

Acta Sana

„Mens sana in corpore sano”

Az egészségügyi és a szociális ellátás elmélete és gyakorlata

A Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
Tudományos Lapja

2014.
IX. évfolyam 2. szám

**Az egészségügyi és a szociális ellátás elmélete és gyakorlata
A Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és
Szociális Képzési Kar Tudományos Lapja**

**2014.
IX. évfolyam 2. szám**

TARTALOMJEGYZÉK

Esély vagy kényszer? Az aktív korú nem foglalkoztatottak jogosultságainak változásai a teljes jogú társadalmi tagság perspektívájából Vida Anikó	5
Framing the Concept of Patient/Client Conducting Kornelia Helembai PhD	18
„Tehát itt közösség kell...” Aranyos Helga	27
Szociális képzés fejlesztése – kihívások időszakában Dr. Budai István PhD	29
„Életrehívás” - avagy a szegedi hajléktalanok visszatalálási lehetőségei Joó Magdolna	31
A szükséges, a lehetséges és a lehetetlen elsajátítása... Szociális munkás képzés Szegeden Kormányos Klaudia	33
A Magyar Máltai Szeretetszolgálat szerepe a szegedi hajléktalan ellátásban Gulyás Nikoletta	36
Folt a hálón? Szociális munka a pszichiátriai ellátórendszerben Vas Ágnes, Bánfi László	41

**The Theory and Practice of the Health and Social Service
Scientific Journal of University of Szeged
Faculty of Health Sciences and Social Studies**

**2014.
Vol. 9. No. 2.**

CONTENTS

Esély vagy kényszer? Az aktív korú nem foglalkoztatottak jogosultságainak változásai a teljes jogú társadalmi tagság perspektívájából Vida Anikó	5
Framing the Concept of Patient/Client Conducting Kornelia Helembai PhD	18
„Tehát itt közösség kell...” Aranyos Helga	27
Szociális képzés fejlesztése – kihívások időszakában Dr. Budai István PhD	29
„Életrehívás” - avagy a szegedi hajléktalanok visszatalálási lehetőségei Joó Magdolna	31
A szükséges, a lehetséges és a lehetetlen elsajátítása... Szociális munkás képzés Szegeden Kormányos Klaudia	33
A Magyar Máltai Szeretetszolgálat szerepe a szegedi hajléktalan ellátásban Gulyás Nikoletta	36
Folt a hálón? Szociális munka a pszichiátriai ellátórendszerben Vas Ágnes, Bánfi László	41

Esély vagy kényszer? Az aktív korú nem foglalkoztatottak jogosultságainak változásai a teljes jogú társadalmi tagság perspektívájából

(doktori értekezés tézisei)

Vida Anikó

Eötvös Lóránt Tudományegyetem Társadalomtudományi Kar
Szociológia Doktori Iskola
Szociálpolitika Doktori Program
e-mail: vida@etszk.u-szeged.hu

A dolgozat témája, relevanciája és célja

A tartós munkanélküliekkel több, mint tíz éve, egészen pontosan 2001 nyarán, egy szegedi civil szervezetnél, az Újra Dolgozom Program szociális és foglalkoztatási tanácsadójaként kerültem kapcsolatba. Előtte kilenc hónapig magam is munkanélküli voltam, amely nemcsak az állásinterjún jelentett előnyt, hanem a különféle hátrányos helyzetű csoportokkal végzett későbbi munkám során is. Néhány évvel később, a Dél-Alföldi Regionális Módszertani Családsegítő Szolgálat szociális munkásaként naponta találkoztam és dolgoztam együtt olyan rendszeres szociális segélyezettekkel, akik számára a törvény együttműködési kötelezettséget írt elő. Az együttműködésre kijelölt intézmények feladatai közé tartozott a reintegrációt elősegítő, személyre szabott beilleszkedési programok kidolgozása. Az együttműködés megszégése a kliensre nézve súlyos következményekkel - a segély részleges, illetve esetenként teljes megvonásával - járhatott együtt. Az új szerepkör, a „*szakmai etika és a hivatalnoki racionalitás*” (Kjorstad 2007) közötti választás kényszere jelentősen átalakította a korábban jórészt az önkéntesség elve alapján működő szociális intézmények szakmai profilját. Arról nem is beszélve, hogy a szociális intézmények nem voltak kellőképpen felkészülve a tartósan munka nélkül lévők körében végzendő speciális feladatok és munkaformák ellátására, mert részint az új feladatkörhöz nem rendeltek hozzá extra forrásokat, részint olyan magas kliensszámmal kellett dolgozniuk, amely lehetetlenné tette a személyre szabott, hatékony segítséget.

Emellett a leggyakrabban alkalmazott aktív munkaerő-piaci eszközök (képzés, átképzés, bértámogatás) vagy nem is érintették a leghátrányosabb helyzetű célcsoportokat, vagy csupán rövid ideig biztosítottak számukra jövedelmet (pl. közhasznú foglalkoztatás). A hátrányos helyzetű munkanélküliek „beillesztésének” hatékonyságát tovább rontotta, hogy a törvényben előírt háromhavonkénti személyes találkozás¹ sok esetben még a motiváció fenntartásához sem volt elegendő, nemhogy az érdemi munkára. Ilyen módon a rendszeres szociális segélyezettek munkaerő-piaci és társadalmi integrációját szolgáló új szociálpolitikai gyakorlat – a törvényben deklarált szándékok ellenére – magában hordozta a nyugat-európai típusú *workfare* politikák már jól ismert veszélyeit, nevezetesen azt, hogy a munka- és egyéb kényszerrel egybekötött aktivizálási programok óhatatlanul azok kizárását vagy kirekesztését eredményezhetik, akik nem tudnak megfelelni az előírt szabályoknak vagy valamilyen okból nem teljesítik azokat. (Castel 1998, Handler 2003; McDonald.–Marston 2005)

A témaválasztásomban azonban nemcsak a rendszerben lévő önellentmondások – és különösen ezek ideológiai háttere² – játszottak fontos szerepet, hanem a személyes tapasztalataim is, hiszen nap, mint nap meg kellett küzdenem az eszköztelenségből és a magas kliens számból adódó tehetetlenséggel és az együttműködésre kényszerített munkanélküliek frusztrációval is.

A témaválasztás és a disszertáció befejezése közötti (2006-2013) időszakban olyan jelentős változások történtek az aktív korú nem foglalkoztatottak segélyezésében, ami természetesen nem hagyta, nem hagyhatta érintetlenül a dolgozat eredeti koncepcióját sem. 2007 és 2008 között „*felborult a jóléti konszenzus*” (Zolnay 2013), melynek egyik leghangsúlyosabb eleme éppen a segélyezés és a segélyezettek elleni nyílt politikai támadás volt. A 2008-ban elfogadott és 2009-ben bevezetett „Út a munkába” programot jórészt a kistelepülésen élők elégedetlensége, a segélyezettekkel szembeni ellenérzések indították el, immáron

országos szintre emelve a korábban „csak” helyi szinten³ felbukkanó szegény- és segélyellenes önkormányzati politikákat.

A „beillesztő” politikák kirekesztő mechanizmusai ily módon tágabb kontextusba helyeződtek és a hangsúly a tartós munkanélküliek jogosultságaira, legfőképp a jogok és a kötelességek közötti egyensúlyi állapotok átrendeződésére került. Ahogyan a téma, úgy a segélyezettek jogosultságainak változásait értelmező elméleti keret is változott az évek során. Kiinduló hipotézisem, miszerint a beillesztés kedvezőtlen feltételeinek és a hátrányos részvételnek esetenként ugyanolyan negatív következményei lehetnek, mint a tudatos kirekesztésnek (Sen 2003), lényegében nem változott, de a dolgozatom alapkoncepciójával kapcsolatosan egyre több kétségem támadt. Semmiképpen nem volt céлом egyfajta „rossz gyakorlatok” gyűjteményét létrehozni. Egy idő után azért döntöttem a teljes tartalmú társadalmi tagság pozitív és vállaltan normatív – kritikusabb megfogalmazásban elfogult és szubjektív – használata mellett, mert azt reméltem, hogy illetéknéppen sikerül elkerülnöm az „azt látom, amit látni szeretnék” csapdáját, és a tartós munkanélküliek ellátásainak feltételelessé válásában, a jogosultságok szűkítésében, a reciprocitás elvének egyre határozottabb érvényesítésében nemcsak az intézményes kirekesztési mechanizmusok újabb és újabb megnyilvánulásait veszem észre.

A dolgozat fókuszában tehát az aktív korú nem foglalkoztatottakra irányuló beillesztő politikák elemzése, a passzív ellátások változásának a nyomon követése áll. A jogokat és a kötelezettségeket középpontba állító megközelítésből adódóan nem – vagy csak érintőlegesen – kerülnek szóba az ún. aktív foglalkoztatáspolitikai eszközök. Ebből azonban nem következik az, hogy a segélyezést fontosabbnak vagy előbbre valóknak tartanám az aktív eszközökhöz és szociálpolitikához képest.

A dolgozat mindössze arra szeretné felhívni a figyelmet, hogy milyen veszélyekkel járhat a feltétel nélküli léthez való jog feltételelessé válása, különösen a társadalom legkiszolgáltatottabb, legrosszabb érdekérvényesítő pozíciókkal rendelkező csoportjai esetében. A dolgozat legáltalánosabb célkitűzése a teljes körű társadalmi tagság kérdésének vizsgálata a jóléti konszenzus válságának korszakában.

A dolgozat felépítése és az alkalmazott módszerek

A dolgozat egy bevezető, hat fő és egy összefoglaló fejezetből áll. Az egyes fejezetek rövid áttekintése során kitérek a fejezetek egymáshoz való viszonyára, valamint az alkalmazott kutatási módszerekre is:

Bevezetés: A témaválasztás személyes motivációit, a téma legfontosabb nemzetközi és hazai vonatkozásait, valamint a dolgozat célját és felépítését tartalmazza.

