és Nagy, 2012). Elfogadottá vált az a nézet, miszerint a regionális gazdasági növekedést és fejlődést jobban serkentik a piaci automatizmusok, a régiók közötti verseny, mint a közösségi intervenciók. Mindezt meghatározza:

- a munkaerő-piaci kínálat szerkezete, fejlődése és bővülése,
- a technológiai fellendülés, valamint a
- tőkeállomány növekedése.

Ez az elmélet feltételezi, hogy a tőke- és a munkaerő szabad áramlása adott, a régiók közötti verseny tökéletesen szabad, a termelési tényezők mobilitását nem gátolja semmi, a jövedelem mértéke a termelés output-jától függ. Ebből következik, hogy a magasabb életszínvonalat biztosító régió vonzóvá válik, így megkezdődik az országon belüli migráció, a szegényebb térségekből vándorolnak a gazdagabbak felé. A szabadpiaci elvek térnyerése következtében a tőkemozgást sem korlátozza semmi. A tőke a gyorsabb megtérülést keresi, oda helyezik át,

ahol alacsonyabb munkabért kell fizetni. A tőke és a munkaerő migrációja tehát ellentétessé válik, így a területi, gazdasági és társadalmi egyenlőtlenségeket a piaci önszabályozók – kisebb-nagyobb ingadozásokkal, de – megoldják. Közösségi intervencióra tehát nincs, vagy alig van szükség, az állam partvonalon kívülre kerül (Capello, 2007 756.p.). E megközelítés bírálata korán kialakult, a gyakorlat hamar felülírta ezeket a scénáriókat. A valóságban, ezzel szemben, a tőke nem minden esetben vándorol át alacsonyabb jövedelmű régiókba a gazdagabbakból, mert ott általában alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező munkaerő él, a technológiai eszközök sem túl fejlettek, a kibocsátás növekedésével összefüggő feltételek nem adottak; a regionális differenciálódásokat a piaci automatizmusok csupán részlegesen kezelik.

Álláspontom szerint a keynesi felfogás kritikája itt többé-kevésbé helytálló, valóban a kormányzat túl magas arányban von, illetve vonhat el forrásokat a gazdaság szereplőitől a központi beruházások érdekében. Több esetben az ilyen típusú beavatkozás nem eredményes, a piaci mechanizmusok a beruházásra szánt források allokációjában rendszerint hatékonyabbak. Egyetértek Milton Friedman megállapításával, hogy a kelet- és közép-európai államokban rendszerint előfordul, hogy a problémára adott kormányzati reakciók még nagyobb gondot okoznak, mint amekkora az eredeti probléma volt.

Az endogén, illetve új növekedésmélelet

A következő évtizedben a neoklasszikus endogén növekedésmélelet (Button, 2011) kiterjesztésének hatására a régiók endogén kapacitásaiban látták a gazdasági bővülés hajtóerejét (Ács és Varga, 2000). Ezt a változást az indokolta, hogy makrogazdasági szinten nem tudták megmagyarázni a konvergencia hiányát, illetve annak speciális formáit. Csupán néhány leszakadt régió volt képes a felzárkózásra, ám a neoklasszikus elmélet szerint többnek kellett volna bekapcsolódnia ebben a folyamatba (Margarian, 2013). „Az új növekedésmélelet képviselői szerint az empirikus kutatások nem támasztják alá a neoklasszikus modellek legfontosabb következtetéseit és feltételezéseit, nevezetesen a konvergenciahipotézist és a minden országot egyformán érintő technológiafejlődés létezésére vonatkozó feltevést.” (Valentinyi, 1995 586.p.) Az exogén források helyett az endogén kapacitásokkal, forrásokkal és folyamatokkal hozták összefüggésbe, magyarázták a regionális gazdaság fejlődését. Ennek a megközelítésnek a lényege, hogy a térség endogén forrásait fel kell ismerni, mobilizálni kell és – amennyiben ennek relevanciája van – ezeket be kell emelni a termelési folyamatba. A régió belső kapacitásaira akkor irányult a figyelem, mikor először felismerték, hogy a lokális technológiának milyen erős befolyásoló hatása van a helyi növekedésre, majd a humán tőke szerepét vizsgálták (Stimson, Stough és Nijkamp, 2011 5.p.). Ezután a Romer (1990) és Lucas (1993) tanulmányain alapuló megközelítések fejlesztették az endogén

