

ERDÉLYI TÁRSADALOM

Szociológiai szakfolyóirat

X. évfolyam 1. szám

ERDÉLYI TÁRSADALOM



Szociológiai szakfolyóirat

10. évfolyam 1. szám

Kolozsvár

2012

Erdélyi Társadalom

A kolozsvári Babeş-Bolyai Tudományegyetem Magyar Szociológia és Szociális Munka Intézete
és a Max Weber Társadalomkutatásért Alapítvány folyóirata.
Megjelenik évente két alkalommal.

Alapítók

Horváth István, Magyarai Tivadar, Péter László, Veres Valér

Főszerkesztő
Horváth István

Felelős szerkesztő
Veres Valér

Lapszámfelelősök

Berszán Lídia Szabó Béla

Szerkesztőbizottság

Csata Zsombor, Kiss Dénes, Benedek József, Berszán Lídia
Magyarai Tivadar, Pásztor Gyöngyi, Péter László, Geambaşu Réka

Szerkesztőtanács

Bárdi Nándor, Csepeli György, Kuczi Tibor, Ladányi János, Lengyel György, Lőrincz D.
József, Mezei Elemér, Pászka Imre, Tamás Pál, Szabó Béla

Szerkesztőségi titkár
Kiss Zita

Olvasószerkesztő
Berszán Lídia

Borítóterv
Módi István-Hunor

DTP
Dániel Botond

A szerkesztőség postai címe

Revista „Erdélyi Társadalom” Str. Tipografiei, 12 / 1, RO–400101 Cluj-Napoca
Telefon. +40 264 599 461, fax: +40 264 430 611
E-mail: et@socasis.ubbcluj.ro *kiss_zita@yahoo.com*,

A régebbi számok elérhetők a <http://www.bbteszociologia.ro> honlapon.

Kiadó: Presa Universitară Clujeană

ISSN: 1583–6347

Nyomtatta az INCITATO Nyomda, Kolozsvár

A lap kiadását támogatja:

Communitas Alapítvány



Tartalom

1. TANULMÁNYOK

Albert-Lőrincz Csanád: Felelősségvállalás a gyermek-páciensek önrendelkezésének tiszteletben tartásáért	9
Albert-Lőrincz Enikő: A gyermekek társadalmi beilleszkedési nehézségeinek háttértényezői és a közösségi megelőzés megtervezése	23
Müller-Fábián Andrea: Az átmeneti korszak gyermekei Romániában	39
Tótkés Gyöngyvér, László Éva, Antal Imola: A romániai fiatalok megküzdése az online veszélyekkel	55

2. RECENZÍÓ

Berszán Lídia: Kötelező olvasmány Családszociológiából	85
English abstracts	87
A szerzőkről	89

ET

TANULMÁNYOK

1

Felelősségvállalás a gyermek-páciensek önrendelkezésének tiszteletben tartásáért

A tanulmány arra hívja fel a figyelmet, hogy a kiskorú páciensek jogvédelme időszerű probléma, mivel a kiskorúak különleges figyelmet és támogatást igényelnek. A szakma felismerte, hogy az emberi jogok betartása a gyermekek kezelésében nagyon fontos tényező. Kialakult egy új szemlélet, miszerint az emberi jogok felruházzák a gyermekeket általános jogalanyisággal, amely kibatással van az egészségügyi ellátás megszervezésére és az egészségpolitikára. A gyermek-páciensek jogai az általános gyermekjogokból, melyek az emberi jogokon alapulnak és a páciensek jogaiból tevődnek össze. A gyermek páciensek jogai az önrendelkezés köré csoportosulnak, viszont a normatív szabályozás hiányos és nem mindig egyértelmű. Felmerül, hogy milyen korlátok között gyakorolható az önálló döntéshozatal, vagyis az önrendelkezés joga a gyermekek esetében. Megismerkedünk két elmélettel, mely közül az egyik a teljes önrendelkezést, a másik a korlátozott önrendelkezést tartja elfogadhatónak. A tanulmány szerője ez utóbbit fogadja el, vagyis a gyermek autonómiája nem abszolút jellegű. Ezt a megállapítást bizonyítja a cikk alapjául szolgáló mennyiségi módszerekkel végzett kutatás.

Időszerűvé vált, hogy Romániában is kellő odafigyeléssel kezeljük a beteg gyermekek jogvédelmét, mert az eddigiekben épp a kiskorú páciens volt leginkább mellőzve a róla, vagy az ő érdekében hozott döntésekben. A kialakult szokások azt a tapasztalatot közvetítik, hogy az esetek többségében a kiskorú páciens helyett a felnőttek döntenek az őt érintő egészségügyi kérdésekben, az esetek döntő többségében a gyermek korlátozott döntéshozatali jogát sem hagyták érvényesülni. A helyzet annak is tulajdonítható, hogy a gyermekkel, az adott fejlődési szintnek megfelelően, sajátos módon lehet kommunikálni. Nem ugyanazokkal a kognitív és érzelmi jellemzőkkel bír, mint a felnőtt, vitatható a felelősségteljes döntések maghozatalának képessége is. Romániában adott az eukonform jogrendszer az egészségjogok téren, csak az alkalmazás terén vannak hiányosságok.

A fenti felvezetés arra szeretné ráirányítani a figyelmet, hogy a gyermekekre, különleges státuszukra való tekintettel, különleges figyelmet kell fordítani, mert a vizsgálatok és kezelések elviselésében is támogatásra szorulnak. Néhány évtizeddel

korábban már felismerték, hogy a gyermek hatékony kezelése túlmutat a pusztán orvosi módszerek alkalmazásán, a gyógyítás szerves része a gyermekkel való megfelelő bánásmód. A gyermekek hatékony kezelése a szülők és orvosok aktív részvételét feltételezi, tudatosságot, megfelelő érzékenységet, a türelem alkalmazását. A kutatásokból kiderül, hogy a gyermekosztályokon dolgozó szakemberek jelentős része elismeri, hogy a gyermek állapotát jelentősen befolyásolhatja a gyógyító jellegű interaktív környezet, így a triadikus kapcsolat – gyermek-szülő-orvos – kiegészül a gyermek szociális környezetével, mint állapotbefolyásoló tényezővel (Robinson C.–Robinson L. 1979).

A *gyermekkel szembeni felelősség* kulcsfontosságú kérdés, mivel valakinek vállalnia kell a gyermek érdekeinek védelmét. A gyermek korlátozott élettapasztalattal rendelkezik, ezért nem képes arra, hogy kompetensen tudja érvényesíteni érdekeit. A gyermekről való gondoskodás felelősségével a felnőtteket ruházza fel a társadalom: a szülőket, az egészségügyi dolgozókat, és általánosságban a felnőtteket. A gyermek-páciens érdekeit (és jogait) elsősorban a szakorvosok tudják védelmezni (Miu 2004: 18).

A gyermekgyógyászra kiemelten fontos szerep hárul abban, hogy a gyermek jogai érvényre juthassanak az egészségügyi szolgáltatások során, mint ahogy abban is, hogy megadja a szükséges támogatást a gyermek-páciens és családja számára. A gyermekgyógyász és a szakszemélyzet (nővér, védőnő, ápoló, baba) nagy többségükben – amint a mi kutatásainkból is kiderül – ismeri a gyermek egészségügyi jogosultságát, esetleg szembesül az olyan helyzetekkel is, amelyek sértik a gyermek jogait, így a szülők tájékoztatása és figyelmeztetése az ő felelőssége kell, hogy legyen. Ezért főleg ennek a szakmai közegnek a számlájára írhatók az olyan gondozásban tapasztalható hiányosságok, mint például az időben történő orvosi vagy egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben való akadályoztatás, vagy a gyermek nem optimális körülmények közötti ellátása. A szakirodalom felhívja rá a figyelmet, hogy leginkább az orvosok tudják segíteni a gyermekek jogainak érvényesülését (Raman et alii 2007). „Az orvosnak mindenekelőtt a páciens jólétével kell törődnie” (Miu 2004: 22), a beteg szükségleteire legjobb szakismeretével kell válaszolnia. A szomatikus kezeléseknél a gyermek személyére is oda kell figyelni, vagyis arra, hogy hogyan érhető el a gyermek megnyerése a kezeléseknél elviselésére, valamint arra, hogy képes legyen, a gyógyulás érdekében, a belső erőforrások mozgósítására. Ezzel az előírással az orvosi autonómia nem sérül, a gyermekgyógyásznak „saját magának kell meghatároznia a betegnek nyújtott szolgáltatások tartalmát és formáját” (Miu 2004: 29-30). A gyermekgyógyász és a gyermek-páciens közötti kapcsolat egy aszimmetrikus szerepviszony, melynek

legfőbb jellemzője az, hogy a felek nem egyenrangúak, viszont kapcsolatuk mégis beleegyezésen alapszik. Az együttműködésnek a megalapozása, a bizalmi kapcsolat kiépítése minden gyermekekkel dolgozó szakember feladata.

A szülők ugyancsak fontos szerepet kapnak a beteg gyermekek gyógyulásának elősegítésében. Ők közvetlenül és állandóan felügyelik a gyermek állapotát, ugyanakkor ők rendelkeznek a legnagyobb döntéshozatali hatalommal a gyermeket érintő egészségügyi problémákat illetően. A család, mint elsődleges döntéshozó szcénium, a szülő-gyermek kapcsolati terében működő egység, ami azt sugallja, hogy a gyermeket érintő döntéshozatalba a felnőttek be kellene vonják a gyermeket is (Friedman 1997). A kérdés az, hogy mikor kellene bevonni a gyermeket a tanácskozásba, hogy ne, vagy csak kis mértékben terhelődjön? El kell ismernünk, hogy „sok esetben nem csak egyetlen helyes döntés létezik, hanem inkább valamilyen döntés, amely a leginkább kifejezi a beteg és családja értékeit és célkitűzéseit” (Mack et alii 2011).

AZ EMBERI JOGOK ÉS A GYERMEKEK JOGALANYISÁGA

Az egészséget számtalan biológiai, pszichológiai, szociológiai és ökológiai tényező befolyásolja, de ritkán, vagy alig esik szó arról, hogy bizonyos jogok megvalósulása is befolyással lehet rá, mint például az élelemhez, a lakóhelyhez, a munkához, az oktatáshoz, az emberi méltósághoz, az élethez, az egyenlőséghez, a kínzás tilalmához, az információhoz való hozzáféréshez, a mozgáshoz, stb. való jog (Cotter et alii 2009). Ide sorolhatjuk az önrendelkezéshez (személyi autonómia) való jogot is, aminek elemzésére épül a jelen dolgozat.

Az önrendelkezéshez való jog szoros kapcsolatban van a meghallgatás, informálás és a döntéshozatal elfogadásának kinyilvánításával. Az önrendelkezési jog etikai kérdés, mivel összekapcsolódik a magánélethez és a titoktartáshoz való joggal, összhangban van a saját akarattal, az erkölcsi felelősség alapján történő választás jogával, illetve a döntésekkel járó felelősséggel (Brabin et alii 2007).

„1978-tól kezdődően az Egészségügyi Világszervezet (WHO) az egészséget úgy határozza meg, mint testi, szellemi és társadalmi teljes jólétet, és nem csupán a betegség vagy fogyaték hiányát. Mindemellett a XX. században az egészségügyi problémák majdnem kizárólag a diagnózis, kezelés és betegségmegelőzés köré összpontosultak (...), a napi gyakorlatban a szakemberek nem ismerték fel az egészség és az emberi jogok közötti viszonyt, következetesen mellőzik ezek szerepét az egészség promoválásában” (Iacopino 2002: 3).

Az emberi jogoknak egészség tényezőként való értelmezése az 1990-es években jelent meg. Azóta a szakemberek egyre inkább elfogadják az emberi jogok orvosi gyakorlatban betöltött szerepét. Az egészségvédő szervezetek számos nyilatkozatában és közleményében megtaláljuk (Cotter et alii 2009) ezek kinyilatkoztatását.

Az emberi jogokért folytatott harc kedvezően járult hozzá a betegek jogainak érvényesítéséhez is. A betegek jogai a mindenkori egészségpolitikában jutnak kifejezésre, és az orvosi gyakorlatban valósulhatnak meg. Az egészségügyi dolgozók számára tilos minden olyan eljárás, amely sérti az emberi jogok alapelveit.

A gyermek-páciensek jogai több dilemmát is felvetnek, melyek az önrendelkezés köré csoportosulnak. A személyi autonómia elve szerint a gyermeknek jogában áll önálló döntéseket hozni saját egészségi helyzetét illetően. Az 1989-es ENSZ Gyermekjogi Egyezmény, noha kijelöl néhány kiindulópontot, nem tartalmaz konkrét kritériumokat, amelyek alapján meghatározható volna a gyermek önrendelkezésre való képessége. Rowse (2007) jelzi, hogy nem könnyű és körülményes a gyermek beleegyezésének megszerzése az orvosi kezeléseket illetően. A normatív szabályozás nem egyértelmű, emiatt a szülők gyakran kerülnek összeütközésbe az orvosokkal. Woods (2001) azt javasolta, hogy az egészségügyi szektornak gondoskodnia kellene arról, hogy a személyzet lelki támogatást kapjon, akárcsak a szülők, és olyan személyzettel kellene rendelkeznie, amely közvetít az orvosok, szülők és gyermekek között.

Az emberi jogok tárháza a gyermekeket is, mint emberi lényeket, általános jogalanyiséggal ruhazza fel. Ennek köszönhetően, megjelent a szakirodalomban egy új szemlélet. Tobin (2006) az általánosan elfogadott normatív szabványokat tekinti alapnak. A törvénykeretet a nemzetközileg elismert emberi jogok képezik, így az emberi lény fogalmát kiterjesztik a gyermekekre is. A gyermekek egészségügyi ellátását és a hozzá kapcsolódó egészségpolitikát az egyetemes emberi jogok alapozzák meg.

Az egyetemes emberi jogokon alapuló gyermekjogi szemlélet beépülése a társadalomba normatív, többrétű és interdiszciplináris folyamat, melynek célja, hogy a legmagasabb egészségügyi standardokat érje el a gyermekek számára. Megvalósításáért minden felelős társadalmi szereplő (kormány, szakminisztérium, orvosok, ápolók, szülők, gyermekek) álláspontját figyelembe kell venni és össze kell hangolni. A gyermeket minden döntés érinti, mert ő is alanya az egészségügyi ellátásnak, a jognak, az oktatásnak, a szociális munkának, stb. Az emberi jogokon alapuló szemlélet gyakorlatba ültetéséhez nagyfokú fogékonyságra, tudatosságra és aktivizmusra van

szükség, amelynek sikerességét az alulról jövő kezdeményezések, és a felülről ható intézkedések találkozása biztosíthatja.

A GYERMEK-PÁCIENSEK HELYZETE AZ ÖNRENDELKEZÉS JOGÁNAK TÜKRÉBEN

A kiskorúak jogi védelmével és érvényesülésével számos nemzetközi szervezet foglalkozik. A gyermek-páciensek jogai az általános gyermekjogokból és a betegek, mint páciensek jogaiból tevődnek össze.

Mint említettük az előzőekben, a gyermekjogok a kiskorúak jogalanyiségének elismeréséből és az egyetemes emberi jogokból képződnek le. Külön-külön ismertek mind a gyermekek, mind a páciensek jogai, mégis e kettő együttes érvényesítése terén nehézségek mutatkoznak. Ennek egyik oka, hogy a gyermek-páciensek sajátos helyzetben vannak, a korlátozott ítélőképesség és élettapasztalat hiánya miatt. Ismert tény, hogy a döntéshozatali képesség jogi szempontból nem köthető életkorhoz. A gyermek döntéshozói felelősségének kritériumait a törvények nem határozzák meg. Kellőképpen átfogó és szakosított jogszabály még nincs a gyermek-páciensekre vonatkozóan, bár elszórtan, elvi szinten több jogi normában is felvetődik ez a kérdés.

A kiindulási pont a választás joga, amely az önrendelkezés elvére épül. A Gyermekek Jogairól szóló 1989-es ENSZ egyezmény egyértelműen kimondja, hogy a gyerekeknek joguk van az őket érintő döntések befolyásolására (Alderson 1993). Nos, itt merül fel az a kérdés, hogy milyen korlátok között gyakorolhatja a gyermek az önrendelkezés jogát.

Perera (2008) szerint az autonómiához való jog nem abszolút jellegű jog. Az Egyesült Királyságban például, akárcsak Romániában, általánosan elfogadott tény, hogy az életmentő kezeléseket a szülői elutasítás ellenére is elvégezhetik az orvosok, ha a gyermek érdekében történnek (Perera 2008). A kérdés ennél bonyolultabb, a szakirodalomban sincs konszenzus. Egyes szerzők a teljes autonómia mellett érvelnek, míg mások a korlátozott gyermekautonómiát tartják helyénvalónak. Alderson (2001) az előbbi csoportba tartozik, a gyermek teljes autonómiájának elvét képviseli. Úgy véli, hogy még a legfiatalabb gyermekek is elegendő szellemi kapacitással rendelkeznek ahhoz, hogy hozzájáruljanak az őket érintő kérdések megoldásához, csak hogy, szerinte, a gyermekeket alábecsülik, olyan szabványtesztekre hivatkozva, amelyeket laboratóriumi környezetben végeztek, anélkül, hogy figyelembe vették volna a konkrét családi környezetet vagy az életkörülményeket. Véleménye szerint az is helytelen, hogy a kutatók egészséges gyermekeket mértek fel, olyanokat, akiknek nem volt tapasztalatuk

a betegségekről, a kezelésekről. Ezeknek a gyermekeknek nem lehet kompetens véleményük a betegségről, a betegségekkel járó fájdalmas és bonyolult beavatkozásokról. Aldersen (2001) úgy véli, hogy azok a gyermekek, akik a betegséggel járó szenvedéseket megtapasztalták, másképpen látják saját helyzetüket és kifejlődik bennük a helyzetmegértés képessége. Aldersen szerint nem az a kérdés, hogy a gyermekek hány éves kortól képesek megérteni helyzetüket, hanem az, hogy a felnőttek milyen szinten fogadják el, és mennyire szakszerűen képesek meghallgatni véleményüket. Fontos a tiszteletteljes, megfelelő kommunikáció, melyet, nyilván, a gyermek fejlettségi szintjéhez kell igazítani.

Friedman (1997) a korlátozott autonómia mellett érvel. Ő az egészségügyi ellátással kapcsolatos kompetenciát, az önrendelkezést és a jogszerűséget, valamint a család döntéshozatali szerepét veszi vizsgálat alá. A gyermek autonómiájának korlátozását az alábbi érvekre építi: Az első érv szerint a szülőknek és a hatóságoknak is befolyást kell gyakorolniuk a gyermek önrendelkezésére. A gyermek segítségre szorul, szüksége van egy gondoskodó, védettségi periódusra addig, ameddig kialakul a döntéskészség. Ez a készség támogató felnőttek hiányában nem, nem megfelelően, vagy nem időben alakul ki. A második érv arra épül, hogy a gyermek kevés tapasztalattal rendelkezik ahhoz, hogy jól megalapozott egészségügyi vonatkozású döntéseket hozzon. A harmadik érv abban áll, hogy a család fontos szerepet játszik életünk alakulásában. A szülők joga és kötelessége a család céljainak mérlegelése, de a közös célkitűzések nem mindig egyeznek a családon belüli egyéni célokkal. A családnak kellő hatáskörrel kell rendelkeznie, hogy a közös családi érdekeket érvényesítse. A negyedik érv szerint: azok, akik hangsúlyozzák, hogy a gyermek egészségügyi döntéshozatali autonómiáját támogatni kell, nem terjesztik ki ezt a jogot más területekre is (pl. az iskolaelhagyásra, a kábítószer-használatra, stb.). Tehát, ha nem fogadják el, hogy a gyermeket és a felnőttet egyenlő jogok illetik az élet összes területén, miért volna ez másképpen az egészségügyi döntéseket illetően, mondja Friedman (1997).

Megállapíthatjuk, hogy az önrendelkezés összetett, bonyolult jog. A jogi keret, láthatjuk, nem ad kellő támpontot a gyermek önrendelkezésére. Véleményünk szerint szélesíteni kell a gyermek személyi autonómia jogát, figyelembe véve a gyermek, a család és a társadalom érdekeit egyaránt. Első sorban a család, a szülő kellene, hogy felügyelje a gyermek önrendelkezési jogérvényesülését, és segítenie kellene a gyermeket jogai gyakorlásában. Friedman (1997) szerint a család társadalmi intézményének van a legközvetlenebb kapcsolata a gyermekkel, ugyanakkor feladata is a gyermek nevelése és

oktatása. Esetenként azonban szükség lehet külső személyek bevonására, felügyeletére – orvosokéra, állami szervekére, szociális munkásokéra is –, hogy megelőzhessék az esetleges felelőtlen vagy visszaélő szülői magatartásokat. Az állami szervek – családjogi bíróság, gyámhatóság, gyermekvédelem – bevonása a gyermekek egészségére vonatkozó döntéshozatalba csak kivételesen és csakis a végső esetekben indokolt és szükséges, amikor a szülői visszaélés vagy gondatlanság nyilvánvaló (Friedman 1997).

MÓDSZERTAN

A kutatás a gyermek-páciensek jogvédelmének felmérésével indult, majd a jogi keret elemzése után gyakorlati adatok gyűjtésével és kielemezésével zárult. A 2011. november és 2012. március között gyűjtött adatokat mennyiségi elemzésére alkalmas statisztikai módszerekkel dolgoztuk fel. Összesen 600 véletlenszerűen alkalmazott kérdőívből nyertük az adatokat, melyből 200-at egészségügyi személyzet, 200-at szülők és 200-at gyermek töltötte ki Kolozs, Maros és Hargita megyében. Az adatok feldolgozása SPSS szoftverrel, leíró és elemző módszerekkel történt. Az egészségügyi személyzet 200 fős mintája, 57 orvost, 111 asszisztent és 32 egyéb személyzeti alkalmazottat foglal magába. A gyermekek nemi összetétele 47-a fiú és 53 és lány, életkora 7 és 17 év közötti, az átlag életkor 11,25 év. Minden családból egy szülő és egy gyermek töltötte ki a kérdőívet, az adatok párban történő feldolgozása miatt.

A KUTATÁS EREDMÉNYEI

Mivel az önrendelkezés elvont jog, a kérdőívekben található kérdések ennek tartalmát célozták, és nem közvetlenül magát a jogot nevezik meg. Az általunk használt kérdőívekben arról kérdeztük meg az egészségügyi személyzetet, hogy *tudják-e, hogy a kiskorúnak jogában áll megválasztani vagy visszautasítani a kezelést*. Mindössze 45%-a válaszolt „igen”-nel (n=90), a megkérdezettek többi része nemlegesen válaszolt. (A minta 200 alanyt tartalmazott, mindenki felelt a fenti kérdésre.) A megkérdezett egészségügyi személyzet, láthatóan, nincs teljes mértékben tisztában a gyermek-páciens önrendelkezési jogával, több mint fele nem tudja (vagy nem érdekli őket), hogy a gyermeknek autonóm döntéshozatali jogai vannak. Az orvosok a legtájékozottabbak, 50,9% (n=29) válaszolt „igen”-nel. Az ápolók esetében az igenlő válaszok aránya kisebb, 44,1% (n=49). Az egyéb kisegítő személyzet érte el a legalacsonyabb arányt, mindössze 37,5% (n=12) tud a gyermek-páciensek önrendelkezés jogáról. Ezt a

jelenséget azzal magyarázzuk, hogy az egészségügyi személyzetben belül az orvosok a legalaposabban felkészültek, és valószínűleg ők élik meg a legnagyobb felelősséggel a rájuk bízott páciensek ellátását. A leírt helyzetből arra lehet következtetni, hogy nagyobb hangsúlyt kellene fektetni a gyermekek véleményének meghallgatására, és ez része kellene, hogy legyen az orvosi szakellátásnak. A kezelésekre való beleegyezés megszerzése alapvető feltétele a gyógyításnak. Az orvosoknak tájékoztatniuk kellene a gyermekeket a beavatkozás mikéntjéről, fel kellene készíteniük a várható eseményekre (fájdalom, vérzés, mennyit tart, stb.), mert csak ennek ismeretében alakulhat ki a gyermek-páciens és az orvos között az a bizalmi légkör, ami eredményre vezethet. Így a gyermek megélheti autonóm jogalanyiságát, az orvos pedig gyakorolni tudja kompetenciáját. Ezt a gyakorlatot, habár többlet erőfeszítést jelenthet az orvosok részéről, mégis szükséges beépíteni az orvos-beteg interakciós készségegárba, mert lényegesen növelheti az orvosi munka eredményességét.