Kísérlet a teljes körű társadalmi tagság meghatározására: A dolgozat központi fogalmát meghatározó fejezet először az állampolgáriság jól ismert, elsősorban Marshall nevéhez köthető koncepcióját (Marshall 1991) alapul véve mutatja be teljes körű társadalmi tagság egymásra épülő jogi alappilléreit. Ezt követően a szociális biztonság jogi és szükségletalapú értelmezése következik. Az elméleti kereteket kialakító fejezet másik jelentős pillére az állampolgári jogok sérelmeként vagy megtagadásaként értelmezett társadalmi kirekesztés fogalmának és jelentéstartományainak feltárása. A fejezet végén a jelenség kevésbé ismert szociálpszichológiai és kulturális – tanult tehetetlenség, anómia, rendszerigazoló mechanizmusok, kulturális állampolgárság - vonatkozásairól esik szó.

A szociális állampolgárságtól az individuális állampolgársáig: A fejezet a „segélyért munkát” elv magyarországi megjelenésének alakváltozásait igyekszik nemzetközi kontextusba helyezni, elsősorban arra a kérdésre keresve a választ, hogy a teljes körű társadalmi tagságot – különösen a szociális állampolgárságot – miképpen változtatta meg az aktivizálási paradigma térhódítása, illetve milyen gazdasági, politikai és ideológiai előzményei voltak az individuális állampolgárság általános normává válásának. A szakirodalmi elemzésen alapuló fejezet a minden állampolgárt egyforma mértékben és feltétel nélkül megillető állampolgársági alapjövedelem bevezetésével kapcsolatos nemzetközi vita áttekintésével, az ellene, illetve mellette felhozott érvek elemzésével zárul.

Tények és értelmezések a magyarországi munkanélküliségről: A negyedik fejezet mind módszertanában, mind témaválasztásában mintegy hidat képez az elméleti és az empirikus fejezetek között. A fejezet célja, hogy vázlatosan áttekintse a magyarországi munkaerő-piaci folyamatok rendszerváltás

óta eltelt legfőbb tendenciáit és elemezze a munkanélküliség szerkezetében bekövetkezett változásokat. A magyarországi munkanélküliség, különösen a gazdasági és társadalmi szerkezetváltás hatásainak feltárásához a KSH munkaerő-felvételének adatbázisát használtam, míg a különböző típusú ellátásokban részesülők létszámának és jellemzőinek bemutatásához a Foglalkoztatási Hivatal regisztrált álláskeresőkre vonatkozó statisztikáit dolgoztam fel.

Jogok és köteleességek az aktív korú munkanélküliek ellátásainak szabályozásában: A fejezet a munkanélküliek jogosultságainak elmúlt húsz évben bekövetkezett változásait a szociális állampolgárság normatív szűrőjén keresztül vizsgálja, így az elemzés legfőbb célja annak feltárása, hogy a jogszabályi változások miként tükrözik vissza a munkaerőpiacról kiszoruló rétegek jogaival és köteleességeivel, valamint az egyéni és a társadalmi felelősséggel kapcsolatos elgondolásokat. Az elemzés alapjául részint a biztosítási jogviszonyhoz kötött ellátásokat szabályozó Foglalkoztatási Törvény, részint az aktív korú nem foglalkoztatottak segélyezését szabályozó Szociális Törvény szolgál.

A munkanélküliség jelentésváltozásai a munkanélküliek ellátását célzó törvényjavaslatok parlamenti vitáiban: A hatodik fejezet célja az aktív korú nem foglalkoztatottak segélyezési és foglalkoztatási gyakorlatát szabályozó törvényjavaslatok parlamenti vitáinak áttekintése. Az elmúlt két évtizedben beterjesztett és elfogadott számos törvényjavaslat közül csak azok kerültek be az elemzésbe,⁴ amelyek alapvető változást hoztak a munkanélküliek pénzbeli ellátásaiban, az ellátásokhoz való hozzájutás feltételeiben. Az elemzés legfőbb célja a törvényjavaslatok normatív keretének (problémadefiníció, vezető értékek és ideológiák, az emberi természetéről alkotott elképzelések, retorikai elemek) beazonosítása, mely alapul szolgálhat a szociálpolitikai jogalkotás alapkoncepciójának és társadalmi közegének értékeléséhez, valamint a munkanélküliség értelmezésében és kezelésében bekövetkezett változások bemutatásához.

Egy hátrányos helyzetű kistérség segélyezési és közfoglalkoztatási gyakorlata: A fejezet egy hátrányos helyzetű kistérség segélyezési és közfoglalkoztatási politikáinak jellemzőit kívánja feltárni. A „lokális mélyfúrás” során elsősorban arra voltam kíváncsi, hogy a 2010-ben és 2011-ben bekövetkezett jogszabályváltozások – különösen a segély csökkentése, a 30 napos munkakényszer bevezetése, valamint a lakóköznyezet tisztántartását előíró kritériumok – milyen változásokat jelentettek az eddigi gyakorlatokhoz képest, illetve arra is, hogy erről miként vélekednek a megkérdezett szakemberek. A terepmunkát a mórakalmi kistérség öt településén,⁵ 2012 áprilisa és júniusa között végeztem. A szakértői interjúk alanyai alapvetően három körből kerültek ki. Minden településen megkérdeztem a település vezetőit (polgármester, alpolgármester, jegyző), a szociális igazgatásban dolgozó szakembereket, valamint a szociális alapszolgáltatási feladatokat ellátó munkatársakat.⁶ A települések gazdasági és társadalmi helyzetképének megrajzolásához elsősorban statisztikai adatokat⁷ elemeztem. Emellett nagy hasznát vettem a Homokhátság tanyavilágával foglalkozó kutatásoknak és a településekről készült monográfiáknak is.

Összegzés: Az utolsó fejezetben igyekeztem feloldani a disszertáció címében rejlő ellentmondást, nevezetesen azt a dilemmát, hogy a segélyek feltételekhez kötése, az aktivizálásra épülő be- vagy visszaillesztő törekvések milyen körülmények között járulhatnak hozzá a segélyezettek teljes körű társadalmi tagságához. Mindeközben a saját, jogosultságalapú megközelítem veszélyeit is görcső alá vettem, mert ahogyan az aktivizálásnak, úgy a passzív lét támogatásának is lehetnek kirekesztő mechanizmusai.

A dolgozat konceptuális kerete

A dolgozat központi fogalmának, a teljes jogú társadalmi tagság definíciójának meghatározásakor abból az alapfeltevésekből indultam ki, hogy a szociális jogok kötelezettségekkel való összekapcsolása sérti az emberi méltóságot, de az igazságosság, a saját élet feletti rendelkezés jogát is. Megközelítem annyiban jelent újdonságot – és egyben ez teszi vitathatóvá is -, hogy az állampolgáriság Marshall-féle koncepcióját⁸ (polgári, politikai és szociális jogok) kibővítettem kulturális, szimbolikus és pszichológiai vonatkozásokkal is. Az olvasóban ugyanakkor még így is maradhat hiányérzet,⁹ hiszen ebben a fejezetben a teljes körű társadalmi tagságot nem csupán a vonatkozó szakirodalomra támaszkodva próbáltam meghatározni, hanem a saját – pontosabban a dolgozat – értékpreferenciáit szem előtt tartva. Ebből adódóan nem törekedtem a fogalom összes létező aspektusának feltárására, így például nem esik szó sem a politikai

participációról, sem a digitális állampolgárságról. Tisztában vagyok vállalkozásom nehézségeivel, hiszen a teljes jogú társadalmi tagság önmagában is egy igen nehéz és bonyolult, saját hagyományaival és konvencióival értelmezhető fogalom.¹⁰ Ahogyan a fejezet címéből is kitűnik, ez csupán egy kísérlet a teljes körű társadalmi tagság meghatározására, amelynek önmagán túlmutató jelentőségét nem a bonyolult filozófiai és jogbölcseleti tartalmak feltárása, hanem a dolgozat vonatkoztatási keretének megalkotása adja.

A fogalom meghatározása során abból az alapfeltevésből indultam ki, hogy a jogokat nem lehet a kötelezettségektől függővé tenni, így vannak olyan alapjogok, amelyek az állam minden polgárát – érdemtől és teljesítménytől függetlenül – megilletik. Ennek a megközelítésnek számomra legfontosabb tanulsága, hogy az egyes jogokat nem lehet egymástól elválasztani, ezek körkörösen egymásra épülnek, így amennyiben az állampolgárság egyik eleme sérül, úgy az állampolgárság egésze sérül. A kirekesztés ilyen módon nem más, mint az egyes állampolgári jogok megtagadása vagy hiánya.

Az emberi alapjogok és jogosultságok azonban nem szűkíthetők le az állampolgárokra. Ha a teljes tartalmú társadalmi tagság ideális ismérvein gondolkodunk, akkor célravezetőbb ezeket az emberi jogok egyetemlegességének elve alapján az emberi mivolt lényegéből levezetni. Ha így teszünk, akkor a teljes körű társadalmi tagság alapjának nem az állampolgársági létből származó jogosultságokat, hanem az emberi méltóságot kell(ene) tekintenünk.