növekedésméletet, vagyis a humán erőforrások fejlesztésével az innováció bővíthet, ami újabb beruházásokkal a régió magasabb jövedelmekképződését teszi lehetővé. Majd Fukuyama (1995) kezdett érdeklődni a nem-tárgyi tőkejavak területi hatása iránt, még pontosabban, a kulturális és társadalmi effektusokat elemezte. Kiemelt figyelmet kapott az, hogy a szilícium-völgyi, illetve közeli kis- és középvállalkozások (továbbiakban: KKV-k), egyetemek és üzleti körök, befektetők közötti bizalom, együttműködés milyen hatással van a regionális folyamatokra.

Az endogén növekedésméleti modell a regionális versennyel kapcsolatos felfogást részben módosította. Eszerint, nem a régiók közötti verseny, hanem sokkal inkább az endogén kapacitások kollektív együttműködéssel történő kihasználása járul hozzá a regionális növekedéshez. Nem kell megszüntetni a lokális versenyt, ám a térségek közötti kooperációra a korábbihoz képest nagyobb hangsúlyt kell helyezni. A versenyelőnyök helyett az együttműködésre, kooperációra épülő előnyöket kell erősíteni.

E felfogás kiindulópontja az, hogy a térség belső adottságait, a már meglévő földrajzi, társadalmi, gazdasági, kulturális, tradicionális, stb. tényezőit kell felismerni és mozgósítani a regionális növekedés érdekében.

Valentinyi (1995) az endogén növekedés három forrását különbözteti meg, melyek egymáshoz szorosan kapcsolódnak: (1) a tudás, humán tőke, az (2) innováció, valamint a (3) régióban meglévő területi potenciálok. Lengyel (2010 45-47.p.) az endogén növekedés 4 determinánsát emeli ki, úgymint humán tőke, technológiai fejlettség, innováció, tőkeintenzitás (tőke/munka aránya). Lukovics (2008) a régió belül az endogén forrásoknak több elemét emeli ki, úgymint:

- tőkemennyiség,
- földrajzi adottság,
- a régió munkaerejének minőségi és mennyiség összetétele,
- fizikai infrastruktúra minősége,
- társadalmi, kulturális, tradicionális háttér,
- hatalmi (központi- vagy önkormányzati) intézményrendszer döntései,
- piaci szereplők kapcsolatrendszere,
- környezeti állapot.

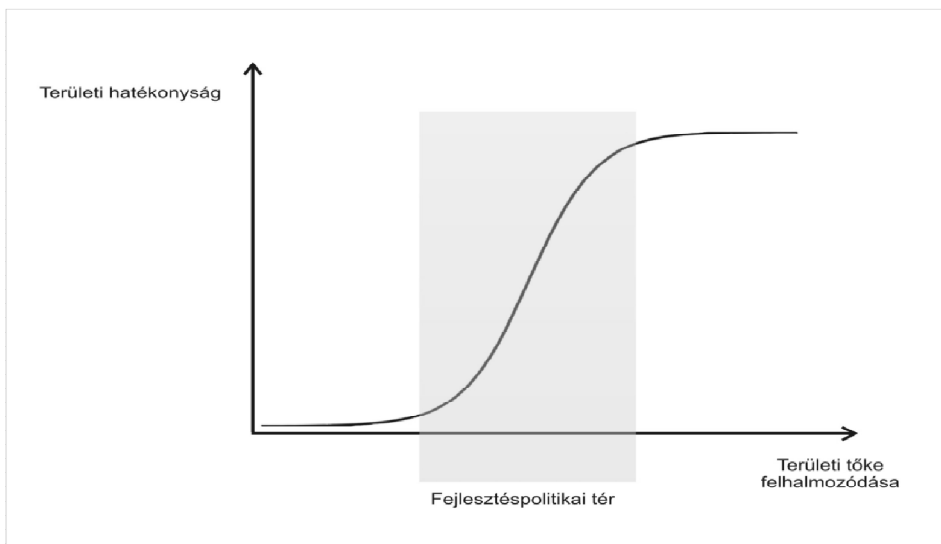
Az elgondolás az, hogy a humán tőke és a technológia fejlődés összekapcsolásával indítható el a regionális bővülés. A magas tudásalapú üzletágak (magas hozamú szektorok egységei) közelébe költöznek a magas tudásbázissal, piacképes ismeretekkel rendelkező társadalmi csoportok (Capello, 2012). Ebben a funkcionális térben a lexikális és tacit tudás koncentráltan megjelenik, amely ha bizonyos kritikus tömeget elér, akkor regionális növekedést indít el. A tudásból ered az innováció, melyhez szerves módon társulnak az endogén regionális növeke-