A fenti kérdést (tudnak-e arról, hogy a gyermeknek jogában áll megválasztani illetve visszautasítani az egészségügyi kezelést) feltettük a szülőknek is. A 198 érvényes válaszból 37,9% (n=75) nyilatkozott pozitívan. A szülők tájékozatlansága e jogi kérdést illetően felhívja a figyelmet az egészségügy és problémái iránti társadalmi felelősség kérdésére.

A gyermekek esetén sem jobb a helyzet, 194 érvényes válaszból 45,4% (n=88) azt válaszolja, hogy meg sincs kérdezve, hogy akarja-e, hogy meggyógyuljon, egyetért-e, elfogadja-e a kezelést. A gyermekek csak 44,9%-a (n=89) válaszolta, hogy lehetősége volt részt venni (hozzájárulni) az állapotára vonatkozó döntés meghozásában. Az óvodás kortól megkezdett, folyamatos, általános és hatékony egészségnevelés sokat segíthetne a gyermek-páciensek egészségjogainak a megismerésében, és az egészséghez való joguk gyakorlásában.

A felmérés során mindkét felnőtt csoporttól (egészségügyi dolgozók és szülők) megkérdeztük, hogy *egyetértene-e azzal, hogy a gyermek visszautasíthasson bizonyos kezeléseket*. Az egészségügyi dolgozók 199-es csoportjából mindössze 3,5% (n=7) értékelte úgy, hogy a gyermek minden esetben képes dönteni; 52,8% (n=105) egyetértett, de csak azzal a feltétellel, ha a gyermek eléggé érett; 43,7% (n=87) nem támogatta a gyermek autonóm döntési jogának gyakorlását, mert véleményük szerint a kezelés amúgy is a gyermek érdekeit szolgálja.

A szülők 197 érvényes választ adtak, az egészségügyi dolgozókéhoz hasonló megoszlásban: 1,5% (n=3) szülő gondolta úgy, hogy a beteg gyermek minden esetben dönthet, 54,8% (n=108) egyetértett azzal, hogy a gyermeknek jogában áll

visszautasítani bizonyos kezeléseket, amennyiben a gyermek eléggé érett, és 43,7% (n=86) szülő nem értett egyet a gyermek önrendelkezési jogával a kezelés megtagadásában.

Az egészségügyi személyzet és a szülők válaszai együtt járnak $r=0.034$ érvényességi szinten. Következésképpen megállapítható, hogy a szülők és az egészségügyi dolgozók nézőpontja között nincs jelentős eltérés a gyermek azon jogát illetően, hogy a gyermek beleszólhat-e vagy visszautasíthatja-e a kezelést, ellenkezőleg, az álláspontok összhangban vannak.

A gyermekek megítélése szerint, 194 érvényes válasz alapján, 50%-uk (n=97) egyetért mindennel, amit nekik a felnőttek mondanak, 31,4%-nak (n=61) gyermek válaszolt úgy, hogy már volt olyan tapasztalata, hogy tiltakozott, de a kezelés mégis megtörtént, ezzel szemben mindössze 3,1% (n=6) gyermek akaratát tartották tiszteletben.

Mindebből világosan kitűnik, hogy az orvosi gyakorlat a korlátozott önrendelkezést részesíti előnyben, már amennyire ez része a mai gyakorlatnak. Túl kevés azon esetek száma, amikor a gyermek-páciens élhet saját autonómiájával. Azt is megállapíthatjuk, hogy a felnőttek ritkán segítik hozzá a gyermekeiket ahhoz, hogy megalapozott és felelős döntéseket hozzanak az őket érintő orvosi problémákban.

Megvizsgáltuk, hogy az orvos-szülő-gyermek hármass kapcsolatában melyik tényezőnek van a legnagyobb érvényesülési esélye a gyermeket illető egészségügyi döntésekben. Friedman (1997) szerint a szülők vállalják a legnagyobb felelősséget a gyermekre vonatkozó egészségügyi jellegű döntések meghozatalában. Kutatásunk igazolja a fenti megállapítást. Mindhárom csoportnak feltettük ugyanazt a kérdést, azonos válaszlehetőségekkel: *ki hozza meg a végső döntéseket?* Összesen 588 személy válaszát értékeltük, melyből 195 egészségügyi dolgozó, 197 szülő és 196 gyermek. Mindhárom csoportnál a szülőkre esett a hangsúly, ezáltal igazolva a szakirodalom megállapításait (Friedman 1997, Perera 2008, Fertleman–Fox 2003). Statisztikailag az ANOVA teszttel vizsgáltuk a válaszok átlaga közötti különbséget ($F=0.826$, $p=0.438$), de nem volt kimutatható jelentős eltérés. Ez azt jelenti, hogy az egészségügyi dolgozók, a szülők és a gyermekek véleménye megegyezik abban, hogy a szülőknek van domináns szerepük a gyermek egészségi állapotát illető döntésekben.

Az egészségügyi dolgozókat és a szülőket is alávetettük egy skála típusú kontrollkérdésnek, melyben azt kérdeztük, hogy volt-e olyan tapasztalatuk, hogy lemondtak egy kezelést, mert a gyermek ellenkezett. A skála 1-5-ig terjedő gyakorisági osztályzatokat tartalmazott, ahol az 1-es azt jelenti, hogy nem mondtak le kezelést, az

5-ös azt jelenti, hogy mindig lemondtak a kezelésről, hogy a gyermek akarata érvényesülhessen. Az elemzett kérdésre adott válaszok esetében kiszámoltuk az egészségügyi személyzet adatainak az átlagértékét, ami 1.49, a szülők esetében pedig 1.86 (Nincs közöttük lényeges eltérés.). Mindez arra utal, hogy ők sem tartják tiszteletben a gyermek önrendelkezéshez való jogát.

Kutatásunk fény derített az önrendelésnek egyéb jogokkal való korrelációjára is, melynek bemutatása túllépné jelen cikk kereteit. Fontosnak tartjuk megemlíteni azonban, hogy a gyermek-páciens egészséggel kapcsolatos jogai összefüggő rendszert alkotnak (pl. a meghallgatáshoz, orvosi információhoz, titoktartáshoz, egészségügyi ellátáshoz való jogok összetartoznak), amire Tobin (2006) is rámutatott. Ugyanakkor megállapítottuk azt is, hogy mivel az önrendelés joga vesz részt a legtöbb korrelációs kapcsolatban, ez képezi a gyermek-páciensek jogainak alapját.

KÖVETKEZTETÉSEK

A korlátozott önrendelés jogát nemcsak a szakirodalom hangsúlyozza (Perera 2008, Parekh 2007, Friedman 1997, Shield–Baum 1994), hanem a gyakorlat is ezt igazolja. Megállapíthatjuk, hogy az egészségügyi dolgozók nem ismerik teljes mértékben a gyermek-páciens önrendelési jogának tartalmát. Sok gyermeket egyáltalán nem kérdezik meg a konzultáció során, hogy tulajdonképpen ő mit szeretne. Elméleti szinten úgy vélekednek, hogy ha a kiskorú kellőképpen érett és tájékozott, van joga véleményt nyilvánítani az őt érintő kérdésekben, de erre nem igazán adnak neki lehetőséget a gyakorlatban.

Jelen cikk azon meg gondolásból kívánja felhívni a figyelmet a gyermek-páciensek jogaira és a jogérvényesítési gyakorlatra, hogy minél szélesebb körben tájékoztassunk afelől, hogy az önrendelés a gyermek jogalanyiségének velejárója, és fontos ennek tiszteletben tartása.

IRODALOMJEGYZÉK

ALDERSON, Priscilla

1993 European Charter of Children's Rights. *Bulletin of Medical Ethics*, October 1993. 13–15

ALDERSON, Priscilla

2001 Chapter 8: Young children's health care rights and consent. In FRANKLIN, Bob (ed.): *New Handbook of Children's Rights. Comparative Policy and Practice*. Routledge, 155–167.

BRABIN, Loretta–ROBERTS Stephen A.–KITCHENER Henry C.

2007 *A semi-qualitative study of attitudes to vaccinating adolescents against human papillomavirus without parental consent*. BMC Public Health 7–20

COTTER L. Emily–CHEVRIER Jonathan–EL-NACHEF Wael N.–
RADHAKRISHNA Rama–RAHANGDALE Lisa–WEISER Sheri D.–IACOPINO
Vincent

2009 *Health and Human Rights Education in U.S. Schools of Medicine and Public Health: Current Status and Future Challenges*. PLoS One 4(3)

FERTLEMAN, Michael–FOX, Adam

2003 The Law Of Consent In England As Applied To The Sick Neonate. *Internet Journal of Pediatrics & Neonatology*, Vol. 3 Issue 1, 98

FRIEDMAN, R. Lainie

1997 Health care decisionmaking by children is it in their best interest? *Hastings Center Report*, Nov/Dec97, Vol. 27 Issue 6: 41.

IACOPINO, Vincent

2002 *Teaching Human Rights in Graduate Health Education*, *American Public Health Association*, Health and Human Rights Curriculum Project, http://depts.washington.edu/ccph/pdf_files/Iacopino.pdf, (letöltve 2012. január 13-án).

MACK W. Jennifer–WOLFE, Joanne–COOK, E. Francis–GRIER, Holcombe E.–
CLEARY Paul D.–WEEKS C. Jane

2011 *Parents' roles in decision making for children with cancer in the first year of cancer treatment*, <http://jco.ascopubs.org/content/29/15/2085.long>, (letöltve 2012. május 3-án).

MIU, Nicolae

2004 *Științele comportamentului*. Ed. Med. Univ. Iuliu Hațieganu, Cluj-Napoca.

PAREKH, Shalin. A.

2007 Child consent and the law: an insight and discussion into the law relating to consent and competence. *Child: Care, Health & Development*; Jan. Vol. 33 Issue 1, 78–82.

PERERA, Anthony

2008 Can I Decide Please? The State of Children's Consent in the UK. *European Journal of Health Law*, Dec. Vol. 15 Issue 4, 411–420.

RAMAN, Shanti–WOOLFENDEN, Susan–WILLIAMS, Katrina–ZWI, Karen

2007 Human rights and child health, *Journal of Paediatrics & Child Health*. Sep., Vol. 43 Issue 9, 581–586

ROBINSON, Connie M.–ROBINSON, Leland W.

1979 *Involving Parents In The Treatment Of Behaviorally Disordered Children*. *Clinical Social Work Journal*; Vol. 7 Issue 3, 182-19

ROWSE, Vicki L.

2007 *Consent in severely disabled children: informed or an infringement of their human rights?* *J Child Health Care*, Mar.. 11(1), 70-8

SHIELD, Julian P. Hamilton–BAUM, John David.

1994 *Children's consent to treatment*, *BMJ*, 308: 1182.

<http://www.bmj.com/content/308/6938/1182.full>, (letöltve 2011. október 9-én).

TOBIN, John

2006 Beyond the Supermarket Shelf: Using a Rights Based Approach to Address Children's Health Needs. *International Journal of Children's Rights* 14, 275-306.

WOODS, Martin

2001 Balancing rights and Duties in 'Life an Death' decision making involving children: a role for nurses? *Nurs Ethics*. Sep., (5), 397-408

A gyermekek társadalmi beilleszkedési nehézségeinek háttértényezői és a közösségi megelőzés megtervezése

A tanulmány igyekszik rámutatni a téma aktualitására, megvilágítani a gyermekek társadalmi beilleszkedési nehézségeinek háttértényezőit és érveket hozni a közösségi megelőzés szükségessége érdekében. Kiindulásunk, hogy képesé kell tenni a felnövekvő generációt arra, hogy egészséges életmódot folytasson, hogy testi és lelki egészségüket megőrizzék és, hogy kibontakoztassák személyiségüket. Megérett a helyzet arra, hogy szemléletváltás történjen a megelőzés terén. Módszertani szempontból a tanulmány a gyors elemzés technikájával készült. Az elemző részben sorra vettük a PRECEDE modell lépéseit, és minden fázist kutatási adatokkal példáztunk. Szándékunk szerint, az elemzésből kiderült, hogy az illető közösségnek milyen szükségletei sérültek, s ezek kielégítésére milyen jellegű tevékenységeket tervezhetünk, illetve, hogy milyen eredményekre számíthatunk a tervezett közösségi megelőzés nyomán.

1. A TÉMA AKTUALITÁSA ÉS A HASZNÁLT FOGALMAK MEGHATÁROZÁSA

Az elmúlt évtizedekben történt gyökeres társadalmi és gazdasági átalakulások alapvetően megváltoztatták a gyermekek élethelyzetét is. A strukturális változások okozta feszültségek megnehezítik a gyermekek iskolai és társadalmi beilleszkedését. A nemzetközi szakirodalom és saját kutatásaink arról győztek meg, hogy egyre gyakoribbak a társadalmi adaptációs problémák, olyan deviáns magatartásformák, amelyek eltérnek az adott társadalomban elfogadott viselkedési szokásoktól, megszegik az érvényben levő normákat (Albert-Lőrincz 2011, Botescu 2011, Elekes 2011, EMCDDA 2012). Ilyen körülmények között oda kell figyelni arra, hogy a gyermekeket ért hatások és a velük való bánásmód milyen következménnyel jár személyiségük és életvitelük alakulása szempontjából. Fontos szem előtt tartanunk, hogy minden társadalom deviancia szintje azt a módot is tükrözi, ahogy az adott társadalomban az illető problémákhoz viszonyulnak. Ezért fel kell tárnunk az érintett jelenség méreteit, a veszélyeztetettség fokát, és megfelelő társadalmi válaszokat kell kidolgoznunk a

gyermek beilleszkedési nehézségeinek kezelésére. Az egyéni és a közösségi egészségmagatartás fejlesztésére, a harmonikus társadalmi beilleszkedés érdekében megelőzésre és gyógyító beavatkozásokra van szükség.

A társadalomba való beilleszkedés mindig gondot jelentett az emberi közösségek életében. A társadalomba való beilleszkedés nem önmagában értelmezhető, mindig az adott társadalmi problémákat keltő politikai, gazdasági érték- és érdekviszonyok függvénye. Az egyén az adott társadalom tagjaként olyan adaptív jellegű válaszokat kell találjon, amelyek az adott időpontban és kultúrkörben elfogadhatóak. Úgy kell alakítania, behatárolnia és szabályoznia önmagát, hogy környezetét mércének tekintse. Ha ez sikerül neki, viselkedése megfelel a társadalmi együttélési normáknak és alkalmazkodó-beilleszkedő magatartást tanúsít. Ellenkező esetben a társadalmi szabályokkal ütköző, deviáns módon fog viselkedni. Az ellenszegülés, esetleg ellenségesség, pszichés téren érzelmi kiegyensúlyozatlanságot, éretlenséget, impulzivitást, túlérzékenységet, szorongásokat, félelmeket takarhat. E magatartásban megnyilvánuló tüneteket az emberi lelki rendszer kommunikációjának kell tekintenünk. Arról árulkodnak, hogy a személy és környezete között nincs megfelelés vagy éppen zavar állt be. A magatartás mindig a személyiség és környezete közötti viszonyt tükrözi. A beilleszkedés különböző sikerrel történhet. Sajátosságainak megfelelően három szintjét különíthetünk el:

- amikor az egyén tökéletes harmóniában van önmagával és környezetével *harmonikus beilleszkedésről* beszélünk;
- ha az egyén viselkedése tünetmentes, de az érzelmi személyiségtartományban már jelen van a veszélyeztetettség – túlérzékenység, impulzivitás, kiegyensúlyozatlanság, depresszió, bezárkózás – *feszültséggel terhelt adaptációról* van szó;
- ha az egyén érzelmi élete és viselkedése egyaránt zavart szenvedett és magatartása megszegi az érvényben levő normákat, *devianciával* van dolgunk.
- amennyiben viselkedése törvénybe ütközik bűnözésről, *kriminalitásról* beszélünk.

A beilleszkedési nehézségek kialakulásának megelőzését még abban a fázisban kellene végezni, amikor a magatartás szintjén még nincsenek tünetek. Erre lenne hivatott az elsődleges megelőzés. Célja, megváltoztatni a környezetet és erősíteni az egyén problémamegoldó képességét. Hosszútávon az erőforrások biztosítására törekszik, mert ha a gyermek nincs kellően ellátva a megfelelő alap-erőforrásokkal –

fizikai és pszicho-szociális téren egyaránt – növekszik a pszichológiai diszfunkciók valószínűsége. Az elsődleges megelőzés egyik fő célcsoportja és eszköze maga a társadalom: a nyilvánosság, a lakosság elérése, információhoz juttatása, trendváltása, hiedelmeken alapuló ismereteik korrigálása – mondja a prevenció fogalomkörének kidolgozója Caplan (1964). Rövidtávon a megelőzés a fejlődési és élethelyzetekhez kötött krízisekhez való adaptációra összpontosít. Ez az időszak azért alkalmas a beavatkozásra, mert a személy krízis idején reagál legérzékenyebben a hatásokra. A gyermekkori fejlődési krízisek azok az időpontok, amelyek a kibontakozásban levő személy hasznára fordíthatók. Ehhez megfelelő prevenciók eljárásokra van szükség. A megelőzésre – kiemelten az általános megelőzésre – úgy tekintünk, mint az egészségvédelem, az egészségmegőrzés eszközére. Így nyer létjogosultságot az *integrált megelőzés*, ami rendszerszemléletű mentálhigiénén alapul, az egyéni életstílusra szabott, és egészségpromóciót jelent (Albert-Lőrincz 2009). Az egészségpromóció tulajdonképpen célja a pozitív egészségmagatartás kialakítása. Ha léteznek az egészségmegőrzés egyéni és társadalmi feltételei, a személy rendelkezik az egészséges életstílus kivitelezéséhez szükséges képességekkel, és elkötelezett az egészség mellett, akkor meg van a lehetősége a pozitív egészségmagatartás kibontakozásának. A cél az elérhető életminőség biztosítása, a meglévő állapot fenntartása és, ha lehetséges javítása. Ez hosszú távon egészséges életvezetést, az egészség érdekében történő öntevékenységet jelent.

A pozitív életminőség azt feltételezi, hogy az egyén életterében ne kerüljenek túlsúlyba az ártó tényezők a védőkkel szemben. A kockázati — beilleszkedési nehézség szempontjából prediktív — magatartás ne nyomja el a protektív viselkedést. Azoknak a kompetenciáknak az együttesét, amelyek a protektív magatartás háttérét képezik, pozitív egészségpszichológiai profilnak is nevezik.

Ennek megalapozása a gyermek személyiségének (egészségnevelés és készségek elsajátításán keresztüli egészségtanulás), valamint a környezetnek (egészségmegőrző intézkedések) az együttes befolyásolásán keresztül valósulhat meg. Ebben az értelemben a cél elsősorban nem az ismeretbővítés, hanem az attitűdök és a magatartás az egészséges életmód irányába történő befolyásolása. Képesé kell tenni a felnövekvő generációt arra, hogy egészséges életmódot folytasson, hogy testi és lelki egészségüket megőrizték és, hogy kibontakoztathassák személyiségüket. Megérett a helyzet arra, hogy szemléletváltás történjen a megelőzés terén.

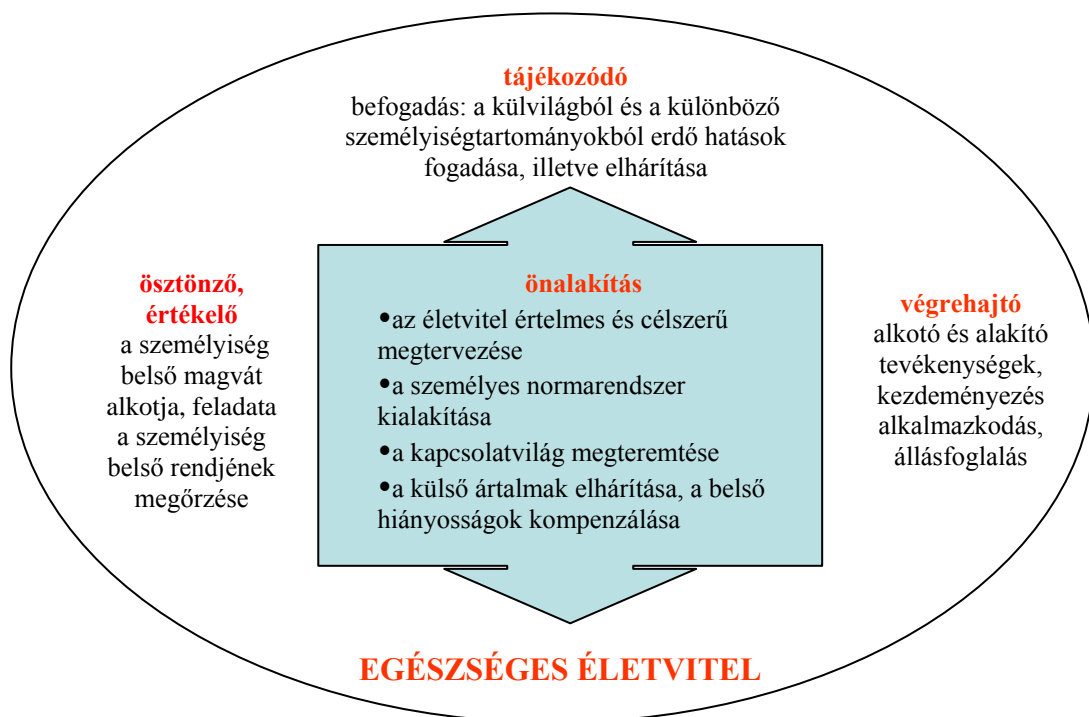
2. A SZEMLÉLETVÁLTÁS SZÜKSÉGESSÉGE A BEILLESZKEDÉSI NEHÉZSÉGEK MEGELŐZÉSE TERÉN

Napjainkban a megelőzés ilyen vagy olyan formában szinte napi gyakorlattá vált az iskolákban, de sajnos a fiatalkori devianciákra vonatkozó statisztikák lényegileg nem javulnak (Elekes 2009, Felvinczi–Varga 2009). A jelenleg használatos prevenciós programok kisebb-nagyobb változtatásokkal (úgynevezett adaptációkkal) kerülnek alkalmazásra Amerikától a környező Közép-Kelet Európai országokig. Ezekben sem az etnikai, sem pedig a helyi közösségek sajátosságai nem érvényesülnek. A prevenciós programok alacsony hatékonysága ennek a túl általános jellegnek is lehet a következménye.