Chan az emberi méltóság különböző definícióinak áttekintése során arra a megállapításra jut, hogy az emberi méltóság középpontjában a tiszteletteljes élet áll, amelyben az önbecsülés és a társadalmi tisztelet kiemelkedő jelentőséggel bír. Az önbecsülés olyan emberi értékekhez kapcsolódik, mint a saját élet feletti rendelkezés joga és képessége, a társadalmi tisztelet pedig a szociális kapcsolatok ápolását és gondozásával és ápolásával hozható kapcsolatba. Chan szerint az emberi méltóság alapja minden emberi lény egyenlő értéke – ennek alapján követelheti minden ember (nemre, rasszra, felekezetre, stb. való tekintet nélkül) az egyenlő jogokat és egyenlő bánásmódot. Chan az emberi méltóság negyedik alapelemeként az autonómiát említi, amely viszont elképzelhetetlen szociális, gazdasági és politikai források, valamint lehetőségek nélkül. (Chan 2004)

Itt kell megemlítenünk a szegénységet lehetőséghiányként¹¹ értelmező megközelítéseket is, melyek szerint a relatív szociális biztonság a teljes körű társadalmi részvételhez szükséges szabadságot is biztosítja az egyén számára. Ebből persze még nem következik az, hogy a gazdasági tőke megléte önmagában bárki-nek is garantálni tudná a teljes jogú tagságot. Amennyiben a munkát politikai jogként értelmezzük, úgy az állampolgársági alapjövedelem bevezetése sem tudná biztosítani a munkanélküliek önbecsülésének és társadalmi hasznosságának érzését, sőt azt intézményesítené, hogy az illető munkájára nincs a társadalomnak szüksége. (Gorz 1999, Phelps 2000)

A teljes jogú társadalmi tagsághoz tehát – a polgári, politikai és szociális jogokon túl - az is szükséges, hogy a társadalom tagjai érdekelték legyenek a társadalomban, amelyben élnek. (Dahrendorf 1994) A sérülékeny csoportok tagjai, így a tartós munkanélküliek is, gyakran érzik saját magukat feleslegesnek és tehetetlennek. A tartós kirekesztettség negatív pszichés következményei – akár egyéni, akár csoport szinten¹² – pedig megnehezítik a társadalomban való teljes körű részvételt. A többségi társadalom normáival ütköző magatartásformákat és viselkedésmódokat az antropológiai és a szociológiai szakirodalomban gyakran a „szegénység kultúrájaként” értelmezik. A tartósan munkanélküli szegények „devianciaorientált” megközelítése, csakúgy, mint az „osztályalatti” diskurzus használata egyébiránt – és nem véletlenül – meglehetősen vitatott a társadalomtudományok művelői között. (Townsend 1991, Stewart 2001) Az elméletekkel kapcsolatos ambivalenciák egyik oka, hogy egyszerre szolgáltathatnak igazolást a kívülállás és érdektelenség, valamint a rendszerigazolás mechanizmusa és a tanult tehetetlenség mentén történő beletörődés mellett. A dolgozat normatív keretétől mi sem áll távolabb, mint az „áldozatok” hibáztatása, az érintettek megbélyegzése. A társadalomban való érdektelenség okainak és következményeinek számbavételét azért tartottam fontosnak megemlíteni, mert a tartós munkanélküliek visszailleszkedését vagy aktivizálását célzó programok és szociális szolgáltatások csak akkor lehetnek sikeresek, ha ezekről a szociálpszichológiai tényezőkről sem feledkeznek meg.

A teljes jogú társadalmi tagsághoz hozzátartozik, illetve hozzátartozhat a sajátos, meghatározott csoportjogok elismerésén, a tisztelet megadásán alapuló, kulturális értelemben vett állampolgárság fogalom is. Felmerülhet a kérdés, hogy a tartósan munkanélküli segélyezettek esetében miféle csoportidentitás-jegyek-

ről, csoportjogokról lehet beszélni? Hogyan lehetséges egy olyan csoportra is kiterjeszteni a kulturális állampolgárság fogalmát, akik nem rendelkeznek közös identitással? A kérdés úgyszólván feltehető, hogy „(...) a régóta munkanélküliek és a tartósan szegények miért nem egyesítik erőiket és menetelnek fővárosukba, hogy teljes részüket követeljék a polgárságból?” (Dahrendorf 1994, 252.) Az ellentmondás azonban csak látszólagos, hiszen a kulturális és szimbolikus igazságtalanságok elleni küzdelmek magukban foglalják az alapjogok kérdését, a gazdasági javak igazságos elosztását és a társadalmi javakhoz való hozzáférést is. (Hobson 2003)

Hammer Ferenc a tömegmédiában megjelenő szegénységkép vizsgálata során amellettt érvel, hogy a kulturális állampolgárság értelme nem szűkíthető le a hagyományos identitáspolitikai kérdésfeltevésekre, a fogalmat ki kellene egészíteni reprezentációs¹³ elemekkel is. (Hammer 2006)

Nancy Fraser szerint az elismerést a társadalmi státusszal összefüggő kérdésként kellene kezelni. Ebben az értelemben az elismerés megtagadása azt jelenti, hogy valaki akadályoztatva van a teljes jogú társadalmi tagságában. (Fraser 2003) Az elmélet másik neves teoretikusa, Axel Honneth, pedig egyenesen azt állítja, hogy az elismerés hiánya akár társadalmi patológiák¹⁴ előidézője is lehet. (Némedi 1998)

A kulturális állampolgárság fogalmának használhatósága mellett szóló további érv, hogy a szociológia is egyre inkább kulturális, illetve miliójegek¹⁵ alapján nevezi meg a különféle deprivált csoportokat. (Hammer 2006) Ferge Zsuzsa egy másik aspektusból arra hívja fel a figyelmet, hogy a kirekesztő intézkedéseket folyamatosan a megfelelő retorika készíti elő és legitimálja. (Ferge 2000) A jelenkori közbeszéd¹⁶ a hátrányos szociális helyzetet, a tartós munkanélküliséget, különösen a segélyből élést gyakran köti személyes-morális fogyatékoságokhoz. A hátrányos helyzetű csoportokat stigmatizáló közbeszéd így nemcsak alapot szolgáltat a jogosultságok megkurtításához, hanem utólag is igazolja a szigorításokat.¹⁷ Végül, de egyáltalán nem utolsósorban, arról sem szabad elfeledkeznünk, hogy az emberi méltóság alapjának tekintett, „minden ember egyenlő értékű” alapelv megvalósulásának egyik akadálya a rétegzett, kapitalista társadalmakban éppen az alapvető tisztelet hiánya a szegényekkel szemben. (Chan 2004)

Az elvben munkaképesek szociális jogairól és kötelezettségeiről szóló közbeszéd elemzése éppen ezért a társadalmi klíma megváltozásának érzékeny barométereként is értelmezhető, hiszen az utóbbi években széles körű konszenzus övezi azt a közvélekedést, miszerint a „pazarló” jóléti rendszer átalakítását, hovatovább az ország gazdasági teljesítőképességének javítását, a munkaképes korúak megregulálásával, a segélyből élők munkára szorításával kell elkezdni. A parlamenti jegyzőkönyvek kvalitatív elemzéséhez egy olyan értelmezési keretet választottam, amely a politikai diskurzust sajátos valóságkonstrukcióként¹⁸ (Szabó 1994, 1996), a szakmapolitikai anyagokat pedig normatív paradigmák közvetítőiként értelmezi. Selma Sevenhuijsen a holland egészségpolitikával foglalkozó cikkében a normatív paradigmákat a következőképpen definiálja: az ismeretek olyan halmaza, csoportja, amelyek rendszerbe foglalják a társadalmi problémák leírását abból a célból, hogy előkészítsék azokat a társadalmi szabályozás, illetve a törvényalkotás számára. Éppen ezért javasolja azt, hogy a különböző szakpolitikákra tekintsünk úgy, mint a kormányzás egyfajta formáira. (Sevenhuijsen 2002)

A kutatási eredmények rövid összefoglalása

A biztosítási jogviszonyhoz kötött pénzbeli ellátások formáiban és feltételeiben bekövetkezett változások áttekintése után megállapítható, hogy a jogosultsági kritériumok fokozatos szűkítésének és az indexálás elmaradásának következményeként a munkanélküli járadék a kilencvenes évek végére sokat veszített értékéből és jelentőségéből is. Míg 1992-ben a járadék a munkanélküliek kieső bérének átlagosan majdnem háromnegyedét pótolta, 1996-tól már alig felét. (Nagy 2000) A munkanélküli járadék maximális folyósítási idejének jelentős (2000), majd radikális (2011) csökkentése egyfelől a biztosítási elv fokozatos háttérbe szorulásaként, másfelől az egyoldalúan értelmezett „aktivizálás” paradigmájának tényeréseként is értelmezhető. A köteleességek teljesítése azonban aligha képzelhető el az ehhez szükséges feltételek biztosítása nélkül.

Az aktív korú nem foglalkoztatottak segélyezési rendszerében még látványosabb módon jelenik meg az ellátásokhoz való hozzájutás feltételeinek megnehezítése, a rászorultság elvének egyre fokozottabb és önkényesebb érvényesítése. A szemléletváltás egyes stációi az ellátások megnevezésének változásaiban,¹⁹

azok implicit értéktartalmaiban is tetten érhetők. Az elsőként bevezetett *jövedelempótló támogatás* még egyértelműen az ellentételezés nélküli jogosultságot sugallja, míg a *rendszeres szociális segélyről* már inkább a rászorultságra, a segítségre szoruló és az „adományozó” közötti aszimmetrikus viszonyra asszociálhatunk.

A 2009-ben bevezetett *rendelkezésre állási támogatás* azt „üzeni”, hogy a munkaképesnek ítélt segélyezettek esetében megszűntek a létfenntartáshoz szükséges garanciák és a leghátrányosabb helyzetű munkanélküliek ellátását is feltételekhez kötik. A segélyért meg kell dolgozni, a felajánlott munkát el kell fogadni, ehhez pedig folyamatos készenlét szükséges.²⁰ A mindössze pár hónapot megélt *bérpótló támogatás*, valamint az ezt felváltó *foglalkoztatást helyettesítő támogatás* nem annyira a segély feltételekhez kötöttségére, mint inkább arra utal, hogy a „társadalom” többé már nem tartja elfogadhatónak a passzív életformát. Az aktív korú munkanélkülinek most már nemcsak rendelkezésre kell állnia, hanem megfelelő magatartást is kell tanúsítania, megfelelő a közösségi normakontroll elvárásainak is. Ennek fontosságát mi sem bizonyítja jobban, mint az, hogy az „Út a munkába programot” is a kistélepülésen élők elégedetlensége indította el.

A jogszabályi változások tehát hűen visszatükrözik az adott kor társadalmi viszonyait, jelen esetben a munkanélküliekkel kapcsolatos negatív közvélekedéseket. Az elmúlt két évtizedben beterjesztett és elfogadott törvényjavaslatok vitáinak legfontosabb tanulsága, hogy a munkanélküliség társadalmi tényként való elismerésétől, „európai színvonalú” szabályozásától jutottunk el a munkanélküliség tagadásához, a biztosítási és szolidaritási elvet egyre inkább figyelmen kívül hagyó, a munkanélküliek egyéni felelősségét hangsúlyozó törvények megalkotásához. A munkanélküliség és a vele együtt járó szegénység szinte teljes mértékben az egyén felelősségévé válik, a „társadalom” csak a munkára képtelenek pénzbeli ellátását biztosítja alanyi jogon. A „megkettőzött állampolgáriság”²¹ törvénybe foglalása már az „Út a munkához” program esetében megtörtént, ám a 2011-ben elfogadott törvénymódosítások új elemként magatartási és életviteli szabályokat is előírhatnak a segélyezettek számára.