dést meghatározó további faktorok, úgymint a vállalkozókészség, a területileg beágyazódott intézmények, a jó képességekkel és kapcsolatokkal rendelkező menedzsment és kreativitás (Chapain, Clifton, és Comunian, 2013). Ezek az endogén források egymáshoz rendelve a régió termelékenységét, a lakosság életszínvonalát javítják.

A regionális egyenlőtlenségeket a tudás differenciált területi megoszlásával magyarázza a teória. A kiegyenlítődés akkor valósul meg, ha a fejlettebb régiókból a tudás „túlsordul” (spillover) a feltörekvő területekre, ott elér egy kritikus tömeget és a növekedés forrásává válik. A tudás túlsordulása azonban nem akadálymentes. Az alulfejlett régiókban nem, vagy csak elhanyagolható mértékben van meg az új tudás (new knowledge) iránti nyitottság, önmagukat zárják ki a növekedés folyamatából. A diffúzió (új tudás által termelt áru terjedése) részlegesen valósul meg. Ennek hátterében társadalmi, kulturális, esetleg szociálpszichológiai magyarázatok is állnak.

Szeretném azt hangsúlyozni, hogy nem minden tudás alkalmas a regionális növekedés elindítására, meghatározó a tudás minősége és piacképessége. A piaci kereslethez, illetve a beruházáshoz hozzá kell igazítani a lokális társadalom tudását, csak ekkor lehet a humán erőforrást pénztőkévé transzformálni. Adott régióban a diplomások arányának növekedése ezért nem minden esetben vezet növekedéshez.

A területitőke-modell fejlesztéspolitikája szintén az endogén növekedéssel-méletből bontakozott ki. Ennek lényege, hogy a professzionális és strukturális részeket érintő fejlesztéspolitikát felváltotta a stratégiai tervezéssel összefüggésben álló gondolat. Ez olyan kínálatorientált szemléletet foglal magába, mely a meglévő materiális és immateriális javak kihasználásával indítja el a regionális növekedést. A területitőke-modell fejlesztési koncepcióinak betartásával – szigorúan elméletileg – a területi növekedés elindul, illetve a területitőke-állomány nő. Ahogy azt az 1. ábra is mutatja, a fejlesztéspolitikai térben a növekedés dinamikus, majd eléri maximális értékét, amit a területi hatékonyság határoz meg. Ezután inkább a fenntartható fejlődés tényezőit kell felismerni és hasznosítani.



Forrás: Camagni-Capello 2005 7.p.

1. ábra: A területitőke-konceptió fejlesztéspolitikájának hatása.

Az endogén növekedésmélet fejlesztéspolitikája a fejlesztések fenntarthatóságával áll szoros kapcsolatban. Ennek lényege az úgynevezett „három spirálcsovar szcenárió”-val (triple helix scenario) interpretálható (Etzkowitz és Leydesdorff, 2000), mely az ipar, az egyetem és kutatóintézet, valamint az önkormányzat közötti spirális összefonódásra, kooperációra mutat rá. Ebben a konstellációban az oktatói és kutatói szektor szerepe jelentős, ahol a tudás alapú gazdaság tényezői koncentrálnak. Florida (2002) szerint ez a szinergia a lokális társadalmi viszonyrendszereket is átrendezi, ilyen területeken alakul ki a kreatív társadalmi osztály, mely ágazati körzetet, funkcionális teret alkot, ez tudásával, mindennapi munkájával és életével a térség innovációs miliójét is megteremti, ezzel újból serkenti a regionális növekedést (Gabe, Florida és Mellander, 2013).