Véleményünk szerint a megelőzésben szükség van az etnopszichológiai megközelítés módra – a beilleszkedési nehézséget és lehetséges okait, majd a kezelést, a kliens saját kulturális csoportjára jellemző gyógyító hagyományok rendszerében kell végezni. A beavatkozást az adott közösségre jellemző hagyományhoz, mentalitáshoz kell kapcsolni, felhasználva a közösségi tudást, építve a közösségi szokásrendre, kulturális modellekre, jelentésrendszerekre. Ezzel párhuzamosan arra törekedve, hogy megerősítsék a személy természetes kapcsolati hálóját. A megelőzés átértelmezése jelenti, tehát: az egyénre, közösségre szabottságot; a képessé tevést a személyiség kibontakoztatására (individualizációs folyamat elősegítése); a fejlődés alapvető szükségleteinek kielégítését, az akadályok leküzdését, valamint a külső-belső lehetőségek megteremtését; az önmagára találás elősegítését: önfejlődést, önmeghatározás készségének aktiválását; fogadóképességet a változásokra, a fejlődést elősegítő élményekre; empoverment-et (erővel való felruházás); a pozitív értékek és az egészség iránti elköteleződés elősegítését.

Ebben az értelemben a megelőzés nem személyiség részeket, összetevőket (mint, amilyenek például készségek) fejleszt, hanem a személyiség egészére hat, elősegítve a fejlődést, kibontakozást. Azt feltételezzük, hogy az informálás és a készségfejlesztés nem elégséges a drogokkal szembeni adekvát viszonyulás kialakulásához. A megelőzés elsősorban az ösztönző-értékelő személyiség tartományt – érzelmi-motivációs struktúrát: szükségletek, vágyak, félelmek, komplexusok, stb. – és az axiológiai alapon tájékozódó dimenziót kell megcélözni, annak érdekében, hogy a személyiség harmonikus fejlődését elősegíthesse. A megelőzés, ahogyan azt az alábbi

ábra szemlélteti, nem korlátozódik tudásátadásra és készségfejlesztésre, hanem a személyiség önszabályzását biztosító ösztönző-értékelő-irányító személyiség dimenziókat fejleszti, olyan élethelyzetekbe való bevonódás révén, amelyek a helyi közösségi szokásrendjében gyökereznek. A közösségi cselekvésekben való részvétel életre kelheti azokat az ősi egészségvédő energiákat, amelyek a hagyományos közösségek belső rendjét védték. Ehhez szükséges a generációk közötti összetartozás és kommunikáció elősegítése, a közösségi kultúra átadása.



1. ábra. A megelőzés, mint a személyiség fejlődőképességének elősegítése

A módszertani megújulás alapja a helyi közösségek szokásrendjének, önvédő rítusainak ismerete. A nehézséget az jelenti, hogy a gyógyító hagyományok, a közösségi szokásrend, értékek, feledésbe mentek. Ezért a megelőzés első lépése a közösségi jellemzők felszínre hozása, a közösséghez való tartozás érzésének megerősítése, a hagyományok életre keltése. Ehhez az szükséges, hogy a személy minél inkább megélje személyes, családi és közösségi identitását. A múlt és a jelen szintézisére van szükség, a folytonosság, a gyökerek, a hovatartozás érzésének megalapozása, annak érdekében,

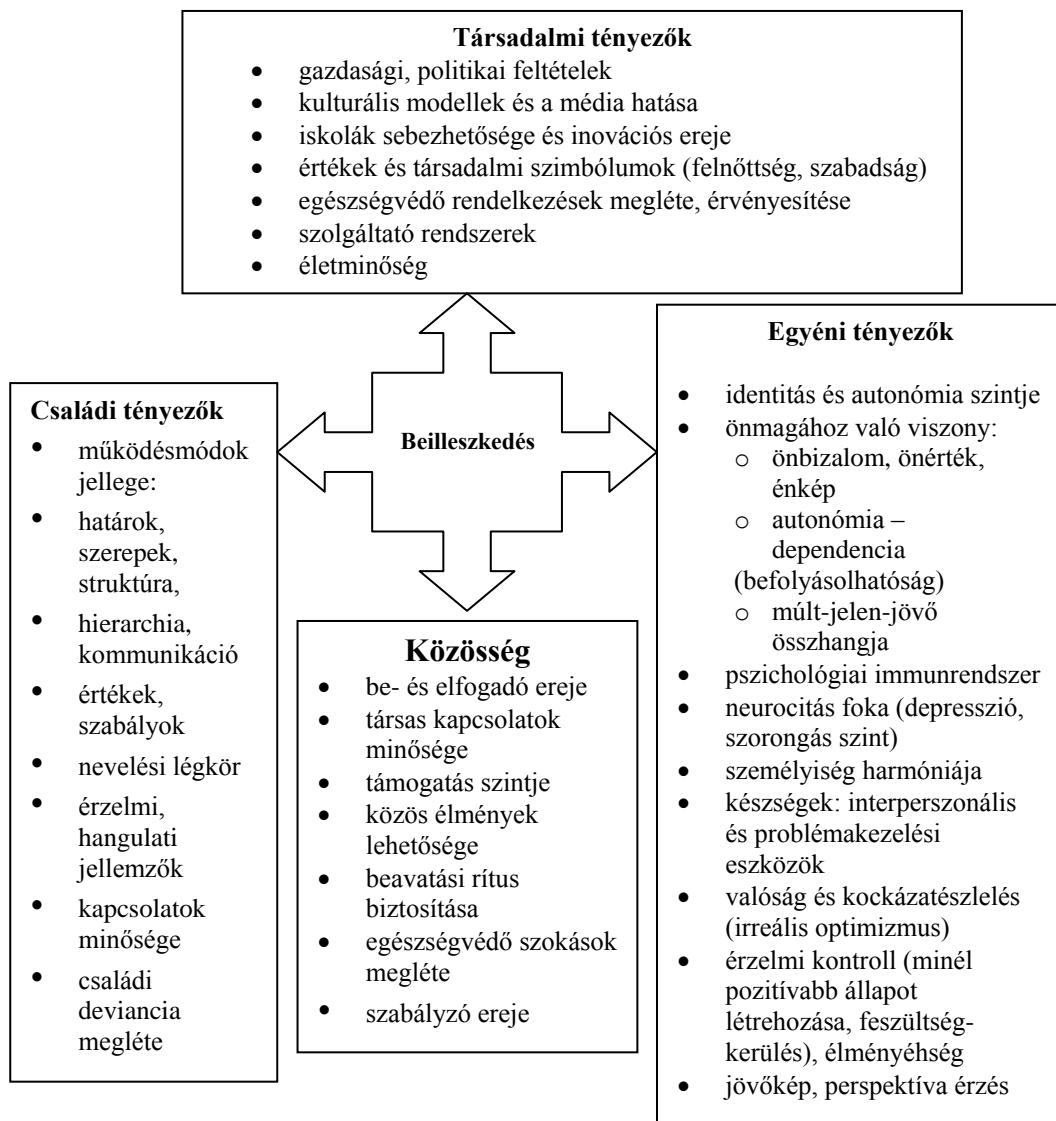
hogy megerősödhessen a perspektíva-érzés, körvonalazódjék a jövőkép. Az értelmesnek, vonzónak tűnő jövő segít a jelen nehézségeinek túllépésében. A közösségi hagyományokra támaszkodva, olyan élethelyzetek, életfeladatok felé kellene irányítani a serdülők figyelmét, amelyek megélése elősegíti személyiségük kibontakozását. Első lépésben arra van szükség, hogy felelevenítsük a közösségi szokásokat és keressük azokat a cselekvési lehetőségeket, amelyek mozgósítani tudják a serdülők archetipikus erőforrásait. Lehetőséget adnak arra, hogy az individualizáció feltételei (jungianus szemléletben: beavatás, találkozás a belső hőssel, ellentétek – árnyék, anima-animusz – kiegyensúlyozása, a differenciálódás és az autonómia) megvalósulhassanak. Így a megelőzés nemcsak a tanterekben zajlana, hanem a természetes életforma része lehetne. Meggyőződésünk, hogy a személyi harmónia nemcsak mesterséges (tréningek, tantermi prevenciók programok), hanem főleg a természetes közösségi életforma által biztosítható, amennyiben érvényesülnek a közösség évszázados – de manapság feledésbe merült – egészségvédő szokásai. A gyermekek bevonását a közösségi életbe – kezdetben szakember irányítása mellett – az illető közösség tagjai kell végezzék, felhasználva a közösségi tudást, építve a közösségi szokásrendre, kulturális modellekre, jelentésrendszerekre. Ezzel párhuzamosan arra törekedve, hogy megerősítsék a személy természetes kapcsolati hálóját.

3. A KÖZÖSSÉGI MEGELŐZÉS MEGTERVEZÉSE

3.1. A BEILLESZKEDÉSI PROBLÉMÁK ÉRTELMEZÉSI KERETE

Ahhoz, hogy a megelőzést megtervezhessük, fontos számba venni azokat a tényezőket, amelyek hatással lehetnek a beilleszkedési nehézségek kialakulására. Az alábbi ábrán azoknak a főbb meghatározó tényezőknek a rendszerét vesszük számba, amelyek hatásával a prevenciók programok során számolni kell.

A megelőzésben minden – az ábrán látható – dimenziót figyelembe kell venni. Hatékony megelőzést csak rendszerszemléletben végezhetünk, amikor az egyént összefüggésben vizsgáljuk környezetével. Fontos figyelembe venni, hogy a személy milyen etnikai és szocio-kulturális környezetben él, ami meghatározza viselkedését. Ezért a megelőzést személyre szabottá kell tenni, csakis így érhető el, hogy elősegítsük a gyermekek személyiségének egészséges kibontakozását.



2. ábra. A beilleszkedési nehézségek kialakulását befolyásoló tényezők rendszere

3.2. A KÖZÖSSÉGI MEGELŐZÉS KONKRÉT TERVE

A következőkben, kutatási adatokra támaszkodva egy megelőzési program megtervezését fogjuk bemutatni. Az elemzéshez a Marosvásárhelyi Orvosi és

Gyógyszerészeti Intézet és az amerikai Davidson College¹ közös projektjét előkészítő kutatási adatokat használjuk fel. (Ebben a dohányzás megelőzéssel foglalkozó kutatásban tanszékünk is képviselve van.)

A PRECIDE modell (Green–Kreuter, 1992, 2005) segítségével fogjuk felszínre hozni azokat a veszélyeztető tényezőket, amelyek a gyermekek társadalmi beilleszkedését megzavarhatják. Igyekszünk megragadni azokat a háttértényezőket, amelyek a deviáns viselkedés kialakulását elősegíthetik. Így körvonalazódnak a gyermekeknek azok a szükségletei, amelyek a megelőzési programok erővonalait kell képezzék. Végül bemutatunk egy közösségi megelőzési tervet.

Módszertani szempontból a tanulmány a gyors elemzés technikájával (RAR – Rapid Assessment and Response – http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/tgrar/en/print.html) készült. A módszer, gyors helyzetfelmérést és reagálást tesz lehetővé, a társadalmi jelenségek egyik lehetséges vizsgálati technikája. Leginkább az egészségügyi beavatkozások megtervezésére és az intervencióhoz szükséges döntéshozás elősegítésére használják. Az adatokat kérdőívek, projektív eljárások, interjúk, fókuszcsoportok segítségével gyűjtöttük a 2012-es év alatt, Maros, Kolozs, Bihar és Hargita megyékben. Mivel az adatok több forrásból is származnak a minta nagysága, az adatgyűjtés módszerének függvényében, változó volt. A kérdőívezést 200, az interjúkat és a projektív tesztet (Metamorfózis teszt) csak a minta felével (100 fő), a fókuszcsoportok összesen 38 személlyel (12-14 éves gyermek) végeztük el.

Jelen tanulmány esetében nem célunk az adatok módszeres ismertetése, csak a megelőzési terv elkészítéséhez szükséges adatokat mutatjuk be.

Ahhoz, hogy világossá váljon, hogy milyen kockázati tényezők nehezítik a gyermekek társadalmi beilleszkedését és, hogy láthatóvá váljanak azok a szükségletek, amelyeket a prevenció programok segítségével biztosítani kell, a PRECEDE modellt fogjuk alkalmazni.

Az egészségfejlesztés tervezésénél használatos PRECEDE – PROCEED modell két szerkezeti egységből épül fel: az életstílus leírására szolgáló PRECEDE rész, és a társas és fizikai környezet elemzésére szolgáló PROCEED (Green et alii 1980).

Jelen esetben – terjedelmi okokból – csak az életstílust veszélyeztető tényezők leírására vállalkozunk. Sorra vesszük a PRECEDE modell lépéseit, és minden fázist az

¹ **Acknowledgement:** Research reported in this publication was supported by the Fogarty International Center and the National Cancer Institute of the National Institutes of Health under Award Number R01 TW09280. The content is solely the responsibility of the authors and does not necessarily represent the official views of the National Institutes of Health.

említett kutatásból származó adatokkal példázunk. Az elemzésből ki fog derülni, hogy az illető közösségnek milyen szükségletei sérülnek, s mint előbb már említettük, ezek kielégítésére vonatkozó tevékenységeket kell, hogy előirányozza a megelőzési terv.

Első fázis – szociális diagnózis

Az első szakaszban azokat a szociális problémákat azonosítjuk, amelyek az adott közösség életminőségét befolyásolják. Ennek szemléltetésére kiemelünk egy pár adatot az említett kutatásból.

1. Gyengeségek:

A vizsgált gyermekek 7.6%-nál a szülők munkanélküliek; 34.2%-nál az apa nem vesz részt a nevelésben; 16.8%-nál a szülők külföldön dolgoznak; 27%-nál nem megfelelő a lakáskörülmény; 32.4%-nál nagyon alacsony a család jövedelme; 38.6%-nál alkoholizmus van a családban; hiányos az egészség kultúra, a gyermekeknek csak 10.5%-a részesült folyamatos prevenciós programban; a családok ritkán kapcsolódnak be közösségi programokba, kevés a közös élményszerzési lehetőség.

2. Erősségek:

Az értékek sorában az egészség, mint érték, az első három helyen szerepel a megkérdezettek 68%-nál. A megkérdezett gyermekek 88%-nak elmondása alapján élő a kommunikáció a gyermekek és szülei között. A vizsgált helyi közösségek gazdag kulturális hagyománnyal rendelkeznek, ami átadható lenne az utóknak.

3. Erőforrás és a változásra való készség:

A felmérésünkből származó adatok arról győznek meg, hogy a mai serdülők számára valóban erőforrást jelenthet a közösség, ugyanis, arra a kérdésre, hogy mit jelent számukra az a közösség, ahová tartoznak az alábbi válaszok jöttek:

- összetartozás, támasz: 20%-nak,
- szeretet, befogadás: 20%-nak,
- vidámság, mozgékonyosság: 20%-nak,
- változatosság, sokszínűség: 28%-nak,
- konzervativizmus, üresség: 12%-nak.

Második fázis – Epidemiológiai, viselkedési és környezeti diagnózis

Epidemiológiai diagnózis :

Az általános jólét megítélése az alábbiak szerint alakult: 11,5-ra jellemző az általános jólét megélésének öröme, gyakran él át vidámságot, lazaságot az 36%, a változó hangulat (mikor így, mikor úgy) kategóriát választók aránya 41% az erdélyi, akik csak ritkán élnek át pozitív érzelmeket 11,5 % voltak a mintánkban.

Az antiszociális viselkedések gyakoriságát csak a havi előfordulásra adjuk meg: a lopás gyakorisága 2.5%, szándékos rombolás: 10,5% veszekedés havi gyakorisága 33.5%%, és havonta veszekszik 21,5%.

A drogokkal való kapcsolat esetében szintén a havi rendszerességgel fogyasztók előfordulási arányát mutatjuk be, mert ez a kategória veszélyeztetett a legjobban a függőség kialakulása tekintetében: dohányzás: 23%, alkoholfogyasztás: 18%, tiltott pszichoaktív szerek: 4.5%, alkohol gyógyszer keverék: 0.5, designer drogok: 6%.

Viselkedési diagnózis :

Összehasonlítottuk a harmonikus beilleszkedéssel és a különböző szintű beilleszkedési nehézséggel (feszültséggel terhelt beilleszkedés, deviancia) küzdő gyermekek interperszonális készségeit, érvényes különbséget találtunk: az önmagukról való gondoskodás készsége, az agresszív megnyilvánulások jelenléte a viselkedésben, a támogatásra való készség, valamint az asszertivitás terén. A beilleszkedési nehézséggel küzdő serdülők nem tudnak magukról vagy másokról megfelelően gondoskodni, támogatást nyújtani, úgy viselkedni, hogy másokat ne bántsanak, zavarjanak. Ennek következtében személyi hatékonyságuk is kisebb, kevesebb sikert és örömet szereznek maguknak. Torzul az életvezetés, kerülő úton akarnak érvényesülni, agresszióval és illuzórikus örömmel.

Megvizsgáltuk az előbbi két kategória affektív-motivációs struktúrájának jellemzői is, és a következő megállapításokhoz jutottunk: a beilleszkedési gondokkal küzdő serdülők affektivitásának jellemzői eltérnek a harmonikusan beilleszkedő serdülőkétől, szignifikáns különbségek mutathatók ki a lelki egyensúly, az impulzivitás, a depresszióra való hajlam, a paranoid tendencia és az antiszociális attitűdök területén. Következésképpen csorbulhat az autonómia és a kontroll-érzés, hiányzik a pszichés komfort és romlik az adaptációs készség. Nem történik meg az érték beépítés, az elhivatottság, a felelősségvállalás, az elköteleződés. Nem alakul ki az énkép, a pályakép,

a társadalomkép összhangja, marad a sóvárgás a nagy élmények után (ez az élményéhség a drogfogyasztás felé terelheti a gyermekeket). Az értékkelő-irányító funkció zavara miatt a magatartás (exteriorizáció) műveleti differenciálatlansága, alacsony hatásfoka figyelhető meg, ami agresszív és / vagy önpusztító megnyilvánulásokat eredményezhet. Ezért is hangsúlyozzuk az elméleti felvezetőben bemutatott komplex személyiségfejlesztés szükségességét, mint a hatékony prevenció módszerét.

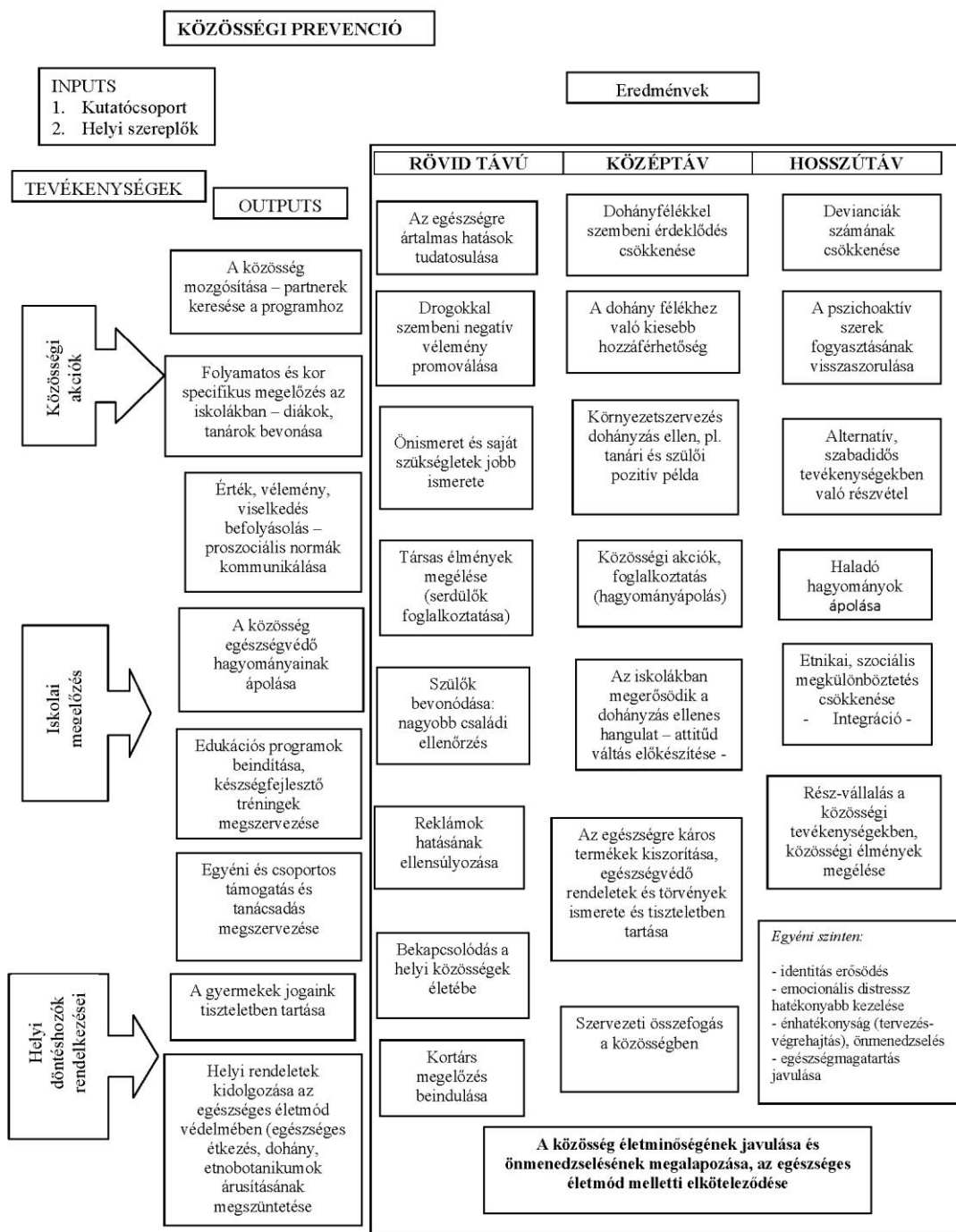
Környezeti diagnózis:

A felnőttek magatartásában nem érvényesül eléggé az elköteleződés az egészséges életmód iránt – pozitív példák nem kielégítő gyakorisága, magas dohányzási és alkoholfogyasztási arány a szülők és tanárok körében –, nem alkalmazzák kellőképpen azokat az intézkedéseket, amelyek megtiltják az alkohol, a cigaretta értékesítését, az egészségtelen élelmiszerek árusítását az iskolák közelében, kicsi a hatékonysága azoknak az intézkedéseknek, amelyek az etno-botanikumok forgalmazását betiltanák.

Harmadik fázis – nevelési és ökológiai diagnózis

Az előzőekben azonosított tényezők a beilleszkedési nehézségek kialakulását tekintve *hajlamosító* tényezőknek minősülnek, ezek *teszik lehetővé*, vagy *felerősítik* a rizikótényezők hatását. A hajlamosító tényezők közé tartoznak: az egészség kultúra és az ezzel kapcsolatos meggyőződések, értékek és attitűdök. A megerősítő tényezőkhöz sorolhatjuk a kis hatékonyságú prevenció programokat, a szolgáltatások elérhetőségének és hozzáférhetőségének alacsony szintjét, az egészség promóció érdekében befektethető források szegényességét. A lehetővé tevő tényezők közül megemlítjük a közösségek alacsony motivációját az egészséggel szembeni elköteleződés irányába, a nem kielégítő szociális támogatás és szakértői támogatást.

A fenti elemzés – ami csak szemelvény a feltárt jelenségek közül – arra szolgál, hogy rávilágíthassunk azokra a szükségletekre, amelyeket a gyermekek beilleszkedési nehézségeinek megelőzésére szánt programoknak figyelembe kell, hogy vegyenek. Ennek alapján bemutatjuk egy közösségi megelőzés akciótervét.