A korábban minden aktív korú nem foglalkoztatott számára kötelezően előírt beilleszkedési programban való részvétel a „munkaképesnek ítélt” segélyezettek számára már nem vonatkozik, ami ez esetben nem elsősorban a kényszerek eltörlését jelenti, hanem inkább azt jelzi, hogy a tartósan munka nélkül lévő segélyezettek szociális és foglalkoztatási rehabilitációja szinte teljesen lekerült a napirendről, az érintetteknek egyedül, mindenfajta formális támasz és szolgáltatások nélkül kell megbirkózniuk problémáikkal. A tartós munkanélküliek közfoglalkoztatása nyíltan fegyelmező eszközzé vált, melynek legfőbb célja a „*munkától elszokott, vagy dolgozni nem akaró*” társadalmi rétegek reszocializációja, még inkább a segélyezésről való leszoktatása.

Mindeközben jelentősen szűkítették a biztosítási elven működő munkanélküli járandóságok körét is, ám míg az „*évtizedeken keresztül tisztességgel dolgozó*” munkanélküliek alapvető szociális és emberi jogait a parlamenti többség fontos és védelmezendő értéknek tartja, addig az „*évtizedeken keresztül munkát kerülőknek*” még az emberi méltósághoz és a minimális megélhetéshez való jogát sem ismerik el. A tartósan munkanélküliek helyzetét tovább nehezíti, hogy mind az álláskeresést segítő munkaerő-piaci szolgáltatásokra, mind az aktív beavatkozásokra az uniós átlagnál jóval kevesebbet költünk, miközben a foglalkoztatási mutatók tekintetében a legrosszabb helyzetű tagállamok közé tartozunk.²²

Az aktuális jogszabályok meghatározta kereteken túl, a helyi szociálpolitikai gyakorlatokat a lokális társadalom által létrehozott normák és szokások, valamint a települések társadalmi és gazdasági helyzetében megmutatkozó különbségek is befolyásolják. Az általam vizsgált kistérség segélyezési politikáját a szezonális és alkalmi munkák viszonylagos bősége és az a makacs közvélekedés határozza meg, amely szerint „*aki szorgos, dolgoz és akar, az azért el tud menni, és tud itt-ott-amott kapálgatni, dolgoztatni.*” Ebből adódóan, különösen a relatíve jobb helyzetű településeken, az aktív korú munkanélkülieket szinte automatikusan az érdemtelen szegények kategóriájába sorolják be. A szegények társadalmán belüli törésvonalak azonban nem annyira a fizetett munkavégzésben való részvétel mentén írhatók le, hanem inkább aszerint, hogy a helyiek szemében ki számít megbízható munkaerőnek. A városokból kimenekülő szegények többnyire nem, így ők még a közösségi szolidaritás biztosította erőforrásokból és az alkalmi munkalehetőségekből is kimaradnak.

Ezek a törésvonalak a térség települései között is megfigyelhetők, így a gazdasági és társadalmi szempontból kedvezőbb helyzetű településeken igyekeznek minden létező pályázati lehetőséget kihasználni a munkanélküliek foglalkoztatására. Ugyanakkor itt a legerősebbek a segélyellenes attitűdök és az a

meggyőződés is, amely a település fejlesztését, az ehhez szükséges önerő biztosítását fontosabbnak tartja a szociális kiadásoknál. Innen nézve, a lemaradók táborához tartozó települések maguk is felelősek a helyzetükért, hiszen túl sok pénzt költenek segélyezésre. Ezek a különbségek a települések közfoglalkoztatási gyakorlatában is megmutatkoznak. A közmunkások bérének önkormányzati forrásból való kiegészítése, az útiköltség átvállalása vagy a rugalmas munkaidő biztosítása éppen azokra a „szociálisan érzékeny” településekre jellemző, ahol sok a segélyezett és még a térségi átlagnál is kevesebb a munkalehetőség. A szegénységben élők megkülönböztetésére alkotott kategóriák tehát alapvetően befolyásolják a különböző csoportokba kerülő egyének/családok szociális erőforrásait és integrációs lehetőségeit.

Az új, erősen centralizált közfoglalkoztatási rendszer egyébiránt nem sok teret hagy az önkormányzatok kezdeményezőkézségének és kreativitásának, így a vizsgált települések stratégiáit elsősorban a törvényben előírt követelményeknek való megfelelés, valamint az intézmények zavartalan működésének a biztosítása határozza meg. Ezt a sikeres önkormányzatok egyértelműen visszalépésként, az eddig elért eredményeik és erőfeszítéseik megkérdőjeleződéseként élik meg. A nehezebb helyzetben lévő önkormányzatok hátrányai pedig még tovább fokozódnak, lévén ezeken a településeken nemcsak a munkalehetőség kevesebb, hanem még a 30 nap teljesítéséhez szükséges feltételek biztosítása is gondot okoz.

Végezetül azt is fontos megjegyezni, hogy a segélyek munkához kötésével, a *workfare* irányába történő elmozdulással minden településen egyetértettek, de az aktív korúak segélyének csökkentésével, valamint a közfoglalkoztatási jogviszony hátrányos megkülönböztetésével már nem. Ebből következően mindenhol megfigyelhető az a tendencia, hogy az önkormányzatok valamilyen módon kompenzálni próbálják az aktív korúak segélyezésének szigorodó szabályozását. Ennek egyik jele az az elnéző-megengedő attitűd és gyakorlat, amely csak a legvégső esetben használja ki a rendszerben meglévő szankcionáló elemeket. A településeknek nyilván nem érdekük az ellátatlanok számának szaporítása, de emellett érzékelhetően megnőtt a segélyezettekkel szembeni szolidaritás, az érintettek emberi méltóságára való hivatkozás is.

Következtetések

Saját kutatásaim és személyes tapasztalataim is megerősítették a munkakényszerrel egybekötött *inklúziós* politikák hatásosságára vonatkozó nemzetközi kutatási eredményeket. Ezekből a vizsgálatokból az derült ki, hogy általában a fiatalabbak, iskolázottabbak, valamint a kevesebb szociális problémával rendelkezők profitálhatnak többet a rendszerből, míg a célzottan előírt, kötelező elemeket tartalmazó programok a legsérülékenyebb csoportokhoz tartozók helyzetét még akár tovább is ronthatják. (Handler 2003, McCrate-Smith 1998, Lødemel-Trickey 2000, McDonald.–Marston 2005) A beillesztési politikák – Robert Castel több mint másfél évtizedes franciaországi gyakorlati tapasztalatokon alapuló értékelése szerint – az érintettek jelentős részénél kudarcot vallottak azon elsődleges célkitűzésüket illetően, hogy elvezessék klienseiket az integrálódásig. *„Többségük számára a „beilleszkedés” ma már nem életszakasz, hanem állapot. (...) Átmeneti s egyben tartós állapot: az „állandóan helyettesítő” státusába szorult, a permanensen beilleszkedő ember állapota.”* (Castel 1998, 392-393.)

Arról nem is szólva, hogy ezek a „beilleszkedést elősegítő” programok többnyire a segítségre szoruló, kiszolgáltatott emberek magatartásának megváltoztatására irányulnak, azt sugallva, mintha lényegében a személyiségjegyeik lennének felelősek azért a helyzetért, amelybe kerültek. (Castel 1998)

Az aktív korú nem foglalkoztatottak ellátásainak hazai szabályozása - és lassan két évtizedes gyakorlata – azonban nem annyira az aktivizálás paradigmájának kétarcúságát, hanem sokkal inkább az egyoldalúan értelmezett aktivizálás térnyerését példázza, hiszen a 2006-ban kötelezővé tett „beilleszkedési” programokat már 2009-től felváltotta a segélyezett munkára kényszerítésének elve. A köteleességek teljesítése azonban aligha képzelhető el az ehhez szükséges feltételek biztosítása nélkül. A jogosultsági kritériumok fokozatos szűkítése, az ellátásokhoz való hozzájutás feltételeinek megnehezítése önmagában még senkit sem vezetett vissza a társadalmilag elismert munkák „világába”. Mindezek hiányában a szociális ellátások rendszerének munkára ösztönző átalakítása nem jelenthet többet vagy mást, mint a segélyezett munkára kényszerítést, a feltétel nélküli léthez való jog felfüggesztését, mégpedig éppen a társadalom legsérülékenyebb, legrosszabb helyzetű csoportjai esetében.

Esély vagy kényszer?

Ugyanakkor azt is fontos hangsúlyozni, hogy nemcsak az aktivizálás, hanem a jogosultságokra épülő szociálpolitika is lehet „kétarcú”, és – még ha más módon is – ugyancsak hozzájárulhat a tartós munkanélküliek másodrendű állampolgárrá válásához. Vobruba szerint aktivizálás pozitív és negatív értelmezéséhez egyaránt kapcsolódik a politikai jelszóvá is lett rugalmasság fogalma, amelyet vagy a modernizáció szinonimájaként vagy éppen a gazdasági kényszereknek való engedelmesség leírására használnak. Vobruba a nagyobb horderejű társadalmi változásokhoz, így a globalizáció folyamataihoz köti a rugalmasság kétféle értelmezését, amelyhez egyszersmind kétféle szociális modell is tartozik. Ezek szerint az adaptív vagy kikényszerítő rugalmasság²³ az amerikai jóléti modell sajátja, míg az innovatív vagy esélyteremtő rugalmasságot az európai modellel társítja.²⁴ Az amerikai modell egyik jellemzője ezek szerint éppen az, hogy a pénzügyi transzferek egyre inkább átadják helyüket az aktív munkaerő-piaci eszközöknek, gyakran kiegészülve a felajánlott munkavégzésre irányuló kényszerrel.