A fenntartható fejlődést öt kritikus sikerességi faktor pentagon modellje integrálja (Capello, Nijkamp és Pepping, 1999; Nijkamp, Vleugel és Maggi, et.al. 1994) az endogén növekedésméletbe. Ezeket a tényezőket tőkeként fogják fel az elmélet alkotói. Kiemelik, hogy a regionális bővülés folyamatában az alábbi öt tőkefajának mobilizálhatóvá kell válnia, a köztük lévő transzformációt meg kell őrizni:

1. termelési tőke: itt a termeléssel és a munkával összefüggésben álló tényezők szerepelnek,

2. humán tőke: ide azok a tudás- és képességformáló képzések, tréningek tartoznak, melyek a munkaerő minőségét javítják, végső soron a termelési output minőségi és mennyiségi fenntartását határozzák meg,
3. társadalmi tőke: ez olyan gyűjtőfogalom, mely magába foglalja a rászoruló társadalmi csoportok szociális támogatását, az egyének közötti kommunikációját, a formális és informális üzleti hálózatok interakcióit, valamint a társadalmi és gazdasági határokon átívelő kommunikációs csatornákat,
4. kreatív tőke: olyan képességek és készségek kapcsolódnak ide, melyek alkalmasak egy egész régió gazdaságát növekedési pályára állítani. Mindezt meghatározza a vállalkozókészség, a termeléssel összefüggő új gondolatok adaptálása. Ezek a feltételek leggyakrabban a városi multikulturális „olvasztótégely”-ekben adóttak (Stimson, Stough és Nijkamp, 2011 11.p.),
5. ökológiai tőke: a környezeti tényezők az életminőséget befolyásolják hosszú távon, ezért a zöldterületek, a víz, stb. minőségi és mennyiségi fenntartására irányuló stratégiák a régió jólétét jelzi.

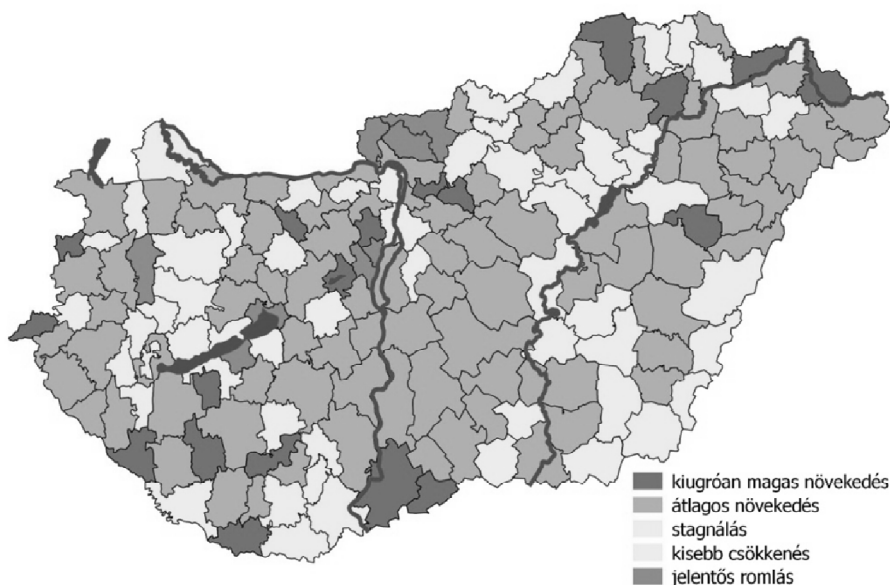
A fenti pentagonszerű struktúrába rendezett endogén növekedés fenntarthatóságával kapcsolatos tényezők empirikus tesztelését, mérését, kvantifikációját és magyarázó modelljét már kidolgozták (Capello, Nijkamp és Pepping, 1999).