3. ábra

A megelőzés folyamat-tervéből jól látszik, hogy hosszú távú, rendszeres tevékenységekről van szó. Ezeknek célja a gyermekek alapvető szükségleteinek kielégítése és a személyes beteljesülés elősegítése: az individualizációs folyamat állomásainak újrafelfedezése a XXI. század adat lehetőségei szintjén. Továbbá fontos a fejlődési akadályok leküzdése és a lehetőségek megteremtése arra, hogy a személyes identitás-érzés könnyebben alakuljon ki és, hogy a gyermekek minél korábban elköteleződjenek az egészség mellett.

Megfigyelhető volt a személyiség értékelő-irányító funkciójának differenciálatlansága – ami agresszív és/vagy önpusztító megnyilvánulásokat eredményezhet – ennek ellensúlyozására szükséges az önfejlődés, az önszabályozás működésének helyreállítása érdekében. Ez a cél személyiségfejlesztő tréningek útján, de főleg a közösségi tevékenységekbe való bekapcsolódás, a közösségek egészségvédő hagyományainak felelevenítése révén érhető el.

Míndehhez fontos eszköz a generációk közötti összetartozás és kommunikáció elősegítése, a közösségi kultúra újra felfedezése és továbbadása. Egyre nagyobb szükség van a helyi közösségek hagyományait feltáró kutatásokra.

A lelki érést elősegítő tényezőket nemcsak mesterséges formában (például csoport tréningek) kell a serdülőknek felajánlani, ezek a huszonegyedik századi életforma részeként – közösségi cselekvések formájában – kell, hogy működjenek. Tudatában vagyunk annak, hogy nem egy máról, holnapra megvalósítható életmód változtatásról van szó, hanem egy olyan folyamatról, amit a közösségi hagyományok talaján máris el kell kezdeni.

IRODALOMJEGYZÉK

ALBERT-LŐRINCZ Enikő

2011 *Az egészséges életviteltől a drogfogyasztó magatartásig*. Loisir, Budapest– Presa Universitara Clujeană

ALBERT-LŐRINCZ Enikő

2009 *A drogfogyasztás prevenciója. Az integrált megelőzés elmélete és gyakorlata*, Presa Universitară Clujeană, Kolozsvár

BOTESCU, Andrei

2011 *Evaluarea riscurilor asociate consumului de substanțe noi cu proprietăți psiboactive în rândul copiilor și tinerilor din România*. Raport de cercetare www.ana.gov.ro (letölteve 2011. március 7.-én)

CAPLAN, Gerald

1964 *Principles of Preventiv Psychiatry*. Basic Books, New York

ELEKES Zsuzsa

2011 *Egészségkárosító magatartások és mérési módszerek*. BCE, Budapest.

ELEKES Zsuzsa

2009 *Egy változó kor változó ifjúsága*. L'Harmattan, Budapest

FELVINCZI Katalin –VARGA Orsolya

2009 *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről*. A szociális és Munkaügyi Minisztérium szakmai kiadványsorozata, Generál nyomda, Budapest

GREEN, Lawrence W. –KREUTER, Matthew W.

1992 CDC's Planned Approach to Community Health as an application of PRECEDE and an inspiration for PROCEED. *Journal of Health Education* 23(3): 140–147

GREEN, Lawrence W. –KREUTER, Marshall W. –DEEDS, Sigrid G. –
PARTRIDGE, Kay B.

1980 *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. Mountain View,
California: Mayfield

GREEN, Lawrence–KREUTER, Marshall

2005 *Health program planning: An educational and ecological approach*. 4th edition.
New York, NY: McGraw-Hill

OEDP (Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie)

2012 *Situatia drogurilor in Europa*. www.emcdda.europa.eu (letöltve 2012. május
19.-én)

WHO

2003 *Technical Guide to Rapid Assessment and Response*.

http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/tgrar/en/print.html (letöltve 2012.
május 21.-én)

Az átmeneti korszak gyermekei Romániában

Romániában az 1989-es rendszerváltás nem csak politikai, gazdasági fordulatot jelentett, hanem teljes életmód- és szemléletváltást hozott magával. Az átmeneti korszak a lakosság többsége számára a megszokott, bár szűkös de biztos életkörülmények összeomlását jelentette, s a szegénység és nélkülözés világába sodorta őket. Ezek a változások nem csak makroszinten voltak érezhetőek, hanem mikroszinten is, megviselté a családokat. A családok szintjén történő változások kibatással voltak a gyermekekre, azok családon belüli valamint társadalmi helyzetükre. Dolgozatunk általános célja bemutatni azokat a problémákat, melyekkel a gyermekpopuláció szembesült az átmeneti korszakban, Romániában. Specifikus célkitűzéseim a következő problémákra való kitérés: a gyermekekpopuláció egészségi helyzete, a drogfogyasztás elterjedése a gyerekek körében, a gyermekpopuláció iskolázottsága, a fiatalok bűnözése valamint a gyermekek ellen elkövetett erőszak.

Az 1990-ben elkezdődött átmeneti korszak jóval nehezebbnek bizonyult Románia számára, mint Közép- és Kelet-Európa más országainak. Ez főleg annak tulajdonítható, hogy az 1980-as évektől kezdődően Románia gazdasága az elmúlt 40 év rossz beruházásai, illetve infrastruktúrája miatt, mely főleg a nehézipar gyártására összpontosított, a csőd szélén állt (Ehrke 2004).

Dolgozatunk általános célja bemutatni azokat a problémákat, melyekkel a gyermekpopuláció szembesült az átmeneti korszakban, Romániában. Specifikus célkitűzéseim a következő problémákra való kitérés: a gyermekek populáció egészségi helyzete; a drogfogyasztás elterjedése a gyerekek körében; a gyermekpopuláció iskolázottsága; a fiatalok bűnözése; a gyermekek ellen elkövetett erőszak.

Az átmeneti korszak a lakosság többsége számára a megszokott, bár szűkös, de biztos életkörülmények összeomlását jelentette, s a szegénység és nélkülözés világába sodorta őket.

Ezek a változások tehát nem csak makroszinten voltak érezhetőek, hanem mikro szinten is, megviselve a családokat. A családok szintjén történő változások

kihatással voltak a gyermekekre, azok családon belüli, valamint társadalmi helyzetére. A szegénységnek a gyermekpopulációra nézve a következő hatásai különíthetők el: megnőtt az elhagyott gyerekek száma; megnőtt az alultápláltak száma; romlottak az egészségi állapot mutatói; fizikai fejlődésükben lemaradás jelentkezett (okok: minőségileg nem megfelelő és kevés táplálékbevitel, betegség, stb.); intellektuális fejlődésük nem volt az életkoruknak megfelelő (okok: rossz életkörülmények, kevés stimulálás a családon belül, iskolázatlanság, stb.); nem részesültek megfelelő nevelésben, megnőtt az iskolázatlansági ráta; megnőtt az elhanyagolt-, bántalmazott gyerekek száma (Popescu 2003).

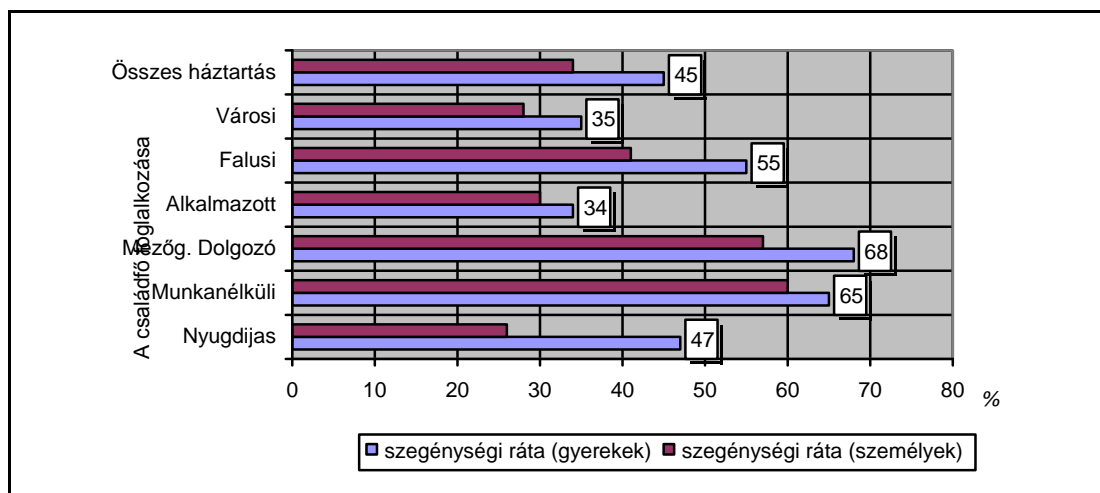
A helyzet aggasztó, hiszen a szegénységi ráta a gyerekek esetében nagyon magas, magasabb, mint a felnőtt populáció esetében, és sokkal magasabb, mint az összpopuláció esetében. Az 1. táblázatból leolvasható, hogy míg az összpopuláció 27%-a él a szegénységi küszöb alatt, addig a 0-16 éves gyerekek 33%-a él a szegénységi küszöb alattinak megfelelő életkörülmények között.

1. tábla: A szegénységi ráta a gyerekek, a felnőttek és az összpopuláció esetében (2002)

	0-16 év közötti gyerekek	16 év feletti gyerekek (felnőttek)	Összpopuláció
A szegénységi küszöb alatt élnek	33%	26%	27%

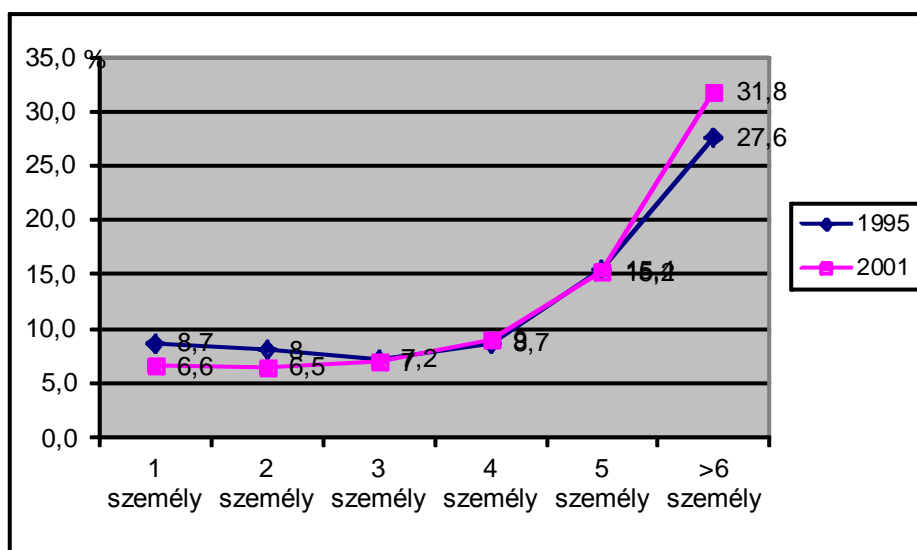
(Forrás: Popescu 2003: 3)

A gyerekes családok esetében a szegénységi ráta 43,6%, ami több mint 5 millió szegény személyt jelent. A szegény családokban élő 1,9 millió gyerek az összes gyerek 44,6%-át teszi ki, és egyben egyharmadát jelenti az összes szegény személynek. Dolgozó (alkalmazott) szülők gyermekei teszik ki a szegény gyerekek 33,8%-át, 47,4%-át alkotják a nyugdíjas személyek háztartásában nevelkedő gyerekek, és 65,2%, valamint 68,1% azok a gyerekek, akik munkanélküli vagy falusi emberek háztartásában élnek, 55%-a a szegény gyerekeknek falusi környezetben él (lásd 1. ábra).



1. ábra: A szegénységi ráta (személyekre) és a szegénységi ráta gyermekek esetében, háztartásokra vonatkozóan (1998) (Forrás: Panduru–Molnar 2001: 21)

A következő grafikon a súlyos szegénység dimenzióit mutatja be a családon belüli gyermekek száma és a családok típusa szempontjából 1995-ös és 2001-es évre. Látható, hogy a súlyos szegénység leginkább a sokgyerekes családokat veszélyezteti, azokat, ahol a gyermekek száma eléri a négyet.



2. ábra: A súlyos szegénység dimenziói a családon belüli gyermekek száma és a családok típusa szempontjából (1995, 2001) (Forrás: Ilie 2003: 14)

A gyermekek jóléte szoros kapcsolatban áll az egészségi állapotukkal, mely meghatározza életbenmaradásukat és normális fejlődésüket, hozzájárulva ezáltal az össznépeség egészségügyi állapotának javulásához.

Bár a sajtó rengeteget ír/beszél az Egészségügy reformjáról, a helyzet korántsem nevezhető kielégítőnek. Hiányosságai tovább nehezítik a romániai gyermekek helyzetét, főként azokat, akik szegény családokból származnak, esetleg roma szülők gyerekei, stb., azokat, akiknek szülei nem képesek kifizetni az egészségügyi biztosítást.

A hivatalos statisztikáknak megfelelően Románia még mindig az elsők között van Európában a halva születettek és csecsemőelhalálozások számát illetően. 1995-2000 ez az arány 1,2‰ volt, ami más tényezőkkel együtt (pl. migráció) nagymértékben hozzájárult az összpopuláció számának 2 millióval való csökkenéséhez (Raport Salvați Copiii 2003).

2. tábla: 1 éven aluli gyerekek elhalálzásának száma és okai (1996-2003)

Az elhalálozás oka	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Összesen	5158	5209	4868	4360	4370	4057	3648	3546
Fertőző betegségek	247	231	240	190	188	173	171	132
A központi idegrendszer betegségei	153	125	114	131	153	123	119	88
Légzőkészülék megbetegedései	1918	1795	1574	1463	1343	1199	1143	1029
Az emésztőkészülék megbetegedései	217	187	113	137	135	107	68	42
Perinatális betegségek	1341	1391	1529	1392	1450	1324	1055	1185
Veszületett rendellenességek, Kromoszóma rendellenességek	940	1172	1006	786	830	856	861	848
Balesetek: mérgezések és más külső behatások, bántalmazás	257	238	200	174	187	179	416	422
Más okok	85	70	92	87	84	96	87	62

(A táblázatot a szerző készítette a hivatalos statisztikai adatok nyomán:

Anuarul Statistic al României 1997-2004)

A kutatások kimutatták, hogy szignifikáns korreláció van a csecsemőkori és kisgyerekkori (4 évesnél kisebb) elhalálozás, valamint az anyák társadalmi és gazdasági

szintje között. Ugyanakkor fény derült arra is, hogy az elhalálozott gyerekek 40%-a alultáplált volt (Raport Salvați Copiilor 2003).

Az anémia/vérszegénység az egyik leggyakoribb egészségügyi probléma, mely a gyerekek körében fellelhető. A PNSN (Programul National de Supraveghere Nutritionala) felmérései szerint a 2-5 éves gyerekek kb. 25% és a 2 éven aluliak 50% anémikus.

Amint a 2 ábrából is leolvasható, a kisgyerekkori elhalálozás egyik oka a gyermekek bántalmazásában keresendő.

A szakirodalom különbséget tesz a fizikai, pszichológiai (verbális, elzárásos, halállal való megfélemlítés) és szexuális abúzus között, s ugyanakkor külön fejezetben tárgyalja a gyermekek elhanyagolását (táplálás, ruháztatás, higiénia, egészség, lakáskörülmények, iskolázottság, afektív). A bántalmazás specifikus formái a következők: Münchhausen Szindróma; a gyermek elhagyása, gyermek eladása; a gyermek létének eltitkolása a hatóságok elől; utcagyerekek; a csecsemő ráncigálása, rázása; a gyermek megmérgezése; gyermekprostitúció; családi erőszak a gyerek ellen; az intézménybe adott gyerekek; a gyerekek iskoláztatásának elhanyagolása és irástudatlan gyerekek (Raport Salvați Copiilor 2003).

Anitan és társai (2005) a „Copiilor abuzat: implicații medico-legale” (A bántalmazott gyerekek: igazságügyi-orvostani kivizsgálása) kutatásukban a 2004-ben Kolozs megyében elkövetett gyermekbántalmazási esetek sajátosságait vizsgálták meg. Eredményeiknek megfelelően 2004-ben összesen 222 bántalmazott gyermeket vettek nyilvántartásba. Ezeknek életkor és szám szerinti megoszlását a következő táblázat tartalmazza:

3. tábla: A bántalmazott gyerekek életkor és nem szerinti megoszlása (Kolozs megye, 2004)

Az esetek száma	14 év alattiak	14-16 évesek	16-18 évesek	Összesen
Fiúk	41	40	74	155
Lányok	31	20	16	66
Összesen	72	60	92	222

(Forrás: Anitan et alii 2005)

A bántalmazott fiúk nagyrésze a 16-18 évesek korcsoportjába tartozott (74 személy), míg a lányok esetében a 14 év alattiak száma volt a legnagyobb (31). A bántalmazott gyerekek többsége kórházi kezelésre szorult. Ebből a szempontból a megoszlás a következő volt:

4. táblázat: A bántalmazott gyerekek kórházi kezelése napokra bontva (Kolozs megye, 2004)

Kórházban töltött napok száma	0	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	60 felett
Esetek száma	35	154	22	5	0	2	3	1

(Forrás: Anitan et alii 2005)

A legtöbb gyerek 1-10 napig terjedő kórházi kezelésben részesült, de fontos megjegyeznünk, hogy olyan eset is volt, amikor a bántalmazás eredményeként több mint 60 napos kórházi kezelésre volt szükség. Ami a gyerekek szexuális bántalmazását illeti, összesen 48 esetet regisztráltak.

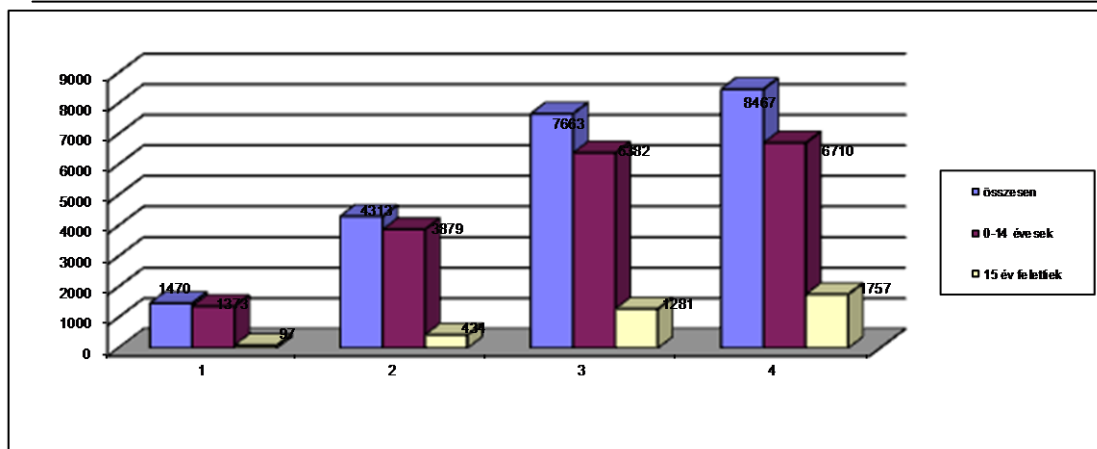
5. tábla: A szexuálisan bántalmazott gyerekek életkor és nem szerinti megoszlása (Kolozs megye, 2004)

Az esetek száma	14 év alattiak	14-16 évesek	16-18 évesek	Összesen
Fiúk	5	2	1	8
Lányok	20	13	7	40
Összesen	25	15	8	48

(Forrás: Anitan et alii 2005)

Mind a fiúk, mind a lányok esetében a 14 év alatti korosztály bizonyult veszélyeztetettebbnek a szexuális bántalmazás szempontjából.

Romániában található az Európa szintjén regisztrált szeropozitív gyerekek több mint fele. Ez a kommunizmus örökségeként maradt ránk, hisz legtöbbjük megfertőzése kórházi körülmények között történt (születéskor, vérátömlesztés által, védőoltások alkalmával) még 1989 előtt.



3. ábra: AIDS betegek életkor szerinti megoszlása 1990-, 1995-, 2000-, 2003-as években

(Az ábrát a szerző készítette a hivatalos statisztikai adatok nyomán:

Anuarul Statistic al României, 1990-2004)

A fenti ábrából kitűnik, hogy az AIDS beteg gyerekek száma évről évre nagyobb, jóval meghaladja a felnőtt betegek számát. Ez a szám különösen nagy a 0-14 éves korosztály esetében. Ez azt mutatja, hogy a hatóságok még mindig nem fektetnek megfelelő figyelmet a megelőzésre, valamint azt, hogy a felnőtt populáció még mindig nem eléggé informált az AIDS fertőzés forrásairól, veszélyeiről.

A HIV, AIDS fertőzött gyerekek többszörösen hátrányos helyzetűek kortársaikhoz viszonyítva, hiszen súlyos betegségük mellett még a társadalom előítéletességével is meg kell küzdeniük: diszkriminációnak vannak kitéve az iskolában, a tágabb családi körben, a szomszédságban, valamint a közösségben, ahol élnek. Az e téren végzett kutatások azt mutatják, hogy a családoknak több mint fele titkolja az igazságot gyermekük betegségét illetően (Popescu 2003: 7). Többségük szegény, falusi családból származik, gyakori, hogy egyszülős családban kell felnevelkedniük. A MSF (2002) szerint a hivatalosan regisztrált HIV fertőzött gyerekeknek csupán a 44% van kezelés alatt.

6. Tábla A HIV/AIDS fertőzött gyerekek száma 2001 szeptember 30-án

Átlagos háztartás	Szegény háztartás	Összes háztartás
5,4%	12,4%	7,5%

(Forrás: Popescu 2003: 6)

Egy másik fontos probléma, a mely a gyermekpopulációt negatívan érintette 1989 után, az a drogfogyasztás elterjedése volt. A kommunizmus ideje alatt lényegében nem létezett ez a jelenség, 1989 után azonban, a határok megnyitásával egyidőben, a hatóságoknak ezzel a problémával is szembe kellett nézniük.

Az OSC (Organizatia Salvati Copiilor) felmérései szerint 1997-ben a bukaresti líceumisták 4,5% volt alkalmi vagy rendszeres drogfogyasztó, míg 2001-ben 10,68% vallotta azt, hogy rendszeres fogyasztó, amihez hozzáadódik még 9,9% potenciális drogfogyasztó, akik azt vallották, hogy amennyiben hozzáférhetőségük lenne, kiprobálnák a drogot (OSC 2005).

A következő grafikonon látható, hogy 1995-1999 között nagyon megnőtt a drogfogyasztó fiatalok száma, hisz 2,67%-ról 11,9%-ra emelkedett, majd 2000 és 2002 között viszonylag stabil (kb.10%) maradt.

7. Tábla: *Fiatalok drogfogyasztási tendenciája Romániában 1995-2002 között*

Év	Kiprobálták a drogot	Drogfüggők	Absztinencia szint
1995	2.67	0.73	96.6
1996	10.0	1.4	91.0
1997	10.0	-	-
1998	10.0	1.2	-
1999	11.9	1.2	89.0
2000	10.85	-	-
2001	10.0	-	-
2002	8.98	1.6	86.8

(Forrás: Dégi, 2004: 5.)

A gyerek- és fiatal drogfogyasztók körében egyaránt ismertek az „enyhébb” és „keményebb” drogok. Ami a használatukat illeti, a legelterjedtebb évekig a hasis és marihuána volt, de a '90-es évek vége felé egyre inkább kezdtek teret hódítani a heroin, kokain, az anfetaminok, valamint az Extasy és az LSD.