Vobruba ebben a kontextusban tartja fontosnak a kirekesztésről szóló európai diskurzust is, arra hivatkozva, hogy a társadalmi kirekesztődés megszüntetését vagy megelőzését célzó intézkedések „*rendre ingadoznak az esélyteremtés és az integratív kényszer között.*” (Vobruba 2001, 11.) Ám – ahogy erre Vobruba figyelmeztet – a jogosultságokra épülő európai szociális modellhez tartozó innovatív vagy esélyteremtő rugalmasság kimenete is ugyanolyan kétséges, mint a kikényszerítő rugalmasságé. Az esélyteremtő rugalmasság legfőbb dilemmáját és veszélyforrását a következőképpen foglalja össze: „*Nem tudni ugyanis, hogy hol van a meghúzható határ között, hogy esélyt adunk a rugalmas munkaerőpiaci és társadalmi alkalmazkodásnak, illetve, hogy esélyt adunk a passzív létnek (...)*” (Vobruba 2001, 11-12.) Ami – tehetjük hozzá – ugyanúgy hozzájárulhat a kirekesztődéshez, még akkor is, ha ez nem egy kvázi intencionáltan történő kirekesztés, hanem spontán folyamat. Az előzőeket úgy lehetne röviden összefoglalni, hogy a kényszerek alkalmazása nem egyeztethető össze az esélyteremtéssel, ugyanakkor, ha nem kínálunk reális alternatívákat, azzal legitimáljuk a tartós munkanélküliek társadalmon kívülségét.

Kényszer helyett esély

Az esélyteremtés viszont nem képzelhető el az emberhez méltó élethez – és ezen keresztül a teljes tartalmú társadalmi tagsághoz – szükséges jövedelem feltétel nélküli biztosítása nélkül. Itt nem elsősorban a feltétel nélküli vagy állampolgári alapjövedelemre gondolok, hanem egy olyan minimum jövedelemre, amely – ahogy Dahrendorf fogalmaz – „*nincs alávetve a politikai divatok presszióinak.*” (Dahrendorf, 1994, 277) Ehhez pedig az szükséges, hogy a szelektivitás helyett az univerzalitás elvét érvényesítsék, mert a jövedelem- és a munkateszt érvényesítése óhatatlanul az érdemes és érdemtelen szegények megkülönböztetésével jár együtt. Castel szerint a kollektív érvényű, törvényileg intézményesített garanciák azért szükségesek, hogy a segítséget kérőt – a személyes tulajdonságaitól elvonatkoztatva – jogosultnak, ne pedig rászorulónak tekintsék. (Castel 2005) Ehhez először a szankciókat kellene eltörölni. Nemcsak azért, mert ezek nem tudják megváltoztatni a viselkedést, hanem azért is, mert nagyon könnyű visszaélni velük. Emellett azt is el kellene ismerni, hogy akármilyen jó egy aktivizálási program, mindig lesznek olyan személyek, akik nem képesek elhelyezkedni az elsődleges munkaerő-piacon.

A kényszerek és a szankciók eltörlése mellett szólnak azok a szociálpolitikát produktív ágazatként tételező megközelítések is, amelyek a szociális kiadásokat, ideértve a minimális megélhetést biztosító jogosultsági típusú ellátásokat is, az emberi képességekbe²⁵ való befektetésként fogják fel. Ilyen módon a megélhetés biztonságát garantáló jóléti transzferjövödelmek az aktivizáló vagy képessé tevő szociális szolgáltatások sikerességének az előfeltételeiként jelennek meg. „*Ugyanakkor a legbőkezűbb és leghatékonyabb minimumjövedelmi rendszerekkel rendelkező országokban világosan kiderült, hogy ezek alapvető szerepet játszanak abban, hogy az emberek nem válnak annyira csüggedtté és kirekesztetté, ami már képtelenné tenné őket az aktív befogadási intézkedésekben való részvételre és a hatékony munkakeresésre.*” (Frazer-Marlier 2010, 87.)

A munkaerőpiacról tartósan kiszorult társadalmi csoportok foglalkoztatási lehetőségeinek javításához emellett még olyan szimbolikus, ám az előzőeknél nem kevésbé fontos lépéseket is meg kellene tenni, mint az érintettek teljes jogú társadalmi tagságához, emberi méltóságához fűződő alapjogainak elismerése,

mert: „*a segélyezett, aki mások előtt elveszíti hitelét, végül az önmagába vetett hitet is feladja*” (Ferge 2000b:345). Ennek egyik legfontosabb eleme a közösségi szintű tisztelet megadása lehetne. Ha az emberi méltóság központi helyet foglalna el a szociálpolitikában, akkor az állam legfontosabb feladata ezzel kapcsolatosan az lenne, hogy gondoskodó és elfogadó szociális közeget teremtsen a deprivált csoportok számára. (Chan 2004)

Ám ez nemcsak – és nem elsősorban – állami feladat. Amennyiben a szociálpolitikát az állam és az állampolgárok közti változó viszonyként (Ferge 1991), vagy még inkább az állampolgári jogosultságok gyakorlati értelmezéséért folyó küzdelmek színtereként (Szalai 2007) értelmezzük, akkor a segélyezettek emberi jogaiért való kiállásnak, a velük való szolidaritásnak is lehetnek, lehetnének pozitív visszacsatolásai. Egyébiránt ez mindannyiunk közös érdeke, mert ha nem teszünk semmit, annak súlyos társadalmi kockázatai lehetnek. „*Egy társadalom, amely elfogadni látszik olyan csoport tartós létezését, amelyet semmilyen érdek nem fűz hozzá, saját magát sodorja veszélybe.*” (Dahrendorf, 1994, 259.)

A tézisyűjteményben szereplő hivatkozások

- AKERLOF, G.– SHILLER, R. (2011): *Animal Spirits avagy a lelki tényezők szerepe a gazdaságban és a globális kapitalizmusban*. Corvina Kiadó, Budapest
- ALBER, J. (2010): What the European welfare states have in common and where they differ: facts and fiction in comparisons of the European Social Model and the United States. *Journal of European Social Policy*, 20: 102-125.
- DAHRENDORF, R. (1994): *Modern társadalmi konfliktus*. Gondolat Kiadó, Budapest
- CASTEL, R. (1998): Az új szociális kérdés. Beillesztés/beilleszkedés – avagy Sziszüphosz mítosza. *Esély*, 2. 3-19.
- CASTEL, R. (2005): A társadalmi biztonság elvesztése. Mit jelent védelem nélkül élni? *Esély*, 5. 3-23.
- CHAN, C. K. (2004): Placing dignity at the Center of Welfare Policy. *International Social Work*. 47 (2), 227-239.
- CSOBA, J. (2010): *A tisztas munká. A teljes foglalkoztatás: a 21. század esélye vagy utópiája?* L' Harmattan Kiadó, Budapest
- DINGELDEY, I.(2007): Between workfare and enablement – The different paths to transformation of the welfare state: A comparative analysis of activating labour market policies. *European Journal of Political Research*, 46: 823-851.
- FERGE, ZS. (1991): *Szociálpolitika és társadalom*. Budapest: Az ELTE Szociológiai Intézet Szociálpolitikai Tanszéke és a T-Twins Kiadói és Tipográfiai Kft. kiadványa, 79-83.
- FERGE, ZS. (2000a): *Elszabaduló egyenlőtlenségek: Állam, kormányok, civilek*. Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület, Budapest
- FERGE ZS. (2000b): Tiszta és homályos társadalmi szerződések. In: Augusztinovic M. (szerk.): *Körkép reform után: Tanulmányok a nyugdíjrendszerről*. Budapest, Közgazdasági Szemle Alapítvány, 2000: 340-365
- FRASER, N. (2003): Rethinking recognition: overcoming displacement and reification in cultural politics. In Hobson, B. (ed): *Recognition Struggles and Social Movements. Contested Identities, Agency and Power*. Cambridge University Press, 21-32.
- FRAZER, H. – MARLIER, E. (2010): Minimumjövédelmi rendszerek az EU tagállamaiban. *Esély*, 5. 81-139.
- GORZ, A. (1999): Minimumjövédlem és állampolgáriság. *Szociológiai Figyelő*. November, 108-114.
- HAMMER, F. (2006): *Közbeszéd és társadalmi igazságosság. A Fókusz szegénységábrázolásának értelmezése*. Gondolat Kiadó, Budapest
- HANDLER, J. F. (2003): Social Citizenship and Workfare in the US and Western Europe: From Status to Contract. *Journal of European Social Policy*, 13: 229-243.