Elméleti szempontok	Keynes-i irányzat	Neoklasszikus (exogén) irányzat	Neoklasszikus (endogén) irányzat	Neoklasszikus (heterodox) irányzat	Területi irányzat
Időszak	1960-70-es évek	1960-70-as évek	1980-90-es évek	1980-90-es évek	1990-2000-es évek
Gazdasági növekedés értelmezése	Jövedelmek és foglalkoztatás növekedése	Termelékenység és az életszínvonal javulása	Termelékenység és az életszínvonal javulása	Versenyképesség javulása	Versenyképesség javulása
Növekedési tényezők	Kereslet	Tényező-ellátottság és termelékenység	Termelékenység növekedésének endogén forrásai	Nem-hagyományos tényező-ellátottság javulása	Endogén területi elemek
Elméleti alapok	Exportbázis-elmélet, kumulatív okság elmélet	Régiók közötti tényezőáramlás	Makroökonomiai endogén növekedés-elméletek	Növekedési potenciál-elméletek	Kistérségi endogén növekedési elméletek

Forrás: Capello 2007 757.p.

1. táblázat: A regionális gazdasági növekedési elméletek főbb közgazdaságtani irányzatai.

Eddigi területi kutatásaim éppen az endogén növekedésemét lényegét támasztják alá (Jóna 2013, Jóna és Hajnal 2014). Ha csak az exogén tőkejavak kistérségi megoszlását vizsgáljuk, kiderül, hogy a területi egyenlőtlenségek drasztikusak, az ország „nyugatról keletre lejt”. Azonban, ha az exogén és endogén kapacitásokat egyszerre vesszük figyelembe, akkor a kép jelentősen átalakul (az exogén és endogén javakat egyszerre a területi tőke kategóriával lehet mérni). A 2. ábrán is látható, hogy a legnagyobb területi tőke növekedés az ország legszegényebb kistérségeiben volt mérhető.



Forrás: saját számítás

2. ábra –A 2004 és 2010 közötti területitőke-értékek változása kistérségenként.

Ez egyértelműen azt jelenti, hogy a periférikus kistérségeknek megvan az adottságuk, lehetőségük a felzárkózásra, a konvergenciára. Ezek a területi endogén források azonban nincsenek kihasználva, így a szocioökonómiai különbségek megmaradnak. Az egyenlőtlenségek mérséklődnének, ha az endogén kapacitások felismerése és aktivizálása megtörténne. A kérdés tehát az, miként lehet az endogén kapacitásokat anyagi javakká transzformálni?

Jelenleg ez a kérdés foglalkoztatja a legnevesebb nemzetközi kutatóintézeteket is. Az eredmények nyilvánvalóan régióként eltérőek, ám néhány általánosítás mégis megfogalmazható. A leszakadt régiók akkor tudják saját, már

meglévő erőforrásait mobilizálni, ha kooperálnak egymással, tudásukat, tradícióikat, képességeiket a termelési folyamatba állítják. Röviden, a helyi civil társadalom, a gazdasági szereplők, az önkéntesek és az egyetemek és kutatóműhelyek közösen, egymással kooperálva, hálózatokat alkotva képesek aktivizálni. A területfejlesztési és a társadalompolitikai eszközöket integrálják, a kettő egymástól elválaszthatatlan.

Ezt a kutatási eredményt ma már beépítették az angol (Hildreth, 2014, Pugalis, 2014), a lengyel (Dabrowski, 2014), az ausztrál (McDonald, 2014) és az olasz (Celata és Coletti, 2014) fejlesztéspolitikába is. Ezekben az államokban a szubszidiaritás elvét követve többszintű kormányzást valósítanak meg, ahol az államnak már nincs főszerepe, mert felismerték ennek határait, lehetőségeit. Jellemző, hogy hálózatok, network-ök alakulnak helyileg, melybe beletartoznak a régió üzletemberei, a civil szervezetek képviselői, KKV-k, és a tudomány képviselői is. Ők készítik el közösen a térség rövid-, közép- és hosszú távú fejlesztési stratégiáját és ők is valósítják meg.