A drogfogyasztók életkor szerinti megoszlása a következőképpen alakult 2000-ben:

8. Tábla: A drogfogyasztók életkor szerinti megoszlása (2000)

Életkor	Esetek száma	%
11-12	3	0,5
13-14	11	1,7
15-16	21	3,2
17-18	52	8,0
19-24	296	45,5
25-34	187	28,8
35-44	49	7,5
45-54	23	3,5
55-64	4	0,6
65 év felett	4	0,6
összesen	650	100

(Forrás: Dégi , 2004: 6)

A 8. táblázatból kiderül, hogy a 19-24 éves korosztály a legveszélyeztetettebb a drogfogyasztás szempontjából (296 személy), őket követik a 25-34 évesek (187 személy), majd a 17-18 éves fiatalok csoportja (52 személy) következik. Fontos megjegyezni, hogy az összes nyílvántartott személy (650) között 11, 12 éves kiskorúak is akadtak.

Egy másik fontos jelenség, ami negatív irányba befolyásolta a gyerekek jövőjét, az iskola idő előtti elhagyása, a tanulmányok megszakítása volt. Ez a jelenség főleg a szakiskolások esetében volt érzékelhető. Egy kutatás szerint a szegény háztartásokban felnövő gyerekek 2,3-szor nagyobb valószínűséggel hagyják abba az iskolát, mint a nem szegény háztartásokban felnövő gyerekek (Popescu 2003).

Az iskola idő előtti elhagyása szoros összefüggésben van a fiatalkorú bűnözés elterjedésével. Azoknak a gyerekeknek, illetve fiataloknak, akik nem fejezték be a tanulmányikat, nem sajátítottak el egy szakmát, egyéb megélhetési lehetőség hiányában nagy a kockázata annak, hogy a fiatalkorú bűnözés felé sodródjanak.

1990 és 2003 között Romániában összesen 237.259 tizenhét év alatti fiatalabb személyt vizsgáltak ki a hatóságok valamilyen bűncselekmény elkövetése miatt. 1990 és 1997 között folyamatosan nőtt a fiatalkorú bűnözők száma, 1997-ben volt a

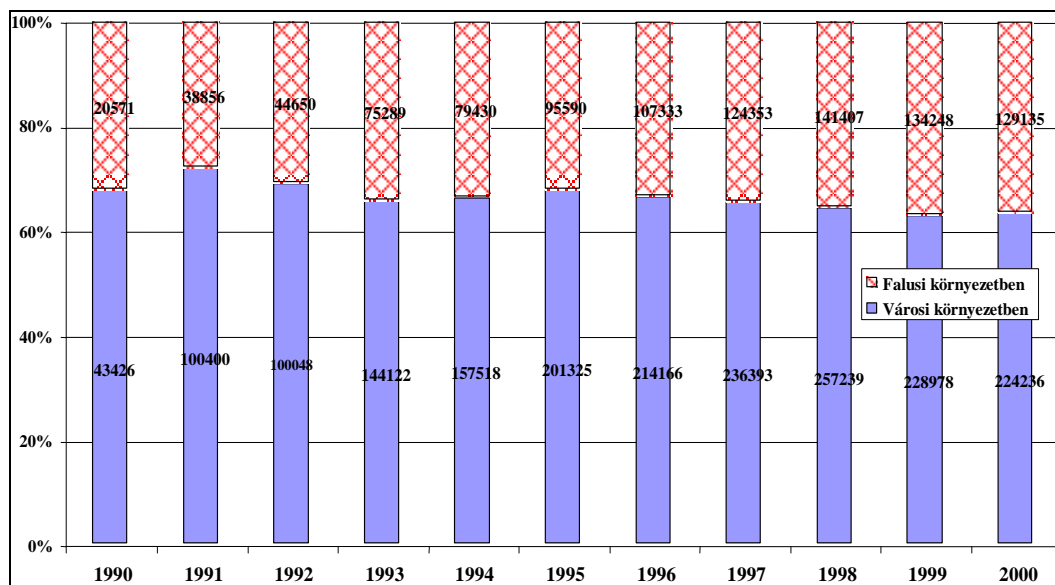
legmagasabb (27504), majd 1990-től kezdődően csökkent, így a 2003-ban kivizsgált kiskorúak száma 13.961 volt, amiből 378 személy 14 év alatti volt.

9. tábla: A rendőrség nyilvántartásában szereplő kiskorú bűnözők száma és korcsoport szerinti megoszlása Romániában, 1990-2003 között.

Év	14 év alattiak		14-18 év közöttiek		Összesen
	Összesen	%	Összesen	%	
1989	Nincsenek adatok		Nincsenek adatok		4.010
1990	Nincsenek adatok		5.490	Nincsenek adatok	5.490
1991	Nincsenek adatok		9.909	Nincsenek adatok	9.909
1992	Nincsenek adatok		10.371	Nincsenek adatok	10.371
1993	2.281	13,8	14.279	86,2	16.560
1994	2.301	12,4	16.231	87,6	18.612
1995	3.167	15,5	17.234	84,5	20.401
1996	3.437	15,8	18.317	84,2	21.754
1997	5.388	19,6	22.118	80,4	27.504
1998	6.871	25,1	20.511	74,9	27.382
1999	730	4,52	15.389	95,4	16.119
2000	637	3,85	15.874	96,1	16511
2001	503	2,95	16510	97,0	17013
2002	464	2,96	15206	97,0	15670
2003	378	2,70	13583	97,2	13961

(A táblázatot a szerző készítette a hivatalos statisztikai adatok nyomán,
Anuarul Statistic al Romaniei, 1990-2004)

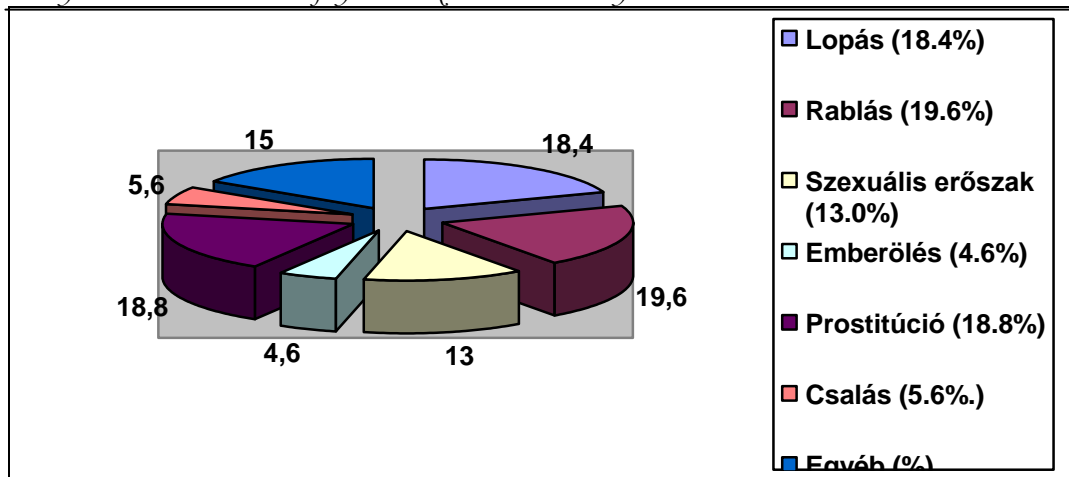
A legtöbb fiatalkorú bűnöző városi környezetben követi el tettét. A következő ábra a fiatalkorú bűnözők számát mutatja be tettük elkövetési színhelyének függvényében.



4. Ábra A rendőrség által kivizsgált fiatalkori bűnözők száma és tetteiknek színhelye Romániában, 1990-2000 között

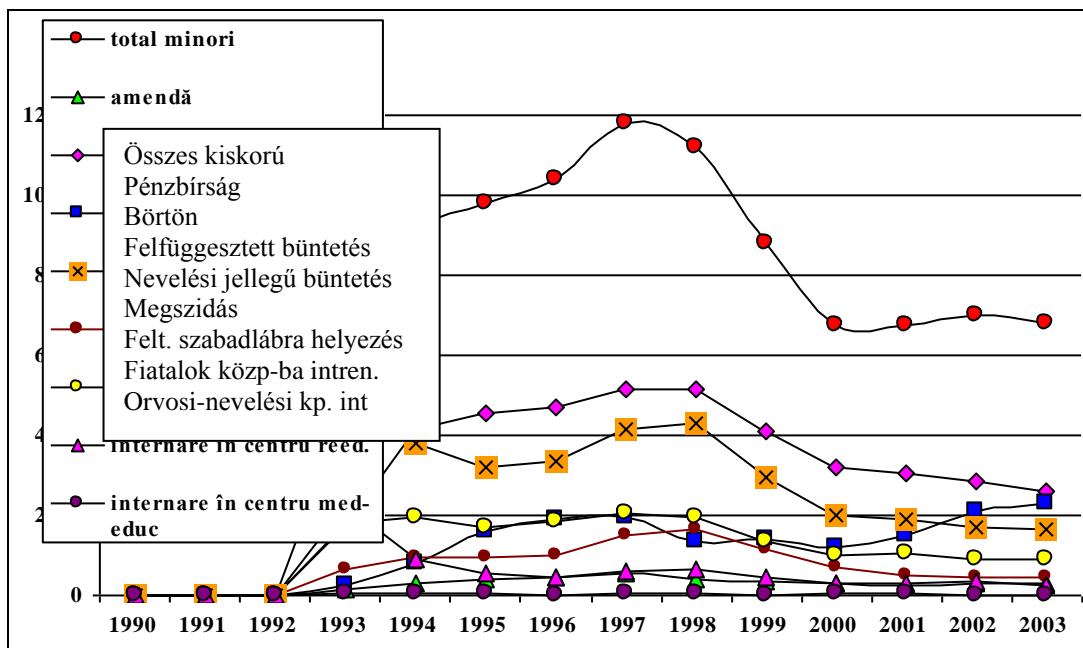
(Az ábrát a szerző készítette a hivatalos statisztikai adatok nyomán,
Anuarul Statistic al României, 1990-2001)

Az ország szintjén regisztrált rablások 19,6%-át fiatalkorúak követték el. Ez az arány nagyon hasonlít a lopások (18,4%) valamint a prostitúció (18,8%) arányához. Bár a fiatalkorúak legkevésbé reprezentáltak az emberölések terén (4,6%), ez az arány mégis aggasztó, ha arra gondolunk, hogy 14-18 éves gyerekek képesek egy ember életét kioltani. Aggasztó még a fiatalkorúak által elkövetett szexuális erőszak aránya (13%), hiszen ez a bűncselekmény nagyfokú agresszivitással jár. Érdekes módon a család viszonylag kevésbé reprezentált a fiatalkorúak által elkövetett bűncselekmények között (5,6%) (lásd 5.ábra).



5. Ábra: A fiatalok által elkövetett bűntettek típusai és megoszlása az összbüntetéshez viszonyítva (Románia, 1989-1999)
(Forrás: Banciu-Rădulescu, 2002: 256.)

A következő ábra azt mutatja be, hogy milyen típusú büntetésben részesültek a kiskorú bűnözők.



6. Ábra: A büntetés típusai (Románia, 1990-2003)

(Az ábrát a szerző készítette a hivatalos statisztikai adatok nyomán,
Anuarul Statistic al României, 1990-2004)

A legtöbb kiskorú börtönbüntetést kapott elkövetett tettéért, őket követte a nevelési jellegű büntetésben részesült fiatalok csoportja. Az a tény, hogy a legtöbb kiskorú börtönbüntetésre lett ítélve, azt mutatja, hogy az illető súlyos bűncselekményt követett el, és teljes mértékben tudatában volt tettének, tehát felelős annak elkövetéséért.

Hihetetlennek tűnik, de a kiskorú bűnözők között is találunk visszaesőket. A következő táblázat ezt a tényt támasztja alá.

10. Tábla: *Visszaeső kiskorú bűnözők Romániában, 1990-2001 között*

Évszám	A véglegesen elítélt kiskorúak száma	(% visszaesők)
1990	1983	4,2
1991	3784	16,6
1992	4590	8,2
1993	6940	7,7
1994	9121	9,5
1995	9783	12,3
1996	10377	13,7
1997	11802	14,7
1998	11196	14,0
1999	8797	17,0
2000	6738	16,3
2001	6726	17,5

(Forrás: Igazságügyi Minisztérium)

Az a tény, hogy a kiskorú bűnözők között viszonylag nagy arányban találunk visszaesőket (15-17%) azt mutatja, hogy a meglévő prevenció programok nem rendelkeznek megfelelő hatékonysággal. Úgy gondoljuk, hogy orvosolni ezt a jelenséget igen nehéz, a bűnözés útján elindult fiatal nagyon nehéz megállítani, visszafordítani a helyes útra, éppen ezért inkább a prevencióra kell fektetni a hangsúlyt. A prevenciót azonban nem elég akkor elkezdni, amikor a gyerek iskolába kerül, hanem ennél sokkal hamarabb kell elkezdni, még a gyerek születése előtt. Ajánlott lenne már a leendő szülőket felkészíteni arra, hogy felelősségteljesen vállaljanak gyermeket, hogy ne a külső

személyekre, intézményekre (óvoda, iskola, tanítók, tanárok, állam) hárítsák a felelősséget gyermekük jólétéért, hanem önmaguk vállalják fel ezt a nehéz, de ugyanakkor nagyon hálás feladatot.

Szociológiai szempontból nézve, az természetes, hogy egy változásban lévő országban minden megbolydul, megváltoznak az értékek, szabályok és normák, átmenetileg kaotikus állapot válik uralkodóvá, ami bizonyos jelenségek (pl. fiatalkorú bűnözés) hirtelen történő megnövekedéséhez vezet. Ám az 1989-es változások óta eltelt több mint két évtized, így ideje annak, hogy a helyzet stabilizálódjon. A jelen kutatásban felhasznált adatok alapján kijelenthetjük, hogy ez a stabilizálódás már elkezdődött, hiszen ha a fiatalkorú bűnözés példájánál maradunk, láthatjuk, hogy 1998 után már nem nőtt a fiatalkorú bűnelkövetők száma, hanem viszonylag stabil maradt. Mindezek ismeretében, a továbbiakban fontosnak tartjuk egy újabb kutatás elvégzését, mely a 2003-2013-as periódusban bekövetkezett változásokra fekteti majd a hangsúlyt, összehasonlítva az elmúlt tíz év tapasztalatait az 1989-es változást követő periódus tapasztalataival. Az empirikus eredmények tükrében majd lehetőség nyílik arra, hogy megerősítsük, vagy esetleg megcáfoljuk jelen dolgozat előrejelzéseit.

KÖNYVÉSZET

ANITAN, Ștefan–IFTENE, Felicia.–VARTIC, M. Edit Ecaterina

2005 *Copilul abuzat: implicații medico-legale*, kézirat

BANCIU, Dan–RĂDULESCU, M. Sorin

2002 *Evoluții ale delincvenței juvenile în România. Cercetare și prevenire socială*.
București: Lumina Lex

DÉGI L. Csaba

2004 *Evoluția consumului de droguri între 1995 și 2002 în România*. In. *Calitatea Vieții, XV*, nr. 1-2

EHRKE, Michael

2004 *Economia, politica și societatea în capitalismul postcomunist*.
<http://www.sar.org.ro/PWR-9-1-ro.pdf> (letöltve 2010 október 17.-én)

ILIE, Simona

2003 Sărăcie și excluziune socială. Incluziunea socială ca obiectiv al sistemului de protecție socială. *Calitatea vieții. XIV*, nr.3-4, 14

PANDURU, Filofteia–MOLNAR, Maria

2001 *Familia și copilul în România*. Extreme Group, București, 21

POPESCU, Raluca

2003 Promovarea incluziunii sociale a copiilor în societatea românească. *Calitatea Vieții, XIV*, nr. 3–4

Comisia Națională pentru Statistică, (1990), *Anuarul statistic al României*

Comisia Națională pentru Statistică, (1991), *Anuarul statistic al României*

Comisia Națională pentru Statistică, (1992), *Anuarul statistic al României*

Comisia Națională pentru Statistică, (1993), *Anuarul statistic al României*

Comisia Națională pentru Statistică, (1994), *Anuarul statistic al României*

Comisia Națională pentru Statistică, (1995), *Anuarul statistic al României*

Comisia Națională pentru Statistică, (1996), *Anuarul statistic al României*

Comisia Națională pentru Statistică, (1997), *Anuarul statistic al României*

Comisia Națională pentru Statistică, (1998), *Anuarul statistic al României*

Comisia Națională pentru Statistică, (1999), *Anuarul statistic al României*

Comisia Națională pentru Statistică, (2000), *Anuarul statistic al României*

Comisia Națională pentru Statistică, (2001), *Anuarul statistic al României*

Comisia Națională pentru Statistică, (2002), *Anuarul statistic al României*

Comisia Națională pentru Statistică, (2003), *Anuarul statistic al României*

Comisia Națională pentru Statistică, (2004), *Anuarul statistic al României*

Ministerul Sănătății și Familiei (2002): *Date statistice*

Raport al Salvați Copiii România către Comitetul Națiunilor Unite pentru Drepturile Copilului – Geneva referitor la al Doilea Raport Periodic al Guvernului României pentru intervalul 1995 - 2002

Tőkés Gyöngyvér – László Éva – Antal Imola

A romániai fiatalok megküzdése az online veszélyekkel

„Aki nem bírja be az oroszlán barlangjába,
az nem szerezhet oroszlánkölyköt” (japán
közmondás)

Egyre többet beszélünk a fiatalok digitális világáról, az internet adta lehetőségek és kockázatok jelenlétéről a virtuális világban. Jelen tanulmányban a romániai fiatalok ártalmas tartalmaknak nevezett információkkal való találkozásukat vizsgáljuk, valamint azt, hogy a 9-16 éves fiataljaink hogyan élik meg ezeket az élményeket. Befolyásolja őket? Ha igen, mi tesznek? Hogyan küzdenek meg a negatív élményekkel? Milyen tényezők befolyásolják az online negatív tapasztalatok feldolgozását? Mennyire reziliensek a fiataljaink? Tanulmányunk az EU Kids Online (www.eukidsonline.com) 25 országban zajlott nemzetközi kutatás romániai adatainak feldolgozásán alapszik és a romániai fiatalok tapasztalatait mutatja be a virtuális világban tapasztalt kockázatokról és sérülésekről. Az eredmények, a többi európai ország általános tapasztalatához hasonlóan azt támasztják alá, hogy az online kockázatokkal való találkozás nem minden esetben károsítja a fiatalok fejlődését. Ugyanakkor az európai összehasonlító adatok tükrében a romániai fiatalok közül kevesebben nyilváníthatóak ellenállóknak (a 11-16 éves kategóriában nálunk 65 % tekinthető reziliensnek, míg az európai átlag 76%, a 9-10 éves gyerekek körében, nálunk 54 %, miközben az európai átlag 61 százaléké).

1. ONLINE KIHÍVÁSOK, MEGKÜZDÉS ÉS RUGALMAS ELLENÁLLÁS

Az internet lehetőségekkel és kockázatokkal teli információs-társas tér, ahol a fiatalok sokféle tudnivalóval és társas helyzettel találkozhatnak. Az internethasználat a fiatalok egyik kedvenc időtöltése, és egyben a tájékozódás és kapcsolatépítés fontos eszköze. Az internet használata egyre inkább elterjed az oktatásban és a társadalmi élet különféle területein is, így az internet-használati kompetencia nyilvánvaló előnyt jelent birtokosának. A digitális világ káprázatos és folyamatos fejlődésével, lehetőségeivel

lenyűgözi a fiatalokat, de egyben teret ad a normasértő magatartásnak is, és veszélyt a sérülékenyekre nézve.

Az internetet használó és különböző online tevékenységeket folytató fiatalok naponta ki vannak téve az online kockázatoknak (Livingstone 2010), vagyis olyan tapasztalatoknak, amelyek megélése, megértése és kezelése számukra nehézséget jelenthet. A leggyakrabban előforduló online kockázatok között említjük a káros tartalmakkal való találkozást, a destruktív online kapcsolatokat és manipulációt, valamint a zaklatást és illegális tartalomelsajátítást (Haddon–Livingstone2012: 6). Amennyiben a fiatal felhasználók az online kockázatokkal nem tudnak megküzdeni, akkor a kockázatok ártalommmá válnak, az elszenvedett sérülések pedig az élethelyzetekhez és a társakhoz való kedvező alkalmazkodásukat hátrányosan befolyásolják a későbbiekben. A fiatalok nem egyformán viszonyulnak a kockázatokhoz, a sebezhetőségük különböző mértékű, így az online stresszhelyzet leküzdésének vagy a hozzá való alkalmazkodásnak sikere is eltérő szintű lehet (Vandoninck et alii 2012: 203).

Az online kockázatok jelenléte nem vezet szükségszerűen ártalomhoz (Vandoninck et alii 2012, 204; d’Haenens et alii 2012), hiszen a gyakori, mérsékelt erősségű és jól kezelt kockázatok épp a fiatalok rugalmas ellenállását segítik elő (Boyden–Mann 2005, Ságvári–Galács 2012: 310). Az utóbbi évek kutatásainak fontos kérdése a reziliencia kialakulásának megértése és a megküzdési stratégiák feltérképezése az online tapasztalatok terén. Megküzdésnek azokat a tudatos viselkedésbeli és kognitív erőfeszítéseket nevezzük, amelyek segítségével az egyén képes megbirkózni a kockázatos helyzetekkel (Masten–Gewirtz 2006; Rózsa et alii 2008: 218; d’Haenens et alii 2012). A reziliencia a nehéz helyzetekhez való pozitív alkalmazkodást jelenti (Wright et alii 2013: 16). Ha az offline helyzetekre érvényes meghatározásokat online környezetre is érvényesnek tekintjük, akkor az online stresszhelyzetekkel való megküzdés és reziliencia azt jelenti, hogy a fiatalok az internetes negatív hatásokra pozitív választ képesek adni, és az online környezetben felmerülő problémákat sikeresen meg tudják megoldani, ezáltal is biztosítva jólétüket és normális fejlődésüket.

A fiatalok megküzdési képességére és rezilienciájára vonatkozó ismeretek főként az offline stresszhelyzetekre adott válaszok vizsgálatából származnak. Kevés olyan tanulmány készült, amely a fiataloknak az online környezetben alkalmazott megküzdési mintáira összpontosítana. Éppen ez indokolja az *EU Kids Online* (EUKO) nemzetközi kutatási projekt (www.eukidsonline.com) szükségességét, hiszen a keretében olyan országokon átnyúló adatgyűjtés történt, amely kiindulópontul

szolgálhat a fiatalok megküzdési stratégiáinak és ezeket befolyásoló tényezőknek a feltérképezésére online környezetben. A megküzdés és reziliencia terén az EUKO projekt kutatói az offline megküzdést magyarázó ismeretekből indultak ki, és ezek érvényességét ellenőrzik online kockázati helyzetekben.

A megküzdés sikerét több tényező befolyásolja. A fiatalok megküzdési erőfeszítéseit kedvezően befolyásoló védelmi tényezők működhetnek egyéni, családi, közösségi/intézményi vagy társadalmi/kulturális szinten (Wright et alii 2013, 21; Ságvári–Galács 2012, 310).

Egyéni szinten a megküzdés sikerére kedvezően hatnak olyan pszichológiai jellemzők, mint az alkalmazkodó és társas temperamentum, a jó kognitív kompetenciák és problémamegoldó képesség, a hatékony érzelemkezelési stratégiák, a pozitív énkép és az önbizalom, a pozitív világgép és optimizmus, a társadalom által értékelt tulajdonságokkal való rendelkezés stb.