- HOBSON, B. (2003): Introduction. In Hobson, B. (ed): *Recognition Struggles and Social Movements. Contested Identities, Agency and Power*. Cambridge University Press, 1-17.
- JOST, J. T.(2003): A külső csoport előnyben részesítése és a rendszerigazolás elmélete: kísérleti paradigma a szocioökonómiai sikeresség sztereotípiatartalomra gyakorolt hatásának vizsgálatára. In Jost, J. T.: *Önalávetés a társadalomban: a rendszerigazolás pszichológiája*. Osiris Kiadó, Budapest, 109-136.
- KJORSTAD, M. (2007): A szakmai etika és a hivatalnoki racionalitás között: a szociális munkások kihívásokkal teli etikai helyzete a workfare irányelveinek végrehajtásánál. *Esély*, 4: 53-70.
- KRÉMER, B. (2014): *Lektorai vélemény Vida Anikó Méltóság és szociálpolitika c. dolgozatáról*. Kézirat.
- LEHOCZKYNÉ, KOLLONAY, CS. (2013): Előszó. In Zemlényi, A. (szerk.): *A Munka Méltósága projekt*. AJB projektfüzetek. 4. (9-15.) <http://www.ajbh.hu/documents>. Letöltve: 2013.07.31.
- LØDEMEL, I. & TRICKEY, H. (eds.) (2000). *'An offer you can't refuse': Workfare in international perspective*. Bristol: Policy Press
- MARSHALL, T.H. (1991) Az állampolgáriság fejlődése a 19. század végéig. In Ferge Zs.- Lévai Katalin (szerk.) *A jóléti állam*. T-Twins Kiadó, Budapest, 50-59.
- MCRATE-SMITH, J. (1998): When Work Doesn't Work: The Failure of Current Welfare Reform. *Gender and Society*, 12: 61-80.
- MCDONALD, C. – MARSTON, G. (2005) Workfare as Welfare: Governing Unemployment in the Advanced Liberal State, *Critical Social Policy*, (25): 374-401.
- NAGY, GY. (2000): Munkanélküli-segélyezés Magyarországon a kilencvenes években. *Közgazdasági Szemle*, XLVII. évf., 10. sz., 799-816.
- NÉMEDI, D. (1998): Elismerés és megvetés. *BUKSZ*, 10. évf. 4. (1998 tél), 390-397.
- PHELPS, E. S. (2000): Subsidize Wages. A response to „A Basic Income for All” by Philippe Van Parijs. <http://www.bostonreview.net/BR25.5/phelps.html>. Letöltve: 2013.03.26.
- SEN, A. (2003): Kirekesztés és beillesztés. *Esély*, 2. 3-14.
- SEN, A. (2003, 2004): Társadalmi kirekesztés, fogalom, alkalmazás és vizsgálat. *Esély*, 6. és 1. sz. 3-22. és 3-25.
- SEVENHUIJSEN, S. L. (2002): *Normative concepts in Dutch policies on work and care*. In *A Woman's Work is Never Done*. Bashevkin, S. (ed) New York/London: Routledge
- SMITH, E. R. – MACKIE, D. M. (2004): *Szociálpszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest
- STEWART, M. S. (2001): Depriváció, romák és „underclass”. *Beszélő*, VI. évf. 7-8. sz. 82-94.
- SZABÓ, M. (1994): A metaforikus politika. *Politikatudományi Szemle*, 3. 91-111.
- SZABÓ, M. (1996): Vázlat a politika diszkurzív értelmezéséről. *Politikatudományi Szemle*, 4. 101-132.
- SZALAI, J. (2007): *Nincs két ország...? Társadalmi küzdelmek az állami (túl)elosztásért a rendszerváltás utáni Magyarországon*. Osiris Kiadó, Budapest.
- SZALAI, J. (2009): A romák integrációja. *Fundamentum*, II. 39-42.
- TOWNSEND, P. (1991): Szegénység elméletek. In Ferge, Zs. – Lévai, K. (szerk.) *A jóléti állam*. ELTE Szociológiai Intézet és T-Twins
- VOBRUBA, G. (2001): Szembenézés drasztikus társadalmi változásokkal – amerikai és európai összehasonlításban. *Esély*, 3-16
- ZOLNAY, J. (2013): Tartós munkapiaci kirekesztés, szegénység és társadalompolitikai válaszok – A kutatás kontextusa. In Nagy, K. (szerk.) *A szociális segély csökkentésének hatásai a vidéki Magyarországon, 2012*. Pro Cserehát Egyesület, Budapest, 10-22.

A PhD dolgozat témakörében készített publikációk jegyzéke

Care in Hungarian Human Resources Policy. (2004): In: Svab, A. – Sevenhuijsen, S. (eds) *The heart of the matter. The contribution of the ethic of care to social policy in some new EU member states*. Peace Institute, Ljubljana, 69-82. pp.

A gondozási etika szociálpolitikai jelentősége. Egy módszer a normatív dokumentumelemzéshez a gondozási etika perspektívájából. (2007) In Némedi, D. – Szabari, V. (szerk.) *kötő-jelek 2006*. Az Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Kar Szociológia Doktori Iskolájának Évkönyve, Budapest 185-201.

A jogok és kötelességek egyensúlyának változása az aktív korú nem foglalkoztatottak segélyezésének szabályozásában. (2009) In: Némedi, D., Szabari, V. (szerk.) *kötő-jelek 2008*. Az Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Kar Szociológia Doktori Iskolájának Évkönyve, Budapest, 11-29.

Közmunka és napszám. Foglalkoztatás és szociális helyzet Dél-Békésben. *Esély*, 2010/1. 101-118. (társszerző: Virág Tünde)

„A homok azt adja vissza, amit beletesz az ember.” Munka, megélhetés és (köz) foglalkoztatás az egykori tanyaközségekben. (2013) *A Falu*, XXVIII. évf. 4. sz. 54-68. Egy hátrányos helyzetű kistérség segélyezési és közfoglalkoztatási gyakorlata. (2013) *Belvedere Meridionale*. XXV. 3. 130-161.

Munkával vagy munka nélkül? Az állampolgári alapjövedelem dilemmái a teljes jogú társadalmi tagság perspektívájából. (2014) *Magyarországi Szociális Szakembereket Képző Iskolák és Oktatók Egyesülete*, Budapest (megjelenés alatt)

A PhD dolgozat témakörében elhangzott konferencia előadások

Az aktív korú nem foglalkoztatottakkal való együttműködés etikai kérdései. Előadás a Szociális Szakmai Szövetség „Szociális munka etikai dilemmái” c. konferencián. (Budapest, 2007. április 5)

Beillesztés vagy kirekesztés? Az aktív korúak ellátásában részesülő kliensekkel végzett szociális munka etikai dilemmái. Előadás a Szociális Szakmai Szövetség „Szociális munka etikai dilemmái” c. konferencián. (Budapest, 2008. március 26.)

Intézményes kirekesztési mechanizmusok a szociális segélyezésben. Előadás az *ELTE Társadalomtudományi Kar Szociológia Doktori Iskola hallgatói konferenciáján* (Budapest, 2010. március 26.)

Right or obligation? Social Citizenship and Workfare in Hungary. Előadás az *ESPAnet, Social Policy and the Global Crisis Consequences and Responses* –éves konferenciáján (Budapest, 2014. szeptember 2-4.)

Végjegyzék

1. Természetesen lehetett ennél gyakrabban is, de éppen a kapacitáshiány okán alakult ki az a gyakorlat, hogy az intézmények többsége megelégedett a törvényben előírt minimális kritériumok teljesítésével.
2. Ferge Zsuzsa a szociálpolitika paradigmaváltásához, a „társadalmi individualizálódásához” köti a feltétel nélküli léthez való jog megkérdőjeleződését, amely a gyakorlatban a segélyezési rendszer szűkítéséhez és ezen keresztül új típusú elszegényedéshez, kirekesztődéshez vezethet. Ugyanakkor azt is hozzáteszi, hogy a reciprocitás elvének megsértése évezredek társadalmi normákat sért, és azt is, hogy a létjog feltételekhez kötése már nemcsak a neoliberalizmus válasza. (Ferge 2000)
3. A legismertebb ezek közül ebben az időben az ún. monoki modell volt, de említhetnénk a Szerencsi Többcélú Kistérségi Társulás polgármestereit is, akik a „megélhetési szülés” ellen akarták felvenni a harcot, azt indítványozva, hogy csak az első három gyermek után járjon családi pótlék.
4. Az első és legfontosabb törvény ezen a területen a rendszerváltás után megszületett új foglalkoztatási kodifikáció, az 1991. évi IV. törvény. Ezt követi az 1999-ben beterjesztett törvényjavaslat, amely jelentősen szigorította a biztosítási alapú járadék folyósításának feltételeit és megszünt

tette a jövedelempótló támogatást. A következő törvény a 2008-ban meghirdetett, „Út a munkába” néven ismertté vált javaslatcsomag, amely nagyon fontos mérföldkő a hazai szociálpolitika és különösen az aktív korú munkanélküliek segélyezésének történetében. Az elemzésbe vont törvények és a hozzájuk kapcsolódó parlamenti viták elemzését a 2011-ben elfogadott közfoglalkoztatási törvény zárja, amely minden korábbinál szigorúbban szabályozza mind a biztosítási, mind a szolidaritási elvű ellátások jogosultsági feltételeit.