Összefoglalás

Röviden összefoglalva az eddigieket, elmondható, hogy a regionális növekedéssel kapcsolatos elméletek az utóbbi fél évszázadban jelentős átalakuláson mentek keresztül. Az 1960-70-es években úgy vélték, hogy a területi növekedés forrásai közé sorolható a közlekedési infrastruktúra, az agglomerációs előnyök, a tradicionális tényezőellátottság, az ipari- és pénzügyi szektor működése. A területitőke-paradigma által is elfogadott modern megközelítés szerint újabb faktorok is szerepet játszanak a regionális növekedésben, úgymint a területi identitás és fogékonyság, a tudás termelés és diffúzió, a területi milió és szinergiák, valamint a kollektív tanulás folyamata.

Felhasznált irodalom

1. Ács J. Z., Varga A. (2000): Térbeliség, endogén növekedés és innováció. *Tér és Társadalom*, 4 23-39.p.
2. Arrow, K. J. (1962): The economic implication of learning by doing. *The Review of Economic Studies*, 3 (29) 155-173.p.
3. Button, K. (2011): The economist's perspective on regional endogenous development. 20-39. p. In.: Stimson, R., Stough, R. R., Nijkamp, P. (eds.):

- Endogenous regional development: perspectives, measurement and empirical investigation. Massachusetts: Elgar.
4. Camagni, R. (2011): Local knowledge, national vision. 57-65.p. In.: Seminar on territorial dimension of development policies. http://www.mrr.gov.pl/english/Regional_Development/Presidency/event_schedule/Documents/Seminar_%20Papers_and_Proceedings.pdf#page=59 (letöltés: 2013. március 21.)
 5. Camagni, R., Capello, R. (2005): Spatial scenarios and orientations in relation to the ESDP and EU cohesion policy. http://www.espon.eu/export/sites/default/Documents/Projects/ESPON2006Projects/CoordinatingCrossThematicProjects/Scenarios/2.ir_3.2-full.pdf (letöltve: 2012. augusztus 2.)
 6. Capello, R. (2007): A forecasting territorial model of regional growth: the MASST model. *The Annals of Regional Science*, 4 753–787.p.
 7. Capello, R. (2012): The knowledge economy in European regions: a strategic goal for competitiveness. 77-107.p. In.: Capello, R., Dentinho, T. P. (eds.): *Networks, space and competitiveness*. Massachusetts: Edward Elgar.
 8. Capello, R., Nijkamp, P. (2009) (eds.): *Handbook of regional growth and development theories*. Edward Elgar: Cheltenham, 535.p.
 9. Capello, R., Nijkamp, P., Pepping, G. (1999): *Sustainable cities and energy policies*. Berlin: Springer-Verlag.
 10. Celata, F. – Coletti, R. (2014): Place-based strategies or territorial cooperation? *Local Economy*, (megjelenés alatt).
 11. Chapain, C., Clifton, N., Comunian, R. (2013): Understanding creative regions. *Regional Studies*, 2 (47) 131-134.p.
 12. Dabrowski, M. (2014): Towards place-based regional and local development strategies in Central Eastern Europe? *Local Economy*, (megjelenés alatt).
 13. Domar, E. (1946): Capital expansion, rate of growth, and employment. *Econometria*, 2 (14) 137-147.p.
 14. Enyedi GY. (2010): A terület- és településfejlesztéssel kapcsolatos tudományos kutatások fő irányai és feladatai. *Területi Statisztika*, 4 (50) 398-405.p.
 15. Etzkowitz, H., Leydesdorff, L. (2000): The dynamics of innovation. *Research Policy*, 2 (29) 109-129.p.
 16. Fenyővári ZS., Lukovics M. (2008): A regionális versenyképesség és a területi különbségek kölcsönhatásai. *Tér és Társadalom*, 2 1-20.p.
 17. Florida, R. (2002): *The rise of the creative class: and how it's transforming work, leisure, community and everyday life*. New York: Basic Book.
 18. Fukuyama, F. (1995): *Trust: The social virtues and creation of prosperity*. New York: Free Press.