A társas környezet támogató magatartása szintén pozitívan hat a sikeres megküzdésre (Boyden–Mann 2005). A kiegyensúlyozott, biztonságot és támogatást nyújtó családi környezet, a harmonikus szülői kapcsolatok, a jó testvérkapcsolat, a szülők érdeklődése a gyermekek iránt, a szülők kedvező társadalmi-kulturális helyzete, a szülők pozitív világgépe előnyösen hat a gyermekek megküzdésének sikerére stresszes helyzetek esetén (Wright et alii 2013: 21). A kortárs csoportokkal való jó viszony, a kiegyensúlyozott barátságok és az elfogadottság érzése, a deviáns fiatal bandák elkerülése, szintén kedvezően hat a rugalmasság növelésére (Fergusson–Horwood 2003: 148).

Még hiányosak a tudományos ismeretek, azonban az eddigi eredmények egyértelműen arra utalnak, hogy a makroszintű társadalmi és kulturális körülmények szintén hatással vannak a fiatalok megküzdésének sikerére. A társadalom intézményrendszerének jellege, a gyermekkel kapcsolatos kormányzati politikák, a gyermekek oktatásában és nevelésében érvényesülő értékek, a kulturális és vallási gyakorlatok, a hagyományok és kollektív meggyőződések kedvezően vagy éppen kedvezőtlenül befolyásolhatják a negatív élmények feldolgozását. (Wright et alii 2013: 21)

A korábbi nemzetközi és helyi (Tőkés 2010) kutatási eredményekből tudjuk, hogy a sokszor spekulatíván *netgeneráció*nak szólított fiatalok internet-használati szokásai és digitális kultúrája korántsem egységes, hanem jelentős digitális egyenlőtlenségek jellemzik őket (Haddon–Livingstone 2012: 1). A közhiedelemmel ellentétben, a digitálisan kompetensebb fiatalok nem kerülnek el az online kockázatokat, sőt sokkal

gyakrabban kerülnek potenciális veszélyhelyzetbe, mégis ezeket a szituációkat jobban kezelik, mivel rendelkeznek az online problémamegoldást elősegítő képességekkel (Lobe et alii 2011). A romániai fiatalok azok közé az európai fiatalok közé tartoznak, akik nagyon sok időt töltenek a virtuális térben (átlagban több mint napi 2 órát), viszont még kezdő felhasználók és digitális kompetenciaszintjük alacsony, így jobban ki vannak téve az online kockázatoknak. Románia a „magas használati aránnyal és magas kockázati szinttel” rendelkező országok közé tartozik, azzal a megjegyzéssel, hogy talán helyénvalóbb országunkat az „új felhasználókkal és új kockázatokkal” leírható országok kategóriájába sorolni (a többi kelet-európai országgal együtt), hiszen ebben a térségben a fiatalok még viszonylag szerény tapasztalatokkal rendelkeznek az online térben (Lobe et alii 2011, Livingstone–Haddon 2012).

A kutatások igazolják, hogy az offline kockázatos viselkedés előrejelzi a fiatal hasonló magatartását az online térben (d’Haenens et alii 2012, Livingstone–Görzig 2012: 155). Ezért célszerű az offline kockázatos viselkedést magyarázó tényezők hatását az online magatartásra is vizsgálni (Ságvári–Galács 2012: 312).

Kiindulva az offline megküzdések hagyományos tipológiájából, az EUKO kutatói a fiataloknak az online stresszhelyzetek leküzdésére adott válaszait három típusba sorolták (Vandoninck et alii 2012). Megkülönböztetik a fatalisztikus, a kommunikatív és a proaktív megküzdést. Valójában két aktív és egy passzív megküzdési módról van szó, hiszen csak a fatalisztikus viszonyulás jelenti a probléma kikerülését.

A fatalisztikus megküzdés az érzelmi válaszok kategóriájába tartozik, és arra utal, hogy a gyerek tehetetlen az őt ért negatív élmény hatásával szemben, és semmilyen módon nem próbálkozik a probléma megoldásával. Abban reménykedik, hogy a probléma magától megoldódik, mellőzi a problémát, és egy darabig kerüli az internetezést. Ebben az esetben a fiatal nem küzd meg az őt ért problémával, hanem inkább lemond azokról a kedvező lehetőségekről is, amelyeket az internet kínál. Ugyanakkor a probléma bármikor újra előkerülhet, és a fiatal ugyanolyan tehetetlen marad vele szemben (d’Haenens et alii 2012). A kutatók szerint ez a megküzdési mód a fiatalabb, társadalmilag hátrányosabb helyzetű gyerekekre érvényes, alacsony önbizalommal, esetenként pszichológiai problémákkal, és kevés online tapasztalattal.

A kommunikatív megküzdés már a probléma megoldását célozza, azonban a fiatal külső segítség keresésére összpontosít, a stresszhelyzetből a kiutat a társas támogatás keresésében véli felfedezni, és a probléma megszüntetését kívülről várja. Mégis, ezt a megküzdési formát is a rugalmas ellenállás jelének tekintjük, hiszen a fiatal

a megoldás felé tekint. A fiatalok körében a leelterjedtebb módja ez a megküzdésnek (d'Haenens et alii 2012), legtöbbjük az egykoriakkal, sokan pedig a szülőkkel beszélnek meg a felmerült problémáikat. Nagyon kevés gyerek keres támogatást a tanárainál vagy segítő szakembereknél. Gyakrabban alkalmazzák ezt a megküzdési formát a kevesebb számú online tevékenységet végző fiatalok, a lányok és fiatalabb gyerekek, a társadalmilag alacsonyabb státusú gyerekek. A pszichológiai problémákkal vagy alacsony önértékeléssel rendelkező fiatalok inkább nem beszélnek az őket ért negatív hatásokról.

A proaktív megküzdés céltudatosan a probléma megoldását követi, és a legkedvezőbb alkalmazkodási minta a negatív online tapasztalatokhoz. Az online kockázatra adott proaktív válasz egyben növeli a fiatal rugalmasságát és ellenállását a stresszes online helyzetekkel szemben. Az önálló problémamegoldás főleg a magas önértékelésű fiatalokra jellemző, ami arra utal, hogy az önbizalom kulcstényező a reziliencia kialakulásában. A proaktív magatartás jellemzőbb azok körében, akik többféle online tevékenységet folytatnak, vagy akik oly mértékben érzékenyek a negatív tapasztalatokra, hogy ez cselekvésre készíti őket.

Az offline megküzdést befolyásoló tényezők közül az EUKO kutatói a fiatalok egyéni és társas jellemzőit, valamint az országok digitális kultúráját emelték ki az elemzésben, és ellenőrizték ezeknek a tényezőknek a hatását a fiatalok megküzdésére.

2. MÓDSZERTAN

Jelen tanulmányban a 9-16 éves romániai fiatalok megküzdési magatartását és rezilienciáját vizsgáljuk online stresszhelyzetekben. Követjük, hogy a romániai fiatalok milyen típusú online kockázatoknak vannak kitéve, ezek milyen mértékben hatnak rájuk, hogyan kezelik a fenyegető helyzeteket és milyen tényezők befolyásolják az online negatív tapasztalatok feldolgozását. Az online kockázatok közül négyre térünk ki részletesen: a szexuális jellegű képekkel való szembesülésre (sexism), az online zaklatásra (bullying), a szexuális vonatkozású üzenetváltásra (sexting), és a személyes találkozásra az online megismert személyekkel.

A romániai fiatalok online veszélyekkel szembeni megküzdésének sikerét befolyásoló tényezők közül a gyerekek egyéni tulajdonságainak és a társadalmi környezet jellemzőinek szerepét elemezzük. A gyerekek egyéni tulajdonságai közül a demográfiai jellemzőket (életkort és nem), az egészségi állapotot, a pszichológiai problémákat, az internethasználat szintjét és a digitális kompetenciákat vesszük

figyelembe. A társadalmi tényezők közül a szülők gazdasági-társadalmi helyzetének, a szülők iskolai végzettségének, a szülők foglalkozásának és a lakhely típusának befolyását követjük. Nem vizsgáljuk a társadalmi szintű kulturális jellemzők szerepét a fiatalok megküzdésében.

3. EREDMÉNYEK

Az eredményeket az egyes online kockázatok szerint ismertetjük.

3.1 PORNOGRÁFLA / SEXISM

Az internet káros hatásai között említjük, hogy a fiatalok olyan tartalmakkal találkoznak, amelyeket értelmi vagy érzelmi fejlődésük adott szintje miatt nem tudnak megfelelően kezelni. Ilyen tartalmak a pornográf jellegű képek is, amelyek meztelen embereket, nemi szerveket vagy szexuális aktust ábrázolnak.

A 9-16 éves romániai gyerekek 25 százaléka látott már valahol szexuális tartalmú képeket, azonban csak 6 százalékuk mondta, hogy napi vagy heti gyakorisággal kerülnek kapcsolatba ilyen tartalommal.

Pornográfiát a gyerekek főleg tévében és filmekben látnak (45,9 százalék), kevesebben magazinokban (21,1 százalék). Az internet szinte korlátlan lehetőséget teremt az ilyen jellegű tartalmak közvetítésére. A gyerekek 16,4 százaléka válaszolta, hogy a világhálón találkozott már szexuális tartalmú képekkel. Pornográf képekkel a gyerekek a leggyakrabban úgy kerülnek kapcsolatba az interneten, hogy ezek automatikusan felugró ablakokban (59,9 százalék) jelennek meg. Mivel olyan tartalomról van szó, amelyet a gyerekek nem keresnek, ezért meglepetésként éri őket. A gyerekek és fiatalok főleg meztelen személyeket ábrázoló képeket látnak (63,7 százalék), kevesebben szembesülnek szexuális aktust (29,6 százalék) vagy erőszakos szexuális cselekvést (10,8 százalék) ábrázoló képekkel.

A gyerekeknek a fele, akik ilyen tartalmú képeket láttak, azt állították, hogy a látvány zavarta őket, akiket pedig zavart a tapasztalat, azoknak kétötöde (42,4 százalék) meglehetősen vagy nagyon zavarónak találta a tapasztalatot. A gyerekek viszonylag hamar elfelejtették a látványt, inkább pillanatnyilag botránkoztak meg tőle.

Pornográf képekkel találkozva, a romániai gyerekek 26,4 százaléka a fatalista megküzdést választja, azaz reméli, hogy a veszély magától elmúlik. 22,6 százalékuk proaktív, és igyekszik a problémát önállóan megoldani. A legtöbb gyerek pornográf

képekkel találkozva társas támogatást keres (51,3 százalék), vagyis beszél valakivel, akiben megbízik, leggyakrabban barátokkal (56,9 százalék) vagy szülőkkel (53,9 százalék). Nagyon kevés gyerek fordul gondjaival a tanáraihoz vagy a segítő szakemberekhez.

Pornográf képekkel való szembesülés esetén a romániai gyerekek leggyakrabban egy darabig abbahagyják az internetezést (29,3 százalék), vagy letörlik a zavaró üzenetet (21 százalék), nagyon kevesen végeznek biztonsági beállításokat (8,8 százalék), vagy tiltják le a betolakodót (15,6 százalék). A gyerekek az alkalmazott stratégiáikat hatékony megoldásoknak látják, így nem vetődik fel jobb megoldások keresése.

Az életkor és a nem jelentősen befolyásolja, hogy a fiatalok szembesülnek-e nemkívánatos pornográf képekkel. A nagyobbak és a fiúk gyakrabban számolnak be arról, hogy láttak szexuális tartamú képeket, és az is megfigyelhető, hogy azok, akik online csatornán át pornográf képekkel kapcsolatba kerülnek, azok offline csatornákon is gyűjtenek hasonló élményeket. A nagyobb fiúk gyakrabban jelzik azt, hogy ők magazinokban vagy tévében is láttak szexuális vonatkozású képeket.

A látott szexuális tartalmak inkább a lányokat és a fiatalabb gyerekeket zavarják ($r: 0,217$; $p < 0,05$), és ők beszélnek is róla, elsősorban a szülőkkel ($r: 0,338$; $p < 0,05$). A nagyobb gyerekek inkább a barátokkal osztják meg negatív tapasztalataikat ($r: 0,427$; $p < 0,05$), vagy proaktív megküzdési stratégiákat is használnak, és letiltják a betolakodót.

A vidéki és városi gyerekek között nincs lényeges különbség a megküzdés jellege tekintetében, azonban a vidéki gyerekek főleg a testvéreikkel beszélnek meg online élményeiket ($r: 0,434$; $p < 0,01$).

Az interneten való hosszas jelenlét és a sokféle online tevékenység maga után vonja a pornográf képekkel való gyakoribb találkozást. A sokféle internetes tevékenységet folytató gyerekek pornográf képekkel találkozva főleg társas támogatást keresnek, vagyis megosztják negatív élményeiket testvérükkel ($r: 0,382$; $p < 0,05$) vagy barátaikkal ($r: 0,414$; $p < 0,05$). A ritkán internetezők pornográf képekkel szembesülve egy darabig egyáltalán nem interneteznek.

Az önbizalomhiánnyal küzdő gyerekek, akik nem találják fel magukat új helyzetekben, ha szexuális tartalommal találkoznak, a fatalista megküzdési módot választják ($r: 0,341$; $p < 0,01$), vagyis nem tesznek semmit, hogy a probléma okát megszüntessék, hanem inkább egy darabig kerülnek az internetezést, és várják, hogy a veszély magától elmúljon ($r: 0,290$; $p < 0,05$).

Az érzelmi, magatartási problémákkal küzdő, a feltűnést kereső gyermekeket hosszabb ideig zavarja, ha pornográf képekkel találkoznak. A megküzdés során társas támogatást kérnek, és főleg a szüleik segítségére számítanak. Legtöbb esetben azonban a fatalista megküzdést választják, és úgy vélik, hogy a proaktív megküzdési stratégiák nem segítenek. A kortársakkal nehezen egyező, magányos gyerekek több időt töltenek a közösségi oldalakon és az online játékokon, és itt találkoznak szexuális tartalmú képekkel. Ők azonban elég hátrányos helyzetben vannak, hiszen nem is beszélnek meg senkivel negatív tapasztalataikat, és nem is viszonyulnak proaktívan.

A pornográf tartalmakkal való szembesülés esetén a gyerekek megküzdési módja és a tágabb társadalmi környezet jellemzői között nem sikerült közvetlen összefüggést kimutatni, mint pl. a szülők szocio-kulturális helyzete, iskolai végzettsége és foglalkozása.

3.2 ONLINE ZAKLATÁS / BULLYING

Az internet veszélyei között említhető az online zaklatás, amely több dolgot is magába foglal. A leggyakoribb formája az internet használatának ideje alatt kapott bántó, gonoszkodó üzenet, de ide tartozik az áldozat fenyegetése, rosszindulatú hírek terjesztése, vagy valakinek a szándékos kizárása különböző online csoportokból.

A romániai gyerekek 38,7 százaléka mondta, hogy az elmúlt év során bármilyen módon zaklatás érte. A zaklatottaknak 5 százalékát napi rendszerességgel zavarják. A zaklatás leggyakrabban személyesen (61 százalék) vagy interneten (34,6 százalék) történik, ritkábban mobiltelefonon (16 százalék). Az interneten a zaklatás leggyakoribb módja az azonnali üzenetküldők révén továbbított bántó vagy fenyegető üzenetek (62 százalék).

Az online zaklatást elszenvedők 43,6 százalékát nagyon vagy eléggé zavarta a zaklatás, viszont kevesen említették, hogy hosszú ideig nyugtalankodtak volna (12 százalék).

Online zaklatás esetén legtöbben az aktív megküzdési stratégiákat részesítették előnyben (33,3 százalék törölte az üzenetet és 29,9 százalék blokkolta a zavarót), viszont voltak olyanok is, akik egy darabig kerülték az internetezést (18,3 százalék). Az online zaklatást elszenvedő gyerekek 73,5 százaléka beszélt valakinek a történeteikről. Leggyakrabban a barátokkal (63,4 százalék) és a szülőkkel (49,2 százalék) osztják meg ilyen irányú tapasztalataikat. A lányok felnőttekkel ($r: 0,228; p < 0,05$) és testvéreikkel ($r: 0,265; p < 0,05$) beszélnek meg az esetet. A nagyobbak barátaikkal beszélgetnek ($r: 0,272;$

$p < 0.05$), a kisebbek viszont egy darabig kerülnek az internetezés. A legtöbben azt is felismerték, hogy a probléma leküzdésében leginkább az aktív viszonyulás segít.

A romániai gyerekek 9,7 százaléka beismerte, hogy ők maguk is szoktak másokat zaklatni, akár napi rendszerességgel (a zaklatók 8,1 százaléka). Leggyakrabban a zaklatás személyes (57 százalék) vagy internetes (41,5 százalék) módozatát választják.

A nagyobb gyerekeket inkább zavarja a zaklatás ($r: 0,189$; $p < 0.05$), legyen szó személyes vagy online zaklatásról (d'Haenens et alii 2012). Azonban az is megfigyelhető, hogy a nagyobb gyerekek maguk is gyakrabban válnak zaklatókká ($r: 0,136$; $p < 0.01$). Az online zaklatás legelterjedtebb fajtája az azonnali üzenetként küldött inzultáló tartalom, a kisebb gyerekek esetében pedig gyakori a játékdalokon történő ostromlás ($r: 0,312$; $p < 0.01$).

Az online zaklatással való megküzdést a gyerek egészségi és mentális állapota is befolyásolja (d'Haenens et alii 2012). A mentális nehézségekkel küzdő gyerekek esetében gyakoribb, hogy a közösségi oldalakon ($r: 0,396$; $p < 0.01$) és e-mailen ($r: 0,264$; $p < 0.05$) történő online zaklatásról számoltak be. Közöttük gyakrabban fordult elő az is, hogy bosszút akartak állni a bántalmazón ($0,256$; $p < 0.05$). A viselkedési nehézséggel küzdők főleg a közösségi oldalakon kaptak bántó üzenetet ($r: 0,322$; $p < 0.01$), míg a fizikai betegségekben szenvedők játékdalokon részesültek zaklatásban a ($r: 0,270$; $p < 0.01$).

A különböző pszichológiai problémákkal (önbizalomhiány, érzelmi éretlenség, viselkedészavar, beilleszkedési zavar, függőség, szenzációkeresés) küzdők nagyobb valószínűséggel áldozatai a zaklatásnak. Az önbizalomban hiányosak, az érzelmi problémákkal küzdők és a szenzációhajhászok gyakrabban számolnak be zaklatási tapasztalatokról, akár közösségi oldalakon akár e-mailen keresztül.

Zaklatással szembesülve a szenzációkeresők abban reménykednek, hogy a veszély majd magától elmúlik ($r: 0,253$; $p < 0.01$), míg a magatartászavarokkal küzdők megtorlást szerveznek ($r: 0,256$; $p < 0.01$). Az érzelmi problémákkal és a beilleszkedési zavarokkal küzdők inkább a fatalista megküzdést választják ($r: 0,286$; $p < 0.01$), és egy darabig nem használják az internetet ($r: 0,192$; $p < 0.05$).

A pszichológiai problémákkal küzdők nagyobb eséllyel válnak zaklatókká, főleg a magatartászavarokkal küzdők ($r: 0,257$; $p < 0.01$) és a szenzációkeresők ($r: 0,253$; $p < 0.01$).

A magasabb digitális műveltséggel rendelkező és számosabb online tevékenységet folytató gyerekek jobban ki vannak téve az online zaklatásnak ($r: 0,114$; $p < 0.05$, $r: 0,222$; $p < 0.05$). A digitális műveltség azonban csökkenteti a gyerek

tehetetlenségét, és aktív megküzdésre ösztönzi őket. Az ilyen gyerekek igyekeznek a problémát megoldani ($r: 0,245; p < 0.01$), és szükség esetén tanácsot kérnek a barátaiktól és a felnőttektől ($r: 0,297; p < 0.01$).

Az előnyös társadalmi helyzetűek könnyebben lelnek társas támogatása, hiszen nagyobb a valószínűsége, hogy a szűk környezetükben vannak olyan személyek, akik tanácsot tudnak adni. A változatos online tevékenységpaletta ($r: 0,150; p < 0.01$) és a magas szintű digitális írástudás ($r: 0,148; p < 0.01$) rossz irányba is kamatoztatható, és nagyobb az esély arra is, hogy a digitálisan tapasztaltabb gyerekekből zaklatók lesznek.

3.3 SZEXUÁLIS TARTALMÚ ÜZENETEK

Az elmúlt évben tíz romániai gyerekből öt kapott szexuális tartalmú üzenetet interneten, és 7,8 százalékuk naponta részesült ilyen üzenetekben.

A szexuális tartalmú üzenetek két formában érnek a gyerekekhez: személy szerint nekik küldik az ilyen jellegű üzeneteket (46,1 százalék) vagy olyan nyilvános felületeken olvassák ezeket, ahol éppen különböző online tevékenységeket végeznek (45,2 százalék). Ritka az olyan eset, hogy valaki a gyerekektől szexuális tartalmú fényképeket kérjen, vagy szexuális témákról velük beszélgetést kezdeményezzen.

A romániai gyerekek 3,2 százaléka maga is küldött már szexuális tartalmú üzenetet, viszont kevesen vannak, akik ezt napi rendszerességgel teszik. Azoknak a gyerekeknek a 85 százaléka, akik szexuális tartalmú üzenetet kapnak, maguk is küldenek ilyen jellegű üzeneteket másoknak.

A romániai gyerekek szexuális tartalmú üzenetet leggyakrabban azonnali üzenet formájában kapnak (34,9 százalék), de érkeznek ilyen tartalmak felugró ablakokban (24,4 százalék) vagy elektronikus levél formájában (19 százalék) is.

A romániai gyerekek 42,5 százalékát zavarta a kapott szexuális üzenet, és az érintettek majdnem felét az ilyen tartalmak nagyon vagy eléggé felkavarták. A lányok gyakrabban számolnak be arról, hogy a nekik küldött szexuális üzenetek zavarják őket. Megnyugtató azonban, hogy az élmény után a gyerekek kevés ideig voltak zavarban. Az érintett gyerekek 35 százaléka abban bízott, hogy a gond magától elmúlik, 15,6 százalékuk törekedett a probléma megoldására. A gyerekek fele negatív tapasztalatát valakinek elmesélte, leggyakrabban barátokat avatnak be (61,3 százalék).

A fiatalabb gyerekek gyakrabban számoltak be arról, hogy szexuális üzenetekkel zaklatták őket ($r: 0,237; p < 0.01$), és hogy zavarták őket a kapott szexuális üzenetek ($r: 0,258; p < 0.01$). A kisebbekre szintén jellemzőbb, hogy társas támogatást kérnek, és

főleg a családtagokkal, szülőkkel és testvérekkel beszélnek meg a történeteket. A nagyobb gyerekek sokkal aktívabban viszonyulnak a helyzethez, igyekeznek a problémát megoldani, és inkább törlik az üzenetet. A fiatalabbak ($r: 0,396$; $p < 0,01$) és a lányok ($r: 0,289$; $p < 0,05$), miután szexuális üzenetet kapnak, gyakrabban döntenek úgy, hogy egy darabig nem interneteznek.

Az idősebb gyerekek nagyobb valószínűséggel küldenek is szexuális tartalmú üzeneteket ($r: 0,124$; $p < 0,01$), vagy másokkal szexuális téma tárgyalását kezdeményezik ($r: 0,448$; $p < 0,01$).

A nagyobb városok diákjai gyakrabban váltanak az interneten szexuális üzenetet ($r: 0,635$; $p < 0,01$), és az élményeiket barátaikkal megbeszélik ($r: 0,322$; $p < 0,05$). A megküzdésben inkább proaktívak, és szükség esetén megváltoztatják biztonsági beállításait.