5. A mintába került települések kiválasztásában a kistérségi munkaszervezet vidékfejlesztési menedzsere, Fodor Csaba volt segítségemre, arra törekedve, hogy a vizsgálatba vont települések mind a lakosságszám, mint a gazdasági-társadalmi fejlettség szempontjából jól reprezentálják az egész térséget.
6. Összesen 33 szakemberrel beszélgettem, közülük csak egy olyan volt, aki nem járult hozzá a diktafon használatához. A többi esetben az interjúkat rögzítettem, majd szöveghű módon legépeltem. A kutatás alanyainak anonimitását oly módon is biztosítottam, hogy csak a hivatkozott szakember munkakörét jelölöm, a település nevét viszont nem. Segítőkézségüket és közreműködésüket ezúton is köszönöm. Hálás vagyok az együtt töltött időért, az inspiráló beszélgetésekért, a magnón kívül megosztott bizalmas információkért.
7. A tanulmány készítésének időpontjában még nem voltak hozzáférhetőek a 2011-es népszámlálási adatok, így jórészt a 2001-es adatokat használtam. A lakónépesség változása viszont már az előzetes adatokban is szerepel, így ezeket fel tudtam használni. A népszámlálási adatok mellett a KSH településsoros (T-Star) adatbázisait is elemeztem.
8. Marshall 1991.
9. Köszönettel tartozom Krémer Balázsnak, aki értékes kritikai megjegyzéseivel felhívta a figyelmemet a konceptuális keret legfontosabb hiányosságaira.
10. Maga a szóhasználat a francia felvilágosodás nagy „nevelőtől”, így például a svájci Pestalozzától ered. Számukra a nevelés legfőbb célja a teljes jogú társadalmi tagságra való felkészítés. A visszamondás helyett a gondolkodásra tanítás, a játék, a (modern szavakkal) kreativitások és kompetenciák fejlesztése azért szükségeltetik, hogy a gyerekek felnőttként teljes joggal vehessenek részt a munkában és munkamegosztásban, a közéletben. Ebben a felvetésben a teljes jogú társadalmi tagság alapvetően a „teljes jogú társadalmi cselekvő” tartalommal bír, és ekként került át az amerikai politikai hagyományba Jefferson és Tocqueville közvetítésével. Manapság e hagyomány legfőbb terepe továbbra is a „teljes értékű cselekvő” szerep betöltésének mindenkit megillető joga, az ebben az értelemben vett egyenlőségi eszmény, az „egyenlő lehetőségek” eszménye. (Krémer 2014)
11. A szegénység többdimenziós értelmezése nem új keletű, erre is ráillik az „ókori görögökre” való hivatkozás jól ismert frázisa. *„Az arisztotelészi perspektívából az elnyomorodott élet nélküli azt a szabadságot, hogy az emberek olyan lényeges tevékenységekben vegyenek részt, amelyet jó okuk van választani.”* Adam Smith is azt tartja irányadónak az alapszükségletek meghatározásakor, hogy azok mennyiben járulnak hozzá az egyének szabadságához, vagyis mennyiben biztosítják a lehetőséget arra, hogy szegyenkezés nélkül mások szeme elé kerüljünk. (Sen 2003, 2004, 5-6.)
12. Ezek sorában először két neves amerikai közgazdász elméletét ismertetem, akik a szegénység hagyományos közgazdasági elemzését olyan „lelki tényezőkkel” egészítik ki, mint például az önbecsülés keresése, a méltányosság a szegény emberek életében vagy a „mi és ők” kategóriák hatásmechanizmusai. (Akerlof-Shiller 2011). Ezt követően szó esik a tanult tehetetlenségről (Smith-Mackie 2004), majd a rendszerigazolás elméletéről is. (Jost 2003)
13. Legáltalánosabb értelemben az emberek életével kapcsolatos jelentések létrehozásának folyamatát értjük a reprezentáció fogalma alatt. (Hammer 2006)
14. Honneth az ember nembeli lényegéből vezeti le az elismerésre való igényt, amely – amennyiben nem teljesül – a személyiség, valamint az egyént körülvevő szociális szerkezet sérülését okozhatja. (Némedi 1998)
15. Például gyermekét egyedül nevelő anya, fogyatékkal élő, kistelepülésen lakó, roma származású, stb.
16. Ugyanakkor azt is fontos látni, hogy ez nem magyar sajátosság. Itt elég csak a „patológias munkanélküliség” fogalmára utalni, amely Mary Hawkesworthtól származik, aki 1992-ben az USA szegénységét jellemezte úgy, hogy a szegénység a szegények magatartásproblémája. (hivatkozva Csoba 2010)
17. Például a megváltozott munkaképességűekre vonatkozó hazai jogalkotás szigorításának is folyamatos kísérőjelensége a csökkent munkaképességűeket kollektíve, csoportként „bűnösnek” bélyegző szemlélet és retorika. (Lehoczkyné 2013)

18. A politikai beszédstílus értelmezésének egyik tudományos tradíciója az arisztotelészi retorika-felfogás folytatása, amely a politikai szövegeket nem tudományos szövegeknek vagy magán-problémákról folyó magányos töprengéseknek, hanem sajátos valóságkonstrukcióknak tekinti (Szabó 1996)
19. Ezúton szeretném megköszönni Szikra Dorottyának és Ágoston Magdolnának, hogy felhívták a figyelmemet ennek fontosságára.
20. Erről lásd még Szalai 2009.
21. Lásd bővebben Szalai 2009.
22. Magyar Munka Terv, 17. o.
23. Az alkalmazkodó rugalmasság kényszeríti az embereket, hogy válaszoljanak megváltozott gazdasági-társadalmi környezetükre, az innovatív rugalmasság pedig azt teszi lehetővé számukra, hogy formálják a környezetüket. (Vobruba 2001)
24. Természetesen ezek ideáltipikus konstrukciók, az utóbbi években egyre többen érvelnek amellett, hogy a kétféle modell közeledik egymáshoz. Ebben az értelemben szoktak az európai szociális modell amerikanizálódásáról beszélni. (Csoba 2010, Handler 2003, Alber 2010, Dingeldej 2007)
25. Ilyen például a képesség-szemlélet, (capability-approach) amelynek két legnevesebb képviselője a közgazdász-filozófus Amartya Sen és a filozófus Martha Nussbaum.

Framing the Concept of Patient/Client Conducting

Kornelia Helembai PhD

University of Szeged, Faculty of Health Sciences and Social Studies

Department of Nursing

e-mail: helembai@etszk.u-szeged.hu

Key words: nursing, care, helping relationship, patient conducting, paramedical counselling

Aim: The purpose of this study is to highlight and present the professional need for patient conducting responding to the concept of nursing today defined by The International Council of Nurses, 2010.

Method and sample: In order to explore the roots and main characteristics of the patient conducting the method of concept analyses was used based on qualitative literature review of the most known and accepted theories in the field of nursing and other (counselling, social work) professions requiring therapeutic relationship.

Results: show definite and mutual equivalences among the values, principles and elements of the assessed helping profession. The evaluation of the core components of the helping professions evidences the importance of the patient conducting process which “creates the conditions whereby all patients may preserve their human dignity and identity, and their right of self-determination and all other rights may remain unimpaired”.

Conclusion: Nursing care has to be based on the assumption that the patient is in the best position to resolve his own problems. In this sense next to the excellent technical skills nurses have to be familiarized in the knowledge of patient conducting at a high quality level to fulfil the requirements of the professional competence.

Recommendation: nurse educators’ need to continually develop and introduce new goals, content, and teaching methods to meet the health care needs of people they serve, with special regard to the patient conducting.

Introduction

Nursing is a core component of the health care system and the education has an essential role in building the future of nursing. The aim of this study is a contribution to the improvement of quality nursing care by highlighting the inherent features of patient conducting required from the professional nursing.

„Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles” (The International Council of Nurses, 2010).⁵

The expectations concerning the nursing profession are rather high and critical. When the requirements expected from the nurse seem to show great differences then this leads to the braking off of the relationships. That is why the understanding

the essence of nursing today and the innovative formation of the professional behaviour are very important.

The professional competence is developed through the process of socialization and through interaction between the nurse and his environment. The effects and requirements to which the nurse is exposed in this interaction are very complex.

The relational system in the nursing process is basically regulated by the rights and duties belonging to the vocational roles. Thus the role partners expect certain behaviour patterns in advance as practically they anticipate the behaviour of the other persons.

The expectations obviously must correspond with each other, that the normative feature is consequently manifested. It is generally true that during the course of professional activity the duties and the rights are in reciprocal interaction: the right of patient means the duty of the nurse and vice versa.

During the interactions both the nurse and the patient present the already developed and normatively regulated roles according to their individual interpretations. Therefore the result is

Effects	Requirements
Rapid change of the interpersonal field	Dynamic adaptation during work
Changing frequency of the interactions	High quality fulfillment of professional activities
Different problem surface of interaction	Suitable caring for the role partners
The change of behavior	

Figure 1: Manifestation of Professional Competence

influenced by the behaviour of the role partners. However it is always desirable that from the part of the professional has to be manifested in an adequate way.⁴

As well known the human beings are “error prone”. The scientific discipline of human factors - next to the environmental, organizational and job factors - deals with the human and individual characteristics, which influence behaviour at work in a way that potentially gives rise to human error. A significant component of human error is deriving from the human cognitive processes in a great measure, as because one does not have sufficient knowledge and/or attitude to undertake an action correctly.⁷

Need for patient conducting in nursing theories

The need for patient conducting is not a new idea in fact it can be well followed during the whole development process of the nursing theories from the beginnings.

Florence Nightingale, often considered as the first nurse theorist, about hundred years ago put the accent on the environment of the patient to assist him in his recovery. She linked up the health with the five environmental factors (pure or fresh air, pure water, efficient drainage, cleanliness and direct sunlight) and the same time set the stage for further work in the development of nursing theories.

Hall (1955) put the highlight on the patient’s needs, feelings and motivation which inspire the whole nursing process. Once the motivations are defined, then the patient is the best person to set goals and arrange priorities. The nurse seeks to increase

patient awareness and to support decision making based on the patient’s new level of awareness.³

Abdellah’s (1960) interpretation of the client’s needs can be viewed as problems and the quality of nursing care requites that nurses be able to identify and solve overt and covert nursing problems. The problem-solving approach includes the assumption that the correct identification of nursing problems influences the nurse’s judgement in selecting the next step in solving the client’s nursing problem.³

In Orlando’s theory (1961) the nursing situation is initiated by a patient’s verbal or non verbal behaviour. Both verbal and non verbal behaviours are useful throughout in validation of the precise nature of the patient needs and of the effectiveness and appropriateness of nursing actions to meet these needs. Ineffective behaviour may lead to problems in the nurse-patient relationship. Although behaviours that seem uncooperative or provoke negative feelings in the nurse, recognition that they express the distress of patient can help to control these feelings. Thus routines of care must be reduced to an absolute minimum, allowing room for the individuality of patients’ needs.³

Henderson (1966) accents that all people have common needs, but no two patients are exactly alike, so each nurse must interpret human needs as these have meaning to the individual patient. The nurse must identify the need and supply measures that are applicable to that individual.

“The modification of care is the creative element which makes nursing an art. The basic technique or elements of art can be described but an artistic achievement demands that the artist manipulate these elements in unique arrangement. Just so each

patient's plan of care should be different from any other."³ (pp.58.)

Orem (1971) lifts up the feature of self-care as a positive action that has both a practical and a therapeutic approach. Self-care may be therapeutic to the extent that contributes e.g. to the achievement of adjustment the ways of meeting universal self-care requirements, to the establishment of new techniques of self-care and, to the modifying of the self-image, and the routine of the daily life.³

Pepleau's (1974) concept also transmits an essential and basic view in which the nursing is an interpersonal process, and both the patient and nurse have an equally important part in the therapeutic interaction. A therapeutic relationship must be maintained by conveying an acceptance, concern, and trust. The nurse must encourage the patient to recognise and explore feelings, thoughts, emotions, and behaviours by providing a non judgmental atmosphere and therapeutic emotional climate.³

Parse's (1995) human becoming theory emphasises how individuals choose and bear responsibility for patterns of personal health, where the patient, not the nurse has the definitive role and he is the decision maker.⁸

Not continuing the analysis of the several classical and newest theories it can be said that most of them contain the elements and features of the client-centred therapy and counselling.