19. Gabe, T., Florida, R., Mellander, C. (2013): The creative class and the crisis. *Cambridge Journal of Regions, Economy and Society*, 6: 37-53.p.
20. Hildreth, P. (2014): Place-based economic strategy in England. *Local Economy*, (megjelenés alatt).
21. Hirschmann, A., Nelson, R. R. (1976): Discussion. *American Economic Review*, 2 (66) 386-391.p.
22. Jóna Gy. (2013): A területi tőke fogalmi megközelítései. *Tér és Társadalom*, (27) 1: 30-51.p.
23. Jóna Gy., Hajnal B. (2014): A magyarországi kistérségek területi tőkájének alakulása. *Területi Statisztika*, (54) 2: 99-118.p.
24. Káposzta J., Nagy H., Kollár K. (2010): Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye leghátrányosabb helyzetű kistérségeinek települési szerkezeti, foglalkoztatási jellemzői az EU csatlakozás óta eltelt időszakban. *Területi Statisztika*, 6 (13) 641-658.p.
25. Lackó L. (2009): A területi fejlődés egységes értelmezése. 27-38.p. In.: Rechnitzer J. – Lengyel I. (szerk.): *A regionális tudomány két évtizede Magyarországon*. Budapest: Akadémiai Kiadó 468.p.
26. Lengyel I. (2010): *Regionális gazdaságfejlesztés. Versenyképesség, klaszterek és alulról szerveződő stratégiák*. Budapest: Akadémiai Kiadó, 386.p.
27. Lucas, R. E. (1993): Making a miracle. *Economia*, 2 (61) 251-272.p.
28. Lukovics M. (2008): *Térségek versenyképességének mérése*. Szeged: JATEPress, 212.p.
29. Margarian, A. (2013): A constructive critique of the endogenous development approach in the European support of rural areas. *Growth and Change*, 1 (44) 1-29.p.
30. McDonald, C. (2014): Developing information to support the implementation of place-based economic development strategy. *Local Economy*, (megjelenés alatt).
31. Mulder, P., Nijkamp, P., Stough, R. (2012): Editorial. *Spatial Economic Analysis*, 3 (7) 287-291.p.
32. Nemes Nagy J. (2009): *Terek, helyek, régiók. A regionális tudomány alapjai*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
33. Pugalis, L. (2014): Trend sin place-based economic strategy. *Local Economy*, (megjelenés alatt).
34. Romer, P. M. (1990): Endogenous technical change. *Journal of Political Economy*, (98) 1002-1037.p.
35. Samuelson, P. A., Nordhaus, W. D. (2005): *Közgazdaságtan*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Kiadó. 763.p.
36. Solow, R. M. (2000): *Growth theory: an exposition*. New York: Oxford University Press.

37. Stimson, R., Stough, R., Nijkamp, P. (2011): Endogenous regional development. 1-20.p. . In.: Stimson, R., Stough, R. R., Nijkamp, P. (eds.): Endogenous regional development: perspectives, measurement and empirical investigation. Massachusetts: Elgar.
38. Valentinyi Á. (1995): Endogén növekedésmélet. *Közgazdasági Szemle*, 6 582-594.p.
39. Polko, A.: Public space development in the context of urban and regional resilience, *Journal of Economics and Management*, 10: 48-58.
40. Baron M., Ochojski A., Polko A. et al.: Economics and Strategic Management of Local Public Services in Central Europe, Academy of Sciences of the Czech Republic, Prague. 2014.

Dr. Jóna György a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karának adjunktusa, 2013-ban szerezte meg regionális gazdaságtanból Ph.D. fokozatát a Szent István Egyetemen. Kutatási területe a helyi gazdasági fejlődés tényezőinek elemzése, még pontosabban a KKV-hálózatok területi dimenzióinak feltérképezése.