A megküzdést befolyásoló tényezők között említjük az internethasználat és a digitális műveltség szintjét is. A hosszú ideje ($r: 0,179$; $p < 0,01$) és naponta ($r: 0,125$; $p < 0,01$) internetező gyerekek gyakrabban kapnak szexuális tartalmú üzeneteket, akárcsak a sokféle online tevékenységet végzők ($r: 0,269$; $p < 0,01$) vagy akik magas szintű digitális műveltséggel rendelkeznek ($r: 0,200$; $p < 0,01$). A haladó internetezők negatív élményeiket társaikkal ($r: 0,420$; $p < 0,05$) vagy olyan felnőttekkel osztják meg, akik segíthetnek, és akikben megbíznak ($r: 0,479$; $p < 0,05$). A számos kompetenciával rendelkező és az internetet intenzíven használó gyerekek azonban nagyobb valószínűséggel válnak zaklatókká is ($r: 0,146$; $p < 0,01$).

Mivel az internet olyan környezet, ahová a személyiség kiterjesztheti önmagát, az offline személyiség problémái online térben is megjelennek. Megfigyelhető, hogy az egészséges pszichével rendelkező gyerekek bíznak abban, hogy ha váratlanul szexuális üzenettel szembesülnek, helyt tudnak állni, és proaktív megküzdési módokat részesítenek előnyben.

A pszichológiai problémákkal rendelkező fiatalok közül a magatartászavarosak ($r: 0,177$; $p < 0,01$) és a szenzációhajhászok ($r: 0,286$; $p < 0,01$) gyakrabban kapnak szexuális üzeneteket. A pszichológiai problémákkal küzdő gyerekeket az interneten kapott szexuális üzenetek hosszabb ideig zavarták, és körükben szintén nagyobb arányban találkozunk a fatalista megküzdési stratégia alkalmazásával (d'Haenens et alii 2012). A pszichológiai problémákkal küzdő gyerekekre kevésbé jellemző a társas támogatás kérése is.

A magasabb iskolai végzettségű szülőktől származó gyerekek gyakrabban kapnak szexuális tartalmú üzeneteket ($r: 0,272$; $p < 0,01$). Mégis, az alacsonyabb

társadalmi és kulturális miliőből jövő gyerekek ritkábban szembesülnek ilyen jellegű tartalmakkal, mégis nehezebben küzdenek meg, jobban és hosszabb ideig zavarja őket a tapasztalat ($r: 0,234$; $p < 0.01$). Az iskolázottabb szülők gyerekei negatív tapasztalat esetén inkább felveszik a harcot a kedvezőtlen helyzettel, és proaktív megküzdési stratégiákat vetnek be ($r: 0,498$; $p < 0.01$), míg a társadalmilag hátrányos helyzetű, iskolázatlanabb szülők gyerekei inkább feladják az internetezést egy darabig ($r: 0,378$; $p < 0.01$).

3.4 SZEMÉLYES TALÁLKOZÁS AZ ONLINE MEGISMERTEKKEL

Az internetezés sokat tárgyalt veszélye, hogy a gyerekeket az idegenek elcsábíthatják, és kihasználhatják. Tízből három romániai gyerek ismerkedett már idegenekkel az interneten. Tíz olyan gyerek közül, akik interneten ismerkednek, négyen személyes találkozóra is elmentek. A gyerekek 46 százaléka olyan személyekkel találkozott, akik valamely személyes ismerősüknek volt az ismerőse, de 46 százalékuk olyan személyekkel is elment találkozni, akiket kizárólag az internetről ismert.

A gyerekek leggyakrabban azonnali üzenetküldő programok révén ismerkednek meg idegenekkel (75,2 százalék), de az intenzíven internetezőik közül sokan a közösségi oldalakon is ismerkednek idegenekkel (18,5 százalék).

Az interneten megismert személyekkel találkozó gyerekek 24 százaléka úgy vélekedett, hogy az idegenekkel való személyes találkozásuk rosszul alakult, és zavaró élményt eredményezett. A gyerekek főképp kortárs fiatalokkal mentek találkozni, és a fiúk említik gyakrabban, hogy interneten megismert idegenekkel találkoztak. A gyerekek általában nem szóltak senkinek a találkozókról, és az sem jellemző, hogy a találkozóra a fiatalok valakit magukkal hívnának, vagy ha mégis megteszik, a kísérők szintén velük egykorú fiatalok. Kellemetlen élmények esetén minden második fiatal a családtagoknak és barátoknak mesélte el tapasztalatait. A megküzdési stratégiák között a gyerekek az idegenekkel folytatott beszélgetések letörlését, a zavaró személyeknek a kontaktlistáról való letiltását említették.

A nagyobb gyerekek között gyakoribb, hogy idegenekkel találkoznak ($r: 0,248$; $p < 0.05$), főleg olyan személyekkel, akik az ők ismerőseinek ismerősei ($r: 0,190$; $p < 0.05$). Szintén a nagyobb gyerekekre jellemző, hogy teljesen idegenekkel is elmennek találkozni ($r: 0,334$; $p < 0.01$). A megküzdés módja is életkoronként más. A kisebb gyerekek kedvezőtlen tapasztalatok esetén legtöbbször abbahagyják az internetezést egy darabig ($r: 0,550$; $p < 0.01$).

A nagyobb városokban élő gyerekek gyakrabban említik, hogy találkoztak olyan fiatalokkal, akiket az interneten ismertek meg, és hogy a találkozás zavaró volt ($r: 0,286$; $p < 0,01$). Ilyenkor a nagyvárosi gyerekek leggyakrabban megváltoztatják a személyi és biztonsági beállításait ($r: 0,438$; $p < 0,05$).

Összefüggés van az idegenekkel való találkozás és az internetezés régisége és időtartama ($r: 0,136$; $p < 0,05$), a digitális kompetenciák ($r: 0,149$; $p < 0,05$) és végzett tevékenységek száma ($r: 0,131$; $p < 0,05$) között. Az idegenekkel való kapcsolat és ismerkedés főleg a kezdő internetezőket ($r: 0,331$; $p < 0,01$), az internetet ritkábban használókat ($r: 0,275$; $p < 0,01$) és a kevés online tevékenységet végzőket ($r: 0,312$; $p < 0,01$) zavarja. A tapasztalt netezők negatív tapasztalat esetén társas támogatást keresnek, és megbeszélik az esetet a felnőttekkel ($r: 0,849$; $p < 0,01$) vagy megváltoztatják a biztonsági beállításokat ($r: 0,455$; $p < 0,05$), illetve letiltják a tolakodót ($r: 0,601$; $p < 0,01$). A tapasztalatlan netezők – rossz élmények esetén – inkább abbahagyják az internetezést ($r: 0,690$; $p < 0,01$).

A magatartászavarokkal küzdő fiatalok ($r: 0,183$; $p < 0,01$), illetve a szenzációkereső fiatalok ($r: 0,184$; $p < 0,01$) gyakrabban mennek találkozni olyan idegenekkel, akiket interneten ismertek meg. Az interneten az anonimitás fedezetében sok lehetőség van az ismerkedésre, miközben a fiatal nem tárja fel gyengeségeit. Az egészségi problémákkal küzdők vagy kortársakkal nehezen egyezők ($r: 0,293$; $p < 0,05$) gyakrabban ismerkednek e-mailen, az érzelmi zavarokkal küzdők pedig csettszobákban ($r: 0,266$; $p < 0,05$). Ha sor kerül a találkozásra, és a találkozás nem az elvártak szerint történik, a viselkedési ($r: 0,198$; $p < 0,05$) és érzelmi zavarokkal ($r: 0,395$; $p < 0,01$) küzdő gyerekeket jobban zavarja az esemény. Ha a fiatal bízik magában, ha nem szorong, és kortársai között megtalálta a helyét, akkor a proaktív magatartást részesíti előnyben az internetezés visszautasítása helyett.

A magasabb társadalmi státusszal és iskolai végzettséggel rendelkező szülők gyerekei negatív élményeiket megbeszélik szüleikkel ($r: 0,692$; $p < 0,05$), és inkább a proaktív megküzdést választják, így például gyakrabban letörlik az idegenektől jövő üzeneteket ($r: 0,518$; $p < 0,01$). A hátrányosabb társadalmi hátterű gyerekek élményeiket főleg barátaikkal osztják meg ($r: 0,831$; $p < 0,01$).

4. TÁRGYALÁS

Az eddigiekben bemutattuk a romániai fiatalok negatív online tapasztalatszerzésének sajátosságait, a megküzdés formáit az egyes online kockázatok

esetén, és a különböző egyéni és társadalmi szintű tényezők összefüggését a kitétséggel, a kiváltott hatással és a választott megküzdési móddal.

Az európai összehasonlító adatok nem előnyösek a romániai fiatalokra nézve, ugyanis a 11-16 éves romániai fiatalok közül 65 százalék tekinthető rugalmasnak online kockázatok esetén, miközben az európai átlag 76 százalék. A kisebbeknél is hasonló irányú az összehasonlítás eredménye: a romániai 9-10 éves gyerekek 54 százaléka tekinthető reziliensnek, míg az európai átlag 61 százalék (d’Haenens et alii 2012).

Az eredmények alapján mégis egyértelmű, hogy a kockázat nem vezet egyértelműen ártalomhoz (d’Haenens et alii 2012), hiszen a romániai fiataloknak is csak kis része számolt be arról, hogy komoly gondjai voltak a negatív online tapasztalatok feldolgozásával. Sokan kerülnek kockázatos helyzetbe, de a gyerekek többsége megtanulja elkerülni a veszélyt (Livingstone–Haddon 2012: 7). Azok, akik képesek túltenni magukat a negatív online tapasztalatokon, ellenállónak tekinthetők (d’Haenens et alii 2012).

1. sz. tábla. A kockázattól az ártalomig (%)

Online kockázat típusa	Kockázati kitétség általában N=1039	Online kockázati kitétség N=1039	Nagyon/eléggé zavarta a tapasztalat (az érintettek közül)	Hosszú időn át zavarta a tapasztalat (az érintettek közül)
Pornografikus képek	25,1	16,4	53,6	7,5
Zaklatás	38,7	12,2	43,5	11,7
Szexuális üzenetek	-	13,9	58,5	4,5
Online megismert személyekkel való találkozás	-	11,4	20	0

A khi-négyzet elemzésekből (2. sz. táblázat) látható, hogy internethasználat közben a fiúk és a lányok egyformán ki vannak téve a negatív tapasztalatszerzésnek, azonban a lányokat jobban felkavarják a szexuális üzenetek vagy az online zaklatás. Az idősebb gyerekek többször kapnak szexuális tartalmú üzeneteket, azonban a fiatalabbakat fokozottabban felkavarják az ilyen tapasztalatok. Az adatok szerint a romániai gyerekek társadalmi helyzete direkt módon nem befolyásolja a negatív tapasztalatszerzést, azaz a jobb társadalmi helyzet nem nyújt nagyobb védettséget, vagy a szerényebb társadalmi miliő sem teszi sérülékenyebbé a fiatalokat. Mégis, az európai szintű adatok arra utalnak, hogy a magasabb iskolai végzettségű szülők inkább

biztosítják a háztartás internetellátását, és ők maguk is internethasználók. Így a gyermekeiknek is olyan feltételeket biztosítanak, amelyek elősegítik a digitális jártasság és reziliencia kialakulását, és szükség esetén segíteni is tudnak gyermekeiken (Hasebrink et alii 2011: 259, 265).

A pszichológiai problémák előrevetítik mind az online kockázatoknak való jelentősebb kitettséget, mind a negatív online tapasztalatok konkretizálódását. Ugyan a hatékony fiatalok jobban ki vannak téve az online kockázatoknak, vagyis gyakrabban találkoznak szexuális üzenetekkel és zaklatással, mégis a kevésbé hatékonyak számolnak be arról, hogy ez jelentősen zavarná őket. A pszichológiai problémákkal küzdők és a szenzációkereső romániai fiatalok gyakrabban érzik zavarónak, ha szexuális üzeneteket kapnak, vagy ha az interneten megismert idegennel a találkozót nem az elvártak szerint alakult.

A jelentős online részvétel növeli az online kockázatok esélyét, azonban a tapasztalt internetezők számára az ilyen élmények kevésbé zavarók. A romániai fiatalok esetében is, hasonlóan az európai fiatalokhoz, kimutatható (korrelációk alapján) a kockázatok migrációja, vagyis azok a gyerekek, akik bármelyik offline veszélyt megtapasztalják, az online veszélyekkel is nagyobb valószínűséggel szembesülnek (Hasebrink et alii 2011: 48; d’Haenens et alii 2012).

A fentiekből kiviláglik, hogy az idősebb, testileg-lelkileg egészséges, jó társadalmi háttérű gyerekek, akiknek a szülei is rendszeres internetfelhasználók, sokkal ellenállóbbak az online kockázatokkal szemben, és nagy az esélye, hogy az online veszélyeket sikeresen kezelni tudják (d’Haenens et alii 2012).

Az EUKO kutatói megerősítették a többszörös kockázatok hipotézisét is (korrelációk alapján), mely szerint, aki bármely online kockázattal szembesül, nagyobb valószínűséggel a többi online kockázattal is találkozik (Ságvári–Galác 2012: 313). Ez a romániai fiatalok esetében is igaz, akárcsak a sebezhetőség halmozódása (Hasebrink et alii 2011: 53), amely azt jelenti, hogy akiket zavarba hozott bármely negatív online tapasztalat, azokat nagyobb valószínűséggel szinte mindenik stresszes online esemény felzaklatta.

A keresztábrák elemzése arra mutat rá, hogy a romániai fiatalok körében – akárcsak az európai fiatalok esetében – a negatív online tapasztalatok esetén a megküzdési módok közül a kommunikatív stratégia dominál, amelyet a proaktív stratégiák követnek (Hasebrink et alii 2011: 56; d’Haenens et alii 2012). A fiatalok több megküzdési módot is használnak párhuzamosan, és a kockázat jellegének megfelelően különböző megoldásokat részesítenek előnyben (Ságvári–Galác 2012: 319; d’Haenens

et alii 2012). Megfigyelhető (korrelációk alapján) azonban, hogy akik a kommunikatív stratégiát alkalmazzák, azok kevésbé törekszenek a problémák önálló megoldására, akik pedig a proaktív stratégiákat részesítik előnyben, azok kevésbé beszélnek az őket ért rossz tapasztalatokról, és nem is hagyják abba az internetezést.

A megküzdésben (korrelációk alapján) felismerhető a megszokás is, vagyis, akik negatív online tapasztalatok esetén megoldásnak az internet elhagyását tartják, azok így fognak cselekedni akkor is, ha szexuális tartalmú képet vagy szexuális üzenetet kapnak az interneten. Aki a szexuális tartalmú képet letörli, az idegenektől jövő üzeneteket is letörli. Aki online zaklatáskor a biztonsági beállításait cseréli, az szintén ezzel a módszerrel küzd a bántó szexuális tartalmak kiszűrése érdekében. Ha valaki zaklató üzenet esetén a küldőt letiltja, akkor így tesz minden nemkívánatos tartalom vagy üzenet küldőjével. A romániai fiatalok válaszaiból – akárcsak az európai gyerekek esetében általában (d’Haenens et alii 2012) – az derül ki, hogy az általuk alkalmazott megküzdést megfelelőnek tartják, amely segíti őket, és ez igaz a fatalisztikus megküzdési stratégiák bevetése esetén is.

3. sz. tábla. Az egyes megküzdési módokat választó fiatalok aránya online kockázatok szerint (%)

Online kockázat típusa	Megküzdési stratégia típusa					
	<i>Fatalisztikus megküzdés</i>		<i>Kommunikatív megküzdés</i>		<i>Proaktív megküzdés</i>	
	<i>Kitettség</i>	<i>Zavarta a tapasztalat</i>	<i>Kitettség</i>	<i>Zavarta a tapasztalat</i>	<i>Kitettség</i>	<i>Zavarta a tapasztalat</i>
Pornografikus képek	20,6	55,3	20,6	52,6	19,3	44,7
Zaklatás	40,2	46,3	69,3	74,1	71,7	77,8
Szexuális üzenetek	22,8	73,3	17,9	58,1	23,4	60
Online megismert személyekkel való találkozás	30,8	20	40,7	100	38,5	100

Az online kockázatokkal megküzdő romániai fiatalok által alkalmazott megküzdési stratégiák használatában nem ismerhetünk fel egy nagyon tiszta mintát. Pornografikus képekkel való szembesülés, nem kívánt szexuális üzenetek váltása, vagy online megismert idegenekkel való rossz kimenetelű találkozás esetén a romániai

fiatalok mind az aktív (kommunikatív, proaktív) mind a passzív (fatalisztikus) alkalmazkodási formákat alkalmazzák. Kivételt az online zaklatás képez (lásd 3. sz. táblázat), amely esetében a fatalisztikus válaszok aránya nagyon magas. A rugalmas ellenállás kialakulásában fontos szerepe van az egyéni problémamegoldó képességnek és a társas támogatás keresésének (Fergusson–Horwood 2003), ezért a fatalista megküzdés magas aránya a romániai fiatalok esetében odafigyelésre int.

A khi-négyzet elemzések (4. sz. táblázat) alapján rálátást nyerünk arra, hogy az egyes megküzdési módokat a romániai fiatalok mely csoportjai részesítik előnyben.

A fatalista megküzdés esetén a fiatalok mellőzik a problémát, és nem törekednek az okok megszüntetésére. Ilyenkor a fiatal önként lemond számos online lehetőség kiaknázásáról, és rugalmassága sem alakul ki a negatív tapasztalatokkal szemben (Vandoninck et alii 2012: 209). A romániai fiatalok között a lányok, az alacsony hatékonyságú fiatalok és a magasabb társadalmi státussal rendelkezők hajlamosabbak passzívan viszonyulni a szexuális képekhez és üzenetekhez, és arra számítanak, hogy ezek elmaradnak, ha egy ideig nem interneteznek (Ságvári–Galács 2012: 313). A pszichológiai nehézségekkel küzdők és a szenzációkeresők sem tesznek sokat online zaklatás és szexuális üzenetek esetén, hanem várják, hogy a problémák maguktól megszűnjenek. Az alacsony szintű digitális kultúrával rendelkező fiatal felhasználó online zaklatás esetén szintén az időszakos internetkerülést látja megoldásnak.

A kommunikatív stratégia esetén a fiatalok társas támogatást keresnek, leggyakrabban barátaiknál és szüleiknél vagy testvéreiknél, ritkán tanáraiknál vagy segítő szakembereknél. A romániai fiatalok körében ehhez a megküzdési eljáráshoz különösen a kevés online tevékenységet végző internetezők folyamodnak, amikor szexuális képekkel szembesülnek.

A proaktív stratégiák alkalmazása növeli a rugalmasságot a negatív online tapasztalatokkal szemben, és nem feltétlenül függ össze a magas digitális kultúráltsággal. A romániai fiatalok között a sokféle online tevékenységet végzők és a szenzációkeresők – különböző motivációból – viszonyulnak inkább proaktívan a szexuális üzenetekhez és az online zaklatáshoz. Az alacsonyabb társadalmi státusú fiatalok a proaktív megküzdést a nagyon zavaró pornográfia esetén részesítik előnyben.

5. KONKLÚZIÓK

Az internet használata során a romániai fiatalok többféle online kockázatnak vannak kitéve, azonban a kockázatok nem szükségszerűen járnak ártalmas következményekkel, hiszen az egészséges fiatalokat legtöbb esetben a negatív tapasztalatok nem zaklatják fel, és ha igen, akkor is csak rövid ideig. Ez különösen elmondható a szexuális képekkel való találkozásról, de az interneten megismert személyekkel való találkozásokról is. A szexuális üzenetek és az online zaklatás esetén jellemző, hogy a negatív tapasztalatok hatásai hosszabb ideig eltartanak a sebezhetőbb csoportok tagjainál.

Ahhoz, hogy megértsük a romániai fiataloknak az online kockázatokra adott válaszait, mindenképp figyelniük érdemes a gyermekek egyéni jellemzőire és társas környezetére. Az idősebb gyerekek és a fiúk gyakrabban szembesülnek az online kockázatokkal, azonban főleg a fiatalabbak és a lányok számolnak be arról, hogy őket felzaklatták a negatív online tapasztalatok (d’Haenens et alii 2012). A rendszeres és tapasztalt netezők szintén jobban ki vannak téve az online kockázatoknak, azonban a negatív tapasztalatok kevésbé zavarják őket, és úgy védekeznek, hogy barátaikkal megbeszélnek a történeteket, vagy problémamegoldásra törekszenek a rendelkezésükre álló digitális készségeiket felhasználva. Az alkalmi és mérsékelt internetezők kockázati helyzetben főleg a fatalista megküzdést választják, amely tovább csökkenti esélyeiket a reziliencia kialakulásában.

Az önbizalomhiányos, szenzációkereső és pszichológiai problémákkal küzdő fiatalok sérülékeny csoportot alkotnak, hiszen jobban ki vannak téve a kockázatoknak, esetükben a negatív hatások jelentősebbek, és válaszul legtöbbször a fatalista megküzdést alkalmazzák. Az önbizalommal rendelkező és a digitális térben jártas gyerekek azonban a legnagyobb valószínűséggel a megoldást keresik, és így a rezilienciájukat fokozzák (d’Haenens et alii 2012).

Az elutasító (nem támogató) társas környezet megnöveli az esélyét az online kockázatok ártalommá alakulásának. A romániai fiatalok esetében is tapasztalható a Máté-effektus, vagyis akik az offline életben nehézségekkel küzdenek, azoknak a negatív online tapasztalatokkal való megküzdés is problémát okozhat (Vandoninck et alii 2012: 212). A társas környezet fontossága tetten érhető abban is, hogy a gyerekek bármely negatív online tapasztalat esetén leggyakrabban a kommunikatív megküzdést választják (d’Haenens et alii 2012). A társas segítségkérés csak azok esetében megoldás,

akiknek támogató szociális környezete van. A proaktív stratégiák főleg az online zaklatás és online megismert idegenekkel való találkozás esetén kerülnek előtérbe. A proaktív stratégiák két helyzetre nagyon jellemzőek: ha a gyerek magas önbizalommal és megfelelő digitális kompetenciákkal rendelkezik, így képes önállóan megoldani a felmerülő problémát, illetve akkor, ha a negatív tapasztalat nagyon felzaklatja. Azonban a zaklatottság önmagában nem vezet proaktív megoldásokhoz, hiszen az egyéni és társas szempontból is hátrányos helyzetű romániai gyerekek gyakran passzívak maradnak, és kerülnek egy darabig az internetezést.

6. AJÁNLÁSOK

Figyelembe véve, hogy – európai összehasonlításban – a romániai gyerekek hátrányos helyzetben vannak a megküzdés és rugalmas ellenállás, reziliencia kialakítása terén, ajánlatos lenne a szülőkhöz és a fiatalokhoz egyaránt tudatosítani az internet lehetőségeit és kockázatait, továbbá ismertetni velük a sikeres megküzdést elősegítő megoldásokat.

Ajánlatos lenne mind az iskolai mind az otthoni környezetben a gyerekeknek a proaktív megküzdési lehetőségeket megmutatni, azért hogy magánéleti és iskolai feladataik elvégzése során a felmerülő kockázatokat proaktív módon tudják kezelni. Természetesen, ehhez először arra van szükség, hogy az internet használatára és a digitális kompetenciák kialakítására a felnőttek körében (szülők és oktatók) is kiemelten odafigyeljünk, hiszen Romániában a felnőttek internethasználati aránya és digitális kompetenciaszintje sok esetben jóval a fiatalok aránya és szintje alatt marad.

A felnőttekben és a gyerekekben tudatosítani kell az internet veszélyeit, és – kommunikációs kampányok révén – kialakítani a pozitív attitűdöt a biztonságos internetezéssel szemben. Semmiképp nem támogatandó a gyerek internetezési szabadságának a megvonása, hiszen a kutatási eredmények a korlátozás kedvezőtlen eredményeit vetítik ki (d’Haenens et alii 2012). Sokkal előnyösebb a prevencióra és a tudatosításra helyezni a hangsúlyt, amely azonban elsősorban a felnőttek elé állít elvégzendő feladatokat. Az internet olyan eszköz, amely fejleszteni képes a fiatalok ismereteit és kapcsolatteremtési képességét, azonban a gyerekek szocializációja még mindig a szülők és oktatók kezében van (Haddon–Livingstone2012: 4).

Hasznos lenne a hátrányos helyzetű fiatalokra hangsúlyosabban odafigyelni, és számukra – akár intézményesen is – nyomatékosabb támogatást nyújtani, amely által növelni lehetne az önbizalmukat, és ez által rezilienciájukat is a káros online eseményekkel kapcsolatban.

SZAKIRODALOM

BOYDEN, Jo–MANN, Gillian

2005 Children's Risk, Resilience, and Coping in Extreme Situations. In: Ungar, Michael (ed.) *Handbook for Working with Children and Youth*. Sage, 2005, http://www.corwin.com/upm-data/5336_Ungar_I_Proof_Chapter_1.pdf (letöltve 2012. május 25.-én)

D'HAENENS, Leen–VANDONINCK, Sofie–DONOSO, Veronica

2012 *How to cope and build online resilience?*
<http://www2.lse.ac.uk/media@lse/research/EUKidsOnline/EU%20Kids%200III/Reports/Copingonlineresilience.pdf> (letöltve 2012. május 23.-án)

FERGUSON David M.–HORWOOD L John.

2003 Resilience to childhood adversity: Results of a 21 year study. In SUNIYA S. Luthar (ed.): *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. Cambridge University Press, 130–155

HADDON, Leslie–LIVINGSTONE, Sonia

2012 *EU Kids Online: national perspectives*.
EU Kids Online, The London School of Economics and Political Science, London, UK. <http://eprints.lse.ac.uk/46878/> (letöltve 2012. május 25.-én)

HASEBRINK, Uwe–GÖRZIG, Anke–HADDON, Leslie–KALMUS, Veronika–LIVINGSTONE, Sonia

2011 *Patterns of risk and safety online. In-depth analyses from the EU Kids Online survey of 9-16 year olds and their parents in 25 countries*. LSE, London: EU Kids Online. <http://www2.lse.ac.uk/media@lse/research/EUKidsOnline/EU%20Kids%200II%20%282009-11%29/EUKidsOnlineIIRports/D6%20Cross-national.pdf>

LIVINGSTONE, Sonia

2010 e-Youth: (future) policy implications: reflections on online risk, harm and vulnerability. In: *e-Youth: balancing between opportunities and risks*, 27-28 May 2010, UCSIA & MIOS University of Antwerp, Antwerp, Belgium. http://eprints.lse.ac.uk/27849/1/eYouth_%28future%29_policy_implications_%28LSERO_version%29.pdf (letöltve 2012. május 25.-én)

LIVINGSTONE, Sonia–GÖRZIG, Anke

2012 Sexting: the exchange of sexual messages online among European youth. In: LIVINGSTONE, Sonia–HADDON, Leslie–GÖRZIG (eds.): *Children, risk and safety on the internet*. Bristol, Policy Press

LOBE, Bojana.–LIVINGSTONE, Sonia.–OLAFSSON, Kjartan–VODEB, Hana

2011 *Cross-National comparison of risks and safety on the internet: Initial analysis from the EU Kids Online survey of European children*, London: Eu Kids Online, LSE.

MASTEN, Ann S.–GEWIRTZ, Abigail

2006 *Resilience in Development: The Importance of Early Childhood*. University of Minnesota, USA. <http://www.child-encyclopedia.com/documents/Masten-GewirtzANGxp.pdf> (letöltve 2012. május 25.-én)

RÓZSA Sándor–PUREBL, György–SUSÁNSZKY, Éva –KŐ, Natasa –SZÁDÓCZKY, Erika– RÉTHELYI, János –DANIS, Ildikó–SKRABSKI, Árpád–KOPP, Mária

2008 *A megküzdés dimenziói*.
http://magtud.hu/files/kerdoivek/konfliktusmegoldo_kerdoiv_%28WOC%29_validalo_tanulmánya.pdf (letöltve 2012. május 25.-én)

SÁGVÁRI Bence–GALÁCZ Anna

2012 Relating online practices, negativ experience and coping strategies. In: LIVINGSTONE, Sonia–HADDON, Leslie–GÖRZIG, Anke (ed.): *Children, risk and safety on the internet*. Bristol, Policy Press

TÓKÉS Gyöngyvér

2010 Digitális egyenlőtlenségek a Maros megyei középiskolások körében.
[Stratificarea digitală a liceenilor din județul Mureș]. *Reconnect* 2010. 2.
<http://reconnect.org/2010/08/30/vol2-nr2/>

VANDONINCK, Sofie–D’HAENENS, Leen–SEGGERS, Katia

2012 Coping and resilience: children’s responses to online risks. In:
LIVINGSTONE, Sonia–HADDON, Leslie–GÖRZIG, Anke (ed.): *Children,
risk and safety on the internet*. Bristol, Policy Press

WRIGHT, Margaret O’Dougherty–MASTEN Ann S.–NARAYAN, Angela J.

2012 *Resilience Processes in Development: Four Waves of Research on Positive Adaptation
in the Context of Adversity*. http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4614-3661-4_2 (letöltve 2012. május 25.-én)

2. sz. tábla χ^2 teszt (%)

	Pornografikus képek			Szexuális üzenetek		
	Kitettség	Zavarta a tapasztalat	Nagyon/eléggé zavarta (az érintettek közül)	Kitettség	Zavarta a tapasztalat	Nagyon/eléggé zavarta (az érintettek közül)
Nem					a	
Fiú	67	50	52	24	35	57
Lány	69	57	53	22	54	58
Életkor				c	b	
9 – 10	54	60	64			
11 – 12	77	63	71	14	67	67
13 – 14	65	57	50	23	49	44
15 – 16	72	41	38	34	30	69
Társadalmi-gazdasági helyzet						
Alacsony	59	47	50	15	40	50
közepes	69	57	50	23	45	56
Magas	70	46	56	26	42	65
Én-hatékonyság						b
Alacsony	59	44	75	15	63	100
Átlagos	67	51	58	22	44	64
Magas	73	56	35	28	41	23
Pszichológiai problémák				c		
Kevés	61	35	43	13	36	88
Néhány	70	56	54	25	46	50
Sok	63	25	0	64	38	100
Szenzációkeresés				c		
Nem eset	63	52	53	14	50	50
Alacsony	73	50	55	34	41	64
Magas	75	43	33	55	20	0

a: $p < 0.05$, b: $p < 0.01$, c: $p < 0.001$

2. sz. tábla folytatás χ^2 teszt (%)

	Pornografikus képek			Szexuális üzenetek		
	Kitettség	Zavarta a tapasztalat	Nagyon/ eléggé zavarta (az érintettek közül)	Kitettség	Zavarta a tapasztalat	Nagyon/ eléggé zavarta (az érintettek közül)
Online tevékenység	c		a	c		
Alacsony	49	59	78	9	31	60
Közepes	55	55	59	21	50	61
Magas	45	45	29	47	31	46
Total	67,6	49,3	53,4	22,5	42,5	58,2

a: $p < 0.05$, b: $p < 0.01$, c: $p < 0.001$

2. sz. tábla folytatás χ^2 teszt (%)

	Online zaklatás		Találkozás idegenekkel		
	Kitettség	Nagyon/ eléggé zavarta (az érintettek közül)	Kitettség	Zavarta a tapasztalat	Nagyon/ eléggé zavarta (az érintettek közül)
Nem		a			
Fiú	32	36	41	20	0
Lány	38	54	38	26	30
Életkor					
9 – 10	24	29	32	46	25
11 – 12	34	47	33	29	0
13 – 14	38	43	39	15	0
15 – 16	40	51	48	20	33
Társadalmi-gazdasági helyzet					
Alacsony	32	59	59	24	33
közepes	38	40	37	22	10
Magas	31	50	38	23	33

a: $p < 0.05$, b: $p < 0.01$, c: $p < 0.001$

2. sz. tábla folytatás χ^2 teszt (%)

	Online zaklatás		Találkozás idegenekkel		
	Kitettség	Nagyon/ eléggé zavarta (az érintettek közül)	Kitettség	Zavarta a tapasztalat	Nagyon/ eléggé zavarta (az érintettek közül)
Én-hatékonyság	b		a		
Alacsony	12	50	21	67	0
Átlagos	36	45	37	19	22
Magas	41	43	50	26	20
Pszichológiai problémák			c	a	
Kevés	29	43	22	0	0
Néhány	36	44	47	26	20
Sok	50	57	20	100	0
Szenzációkeresés			b		
Nem eset	30	42	30	27	11
Alacsony	41	49	49	18	40
Magas	50	50	64	17	0
Online tevékenység			a	a	
Alacsony	26	42	28	50	33
Közepes	36	46	37	26	17
Magas	45	44	55	9	0
Total	34,6	43,6	41,4	24,1	22,1

a: $p < 0.05$, b: $p < 0.01$, c: $p < 0.001$

4. tábla χ^2 teszt (%)

	Fatalisztikus megküzdés						Kommunikatív megküzdés			Proaktív megküzdés								
	Reméli, hogy a baj magától elmúlik			Egy darabig nem internetezik			Beszél valakivel			Igyekszik megoldani a problémát			Letörli az üzenetet			Letiltja a zaklatót		
	k	s	k	k	s	k	k	s	k	k	s	k	k	s	k	k	s	k
Nem						a												
Fiú	18	40	45	24	17	13	51	71	41	21	37	15	27	34	38	18	32	25
Lány	30	26	30	35	16	37	50	79	47	27	47	19	18	35	40	18	27	27
Életkor																		
9 – 10				42	24		70	81					25	41		17	6	
11 – 12	26	34	40	28	19	13	68	80	31	21	34	20	39	34	31	28	34	25
13 – 14	24	34	44	28	14	23	42	73	43	16	45	9	12	27	50	20	38	27
15 – 16	21	31	21	25	14	44	35	69	60	33	45	29	21	38	31	8	31	25
Társadalmi-gazdasági helyzet						b				b								
Alacsony	14	19	33	29	33	0	83	82	75	57	25	33	29	39	0	29	33	25
közepes	21	36	42	22	11	16	47	70	32	10	46	8	24	29	41	13	33	25
Magas	29	31	24	42	20	53	52	83	63	38	42	29	15	43	47	23	20	29
Én-hatékonyság				a										a				
Alacsony	67	50	20	50	25	60	67	50	33	33	50	20	50	0	40	50	0	20
Átlagos	17	38	30	36	18	28	52	78	47	22	38	17	19	33	47	17	33	28
Magas	32	21	58	9	11	8	45	69	39	26	52	17	27	30	15	14	27	23
Pszichológiai problémák			b									b						
Kevés	13	38	29	0	14	38	17	62	43	0	33	29	25	19	25	13	33	38
Néhány	25	31	37	33	16	23	53	78	43	25	45	16	21	37	44	19	29	26
Sok	0	43	50	0	29	33	100	71	67	24	29	0	10	0	43	0	43	0

a: $p < 0.05$, b: $p < 0.01$, c: $p < 0.001$

4. tábla folytatás χ^2 teszt (%)

	Fatalisztikus megküzdés						Kommunikatív megküzdés			Proaktív megküzdés								
	Reméli, hogy a baj magától elmúlik			Egy darabig nem internetezik			Beszél valakivel			Igyekszik megoldani a problémát		Letörli az üzenetet		Letiltja a zaklatót				
Szenzációkeresés	a	b			c						b	a						
Nem eset	37	25	0	22	16	5	51	68	41	13	37	5	30	28	43	11	38	24
Alacsony	14	37	30	39	18	52	50	84	57	28	52	22	10	39	36	29	24	32
Magas	33	71	50	33	0	0	50	71	0	33	29	10	67	27	50	0	29	0
Online tevékenység					a		a				a							
Alacsony	50	44	33	50	29	40	89	76	60	17	33	0	40	38	20	20	29	0
Közepes	19	29	41	29	17	25	49	70	46	26	38	13	21	38	47	19	29	28
Magas	25	35	25	19	4	23	33	85	33	20	58	33	19	22	23	14	37	31
Total	26,4	30,7	35,2	29,3	18,3	31,1	51,3	73,5	50,6	22,6	42,6	15,6	21,0	33,3	37,3	15,6	29,9	26,6

a: $p < 0.05$, b: $p < 0.01$, c: $p < 0.001$

ET

RECENZIO

2

Kötelező olvasmány Családszociológiából

Recenzió

Fóris Ferenczi Rita: De Anyu! Kriterion Könyvkiadó, Kolozsvár, 2012.

Műfaji szempontból nem könnyű besorolni Fóris Ferenczi Rita nemrég megjelent művét. A nyelvi igényesség és gazdagság, a szépirodalmi hajlékonyságú mondatvezetés, a szereplők, főleg a családtagok és barátok megjelenítésének összetettsége, a történések tárgyilagos láttatása és mégis elháríthatatlanul megszólító sodrása a családrajzi kisregény címre is méltóvá tenné. De mikor már-már regényként olvasnánk, az elbeszélés értekező, reflexív hangvételűre vált, s szociálpszichológiai vagy családszociológiai esszéként is helytálló elemzések metszik az elbeszélést.

Tizenegy filmkocka, öt főszereplő és eleven történetek arról, hogyan él egy három gyermekes család itt és most. Hogy költözik faluról városra, miként teremti meg a saját világát egy nagyváros korlátai és lehetőségei között. Hogyan egyensúlyoz az oktatási rendszer kihívásai, követelményei és a gyerekek egyéni érdeklődése, ritmusa, adottságai között. Hogyan teremt elfogadó és befogadó teret a gyerekek kortárskapcsolatai számára. Miként segít eligazodni az érvényesülés/teljesítés és becsületes munkavégzés dilemmáiban és mindennapi gyakorlatában.

Ráláthatunk a szociológia által sokat emlegetett családi funkciókra és életciklusokra, testvérviszonyokra, a transzgenerációs családi modellek hatásaira, a szülői nevelés és az iskolai hatások rivalizációjára. Az élénk táruló otthon mikrovilága teljes komplexitásában leképezi mindazt, amit egy iskoláskorú gyerekeket nevelő családi életciklus jelent: iskolai feladatok, háziállatok, barkácsolás, zenélés-éneklés, barátságok, szerelmek, rugalmas feladat- és felelősség-megosztás. Ez a dinamizmus sokszor egyenesen káoszként hat. A tizenegy fejezet során az olvasó lelkesen szurkol nekik, hogy ez ne következzen be. A mű végére azonban már beavatódunk ebbe a dinamizmusba, s kezdjük előbb csak sejteni, aztán felfedezni, hogy sajátos

konstellációkra épülő, folytonosan mozgásban levő, s mégis valamiféle kozmikus egyensúlyban levő rendszer az, amit figyelemmel kísérünk.

A könyv humora egyedi és mély. Nyilvánvaló, hogy nemcsak és nem elsősorban stiláris eszköz, hanem lényegileg tartozik az elbeszélő világ- és helyzetlátásához. Tulajdonképpen hol bosszantó incidensek, hol súlyos megpróbáltatások sorozataként is felfogható mindaz, amit elmond. S mégis úgy haladunk eseményről-eseményre, hogy mindent áthat a humornak és az elfogadásnak egy különös, megnyugtató fénye, és folyamatosan ébren tartja bennünk a várakozást, hogy van/lesz megérkezés.

Ha a műfaji besorolás nem egyértelmű, a könyv ideológiai/ tudományelméleti betájolása ennél is talányosabb. Miközben mindenestől gyermekbarát és családcentrikus, feladja a leckét feminizmusból is. Az elbeszélés reflektorfénye egy mindent és mindenkit összetartó Anyut kísér, aki a konyhaasztal sarkán írja laptopján a sok fontos és okos írivalót, s mindeközben úgy beszél saját helyéről a családban és a világban, mint szolgálatról, a belső egyensúly megtalálásának útját pedig önmaga elvesztésének és mások elengedésének tanulásában látja. Vajon egy posztmodern 'super women'-nel, vagy egy bibliai 'derék asszonnyal' van szerencsénk megismerkedni?

Fóris Ferenczi Rita könyvét mindenkinek ajánlom, akit érdekel a családszociológia, s aki nem csak elméletként, hanem életszerűbben, avagy *alkalmazott tudományként* is kíváncsi rá. De amennyiben Virginia Satir *A család együttélésének művészete* című könyvével párhuzamosan, illetve felváltva vesszük kézbe, kontextuális olvasatra is kiválóan alkalmas. Ha pedig azt szeretné tudni valaki, hogy mit jelent a Bettelheim 'élég jó anya' fogalma mentén parafrázálható 'élég jó család', szintén a *De Anyut* ajánlhatom. Ragyogó humorú, bátor írás, amely sokkal többet tud elmondani a családi együtt- és túlélés mintázatairól, mint bármely szakkönyv.

ALBERT-LŐRINCZ CSANÁD: RESPONSABILITY FOR THE INFANT PATIENTS' SELF-DETERMINATION RIGHT

The study draws attention that minor patients require a special attention and support, hence protecting their rights is an actual issue. In the literature it has been recognized that human rights are a very important factor in children's treatment. This rights-based approach confers children legal personality, which has implications for health-services and health policy. Children patient's rights are a result of patient rights in addition of children's rights, emerging from general human rights. Self-determination or autonomy is in the centre of these rights, however statutory regulations are deficient and not always clear. It is questionable that medical decision-making exercised by the child should have any restrictions. There are two theories, the one sustains full autonomy, the other considers as acceptable limited self-determination. The author adopted the latter, that the child's autonomy is not an absolute right. This article is based on a quantitative research which demonstrates the above pronounced conclusion.

ALBERT-LŐRINCZ ENIKŐ: THE BACKGROUND ASPECTS OF THE CHILDREN'S SOCIAL INTEGRATIONAL DIFFICULTIES AND THE PLANIFICATION OF THE COMMUNITY PREVENTION

The paper tries to reflect on the topic's actuality, to underline the background aspects of the children's social integrational difficulties and to raise arguments in favour of the need of the community prevention. Our starting point is that the upgrowing generation should be made able to carry a healthy way of life, to preserve their mental and physical health and to be able to develop their personalities. The situation is quite ready now for a shift of paradigmas and approaches in the field of prevention. From methodological point of view, the study was realised with the technique of quick analysis. In the analyzing part we took the steps of the PRECEDE modell, and all the steps have been matched with research datas. Our intention was to show, which needs the given community have been wounded, and what kind of activities could be

planned in order to cure these wounds and defects. We would also like to demonstrate the results that can be expected when applying planned community prevention.

MÜLLER-FÁBIÁN ANDREA: THE CHILDREN OF THE TRANSITION PERIOD IN ROMANIA

The Romanian regime change of 1989 produced not only political and economic transformations, but also a thorough change in the way of life and attitude to life. The transitional period induced for the bulk of population the collapse of the habitual, safe but scarce living conditions, drifting people towards poverty and deprivation. The changes were felt not only on macro level, but also on micro level, causing troubles for families. The changes in the life of families had a significant impact on children, with regard to their position in the family and society. The general aim of the paper is to present the problems of children in the transitional period in Romania. The specific purpose is to analyze the following issues: the state of health of children, the spread of children's drug consumption, the educational level of children, the juvenile delinquency and violence against children.

TÓKÉS GYÖNGYVÉR LÁSZLÓ ÉVA, ANTAL IMOLA: THE CONFRONTATION OF ROMANIAN YOUTH WITH ONLINE RISKS

The digital world of youth is very discussed subject, together with the opportunities and risks brought by internet using. The present study analyses the encounter of kids with ages between 9-16 with harmful content and the manner they are affected by it. Is it bothering for them? How they react? How they cope with negative experiences?

How resilient are our youngsters? Our study is part of the international research EU Kids Online (www.eukidsonline.com) developed in 25 European countries and we are presenting in this paper the Romanian kids perspective regarding the topic of risk and harm via cyberspace. The obtained results are similar to the general experiences of the other countries involved in the research, emphasizing that the encounter with online risks doesn't produce negative outcomes in each situation. At the same time, comparing the Romanian results with the European average, our children can be considered less resilient almost with 10 % to the online harmful content (65 % of the Romanian teenagers with ages between 11-16 in context of 76% European average and 54% of the Romanian children with ages between 9-10 in context of 61% European average).

A szerzőkről

Albert-Lőrincz Enikő, egyetemi tanár, a Babes-Bolyai Tudományegyetem, Magyar Szociológia és Szociális Munka Intézet, Szociális Munka Szak oktatója.

Kutatási terület: egészségmagatartás, iskolai és társadalmi beilleszkedési problémák, drogfogyasztás megelőzése, csoportokkal való munka módszertani kérdései.

Email: e.albert-lorincz@gmx.net

Albert-Lőrincz Csanád, ügyvéd, a Babes-Bolyai Tudományegyetem, Szociológia Doktori Iskola végzős hallgatója. Érdeklődési terület: közigazgatási jog, kiskorú páciensek jogai, uniós alapjogok.

Email: alcs@gmx.net

Antal Imola, docens a Babes- Bolyai Tudományegyetem Magyar Szociológia és Szociális munka Intézetében. Alapképzését pszichológiából doktori fokozatát szociológiából szerezte az említett intézményben. Számos olyan – országos és nemzetközi - projekt létrehozója és koordinátora, melyek a gyermekek és a nők elleni erőszak megelőzésére és az áldozatoknak nyújtott szolgáltatások biztosítására összpontosítottak. Kutatási területei: a gyermekbántalmazás, családon belüli erőszak, evészavarok, a mentális zavarokban szenvedő személyek társadalmi integrációja.

Email: imolaan@yahoo.com

László Éva, egyetemi tanársegéd, a Babes-Bolyai Tudományegyetem, Magyar Szociológia és Szociális Munka Intézet, Szociális Munka Tanszék oktatója. Főbb szakmai gyakorlati és kutatási területei a gyermekbántalmazás (offline és online), emberkereskedelem és a családon belüli erőszak.

Email: avebo_2000@yahoo.com

Müller-Fábián Andrea, egyetemi docens, a Babes-Bolyai Tudományegyetem, Magyar Szociológia és Szociális Munka Intézet, Szociális Munka Tanszék oktatója; család-pszichoterapeuta, kiképző-szupervízor. Fő szaktarületei: kriminológia; Deviancia és társadalmi kontroll; A bűnözők társadalmi reintegrációja; A családterápia elmélete és

gyakorlata; Sokproblémás családokkal való tanácsadói munka; Családokkal való szociális munka; Életeseményi krízisek kezelése; Szociális intézmények értékelése.

Email: andrea_fabian_ubb@yahoo.com

Tőkés Gyöngyvér, egyetemi adjunktus a Sapientia – EMTE marosvásárhelyi Alkalmazott Társadalomtudományi Tanszékén. A kolozsvári Babes-Bolyai Tudományegyetemen 1997-ben végzett szociológia szakot, ugyanitt végezte magiszteri és doktori tanulmányait. Jelenleg kutatási területe: újmédia-használat, digitális egyenlőtlenségek, digitális habitusok.

Email: gyongyvert@gmail.com

Editat de Presa Universitară Clujeană

ISSN: 1583-6347