Values of patient/client conducting

Nursing is a helping profession the focus of which stands on the human being. The helping relationship can be defined in general as "the medium which is offered to people in trouble through which they are given the opportunity to make choices both about taking help and the use they will make of it".⁶ (pp.47). The qualities of the relationship are: mutuality; reality; feeling; knowledge, concern for the other person; purpose; it takes place in the here and now; offers something new; and is non judgmental. These values are valid also for nursing where the central value is the human dignity and each person is respected as a unique individual and supported by the nursing care.⁷

There are five criteria to fulfil in patient conducting to set up appropriate atmosphere for sending messages of the respect for dignity and uniqueness of the individual.

(1.) Sensitivity and awareness regarding client dignity during the whole organization and care giving process.

People built and incorporate their self-image from the messages they receive from other people about themselves. People who feel good about themselves, see themselves as person of worth, and have a sense of their own strength and capability, tend to be more satisfied and have the power and ability to deal constructively and appropriately with their environment.

(2) Avoiding stereotyping clients.

Classification refers to the need to generalize beyond individuals and to organize phenomena on the basis of common characteristics during the process of knowledge building. Classifying people in the daily life is a very harmful. In this case the person does not have too much options to choose from: maybe "he becomes a category, is processed as a category, plays the assigned role or 'stays behind bars'"¹² (pp. 15-19).

(3) Assisting clients in discovering and making use of their strength.

In several cases the clients/patients are handled by the helpers as reactive organisms having continuing problems, weaknesses and limited potentialities. In general the clients strive to present themselves as pro-active autonomous human beings who have the ability to enhance their functioning and competence through the use of the helping relationship. The reactions are different when the focus is on the person's strengths rather the weaknesses.⁹ (pp.401)

(4) Expecting client participation in problem solving.

Participation in decision making, planning, and action on one's own behalf is essential to the maintenance of human dignity. "The most destructive thing in therapy is a "rescue-fantasy" in the therapist".² (p.6.). When such a virtual restriction and conviction is communicated to patients, verbally or otherwise, the patient has to miss his right for the possible autonomy. In this case one simply has no choice other than to rebel and leave or became even more helpless, dependent, and sick.

(5) Want and need, these two concepts have also essential meaning from the view of the patient conducting. Focusing on clients' wants is more useful than focusing on clients' needs.¹⁰ The concept of want is defined by the patient himself according to his personal values and preferences. Although the concept of need is close to it in a sense, need is defined by the nurse instead of the patient. This distinction is particularly important because the

most motivating personal factor is if the patient communicates his/her wants and wishes to the problem solving.

Elements of patient conducting process

The health care service declares the patient's right to the respect of his/her dignity - including right to the decision making about the acceptance of the help and treatments. During the nursing process the nurse works closely with the patient or patient groups to individualize care and built a relationship of mutual regard and trust: instead of "for" the nurses "work together" with the patients. Thus nursing has to be based on the assumption that the patient is in the best position to resolve his own problems. The collaborative nursing care has to be featured by the following inherent central elements of the conductive process:

Concern for other involves the sense of responsibility, care, respect, knowledge of other human beings and the wish to further their lives. „To be truly concerned means that we are willing to be an agent of a process rather than the creator it.”⁶ (pp. 47.)

Commitment and obligation: in the conductive relationship both the patient and nurse must be bound by commitments and obligation if they want to achieve the purposes of the relationship.

Acceptance and expectation: based on the nurse's nonjudgmental attitude she/he has to be able to express the acceptance of the patient without any condition. In this setting the nurse has to be able also to differentiate between accepting the person and accepting the person's actions, because acceptance doesn't mean automatically an always agreement with the patient.

Authority and power: authority can be defined as a power delegated to the professional by clients/patients. A person in need of help seeks someone who has the authority of knowledge and skill to be of help. People under stress may need more assistance till having their self awareness again in the wished measure. The aim and way of using authority and power in nursing are the conduction of the patient autonomy at any circumstances.

Genuineness and congruence: professionals who are real and genuine, and congruent in helping relationship are ones who know themselves and are unafraid of what they see in themselves or what they are.

Rational and irrational elements: people often find feelings and thoughts rising inside them that may be quite contrary to what they want to feel

and think. The realization of the irrational elements together the empathy enhances the capacity of nurses to understand and accept the expression of clients.¹⁰

Nursing offers therapeutic relationship to patients/clients and it must be maintained by conveying an acceptance, concern, and trust. The nurse must encourage the patient to recognise and explore feelings, thoughts, emotions, and behaviours by providing a non judgmental atmosphere and therapeutic emotional climate. It can be said that nursing care contains the elements and features of the client-centred therapy and counselling.¹¹

The main aim behind the client-centred approach is to enable the client to be able to identify and sort out his/her own problems. Thus, in client-centred counselling, the counsellor is not an expert in other people's problem, but someone who enables or facilitates the problem-solving capacity of the other person.¹¹

The essential of the client-centred approach includes these features:

A person in need has come for help. In order to be helped they need to know that the helper have understood how they think and feel. They also need to know that, whatever the counsellor's own feelings about who or what they are, or about what they have or have not done, the therapist accept them as they are - he accept their right to decide their own lives for themselves. In the light of this knowledge about the helper's acceptance and understanding of them they will begin to open themselves to the possibility of change and development. But they feel that their association with you is conditional upon them changing, they may feel pressurised and reject the help.¹

Levels of types of counselling: in nursing care the focus is on the present and it is directed to the problem solving of the given nursing situation by:

Advising: giving advice and information for individual or group helping them with orientation.

Guidance: giving information, advice and helping individuals or groups with elaboration of information by therapeutic discussion to help them with decision making.

Paramedical counselling: giving information, advice, helping individuals or groups with elaboration of information by therapeutic discussion to help people in need with decision making, facilitating individuals and groups for concentration and for using their own potentials and strength.

The patient conducting and its process together "create the conditions whereby all patients may

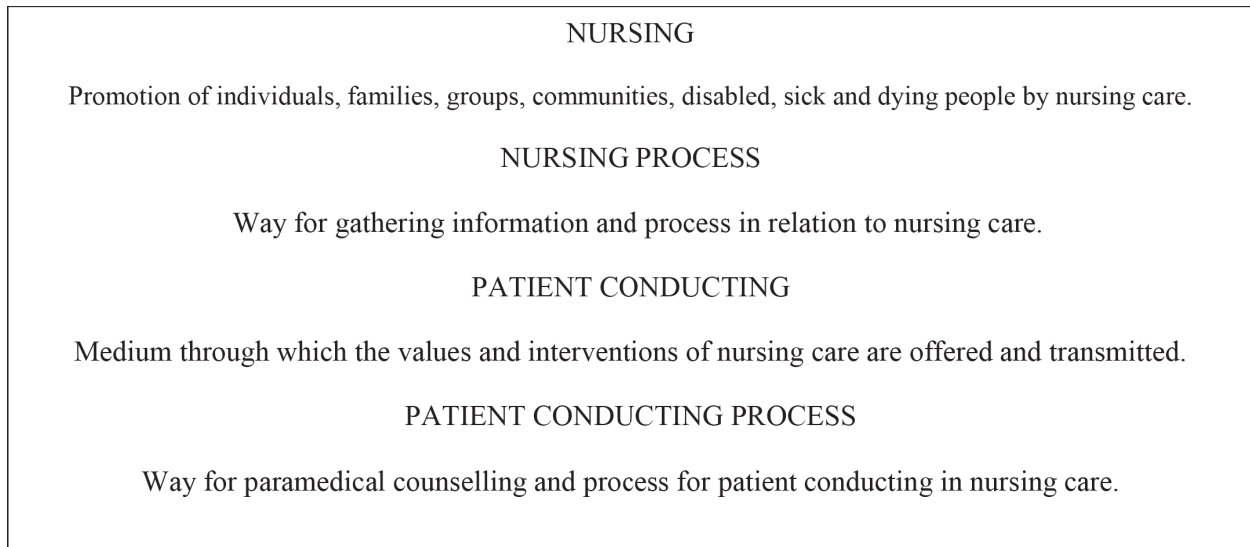


Figure 2: Conceptual Frame of Nursing Care

preserve their human dignity and identity, and their right of self-determination and all other rights may remain unimpaired” according to the Act CLIV of 1997 on Health.

Conclusion

The nurse, medical and other therapists have to establish a permissive relationship in which the clients feel free to discuss their problems and to obtain insight in them. In this approach the collaborative caring process in nursing can be interpreted as a conductive relationship during which the nurse cause or produce an atmosphere that is providing to the nursing process - with help of which the patient will be able to manage his internal power to get the possible best health status and quality of life for himself. In this sense next

to the excellent technical skills nurses have to be familiarized in the knowledge of patient conducting at a high quality level to fulfil the requirements of the professional competence.

Recommendation

Therefore, nurse educators’ need to continually develop and introduce new goals, content, and teaching methods to meet the health care needs of people they serve. Furthermore there is also an ultimate goal for bridging the gaps among the quality improvement, patient safety and continuing education, as the lack of this integration can be problematic given the finite resources available and the potential value of approaching health care challenges from different perspectives.

References

1. Burnard, P. & Morisson, P. (1991): *Caring and Communicating. The Interpersonal Relationship in Nursing.* The McMillan Press Ltd, Houndmills, Basingstoke, Hampshire and London, p. 84-89.
2. Dumont, M. (1968): *The Absurd Healer.* New York: Viking Press, 1979, p.6.
3. George J.B. ed. (1980): *Nursing Theories. The Base for Professional Nursing Practice.* Prentice-Hall, INC., Englewood Cliffs, New Jersey. pp.45, 60-61; 93-96; 109-110; 127-128, 132; 80)
4. Helembai, K. (1995): *Career Identification and Nursing Behavior 5th Biennal (Open) Conference of the Workgroup of European Nurse Researchers Sept. 5-7, Budapest. II,* pp.163-168.
5. ICN (2010): *Definition of nursing.* <http://www.icn.ch/definition.htm>.
6. Keith-Lucas, A. (1972): *The Giving and Taking Help.* Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1972. p.47; pp.47-65.
7. Kitto, S., Goldman, J. Etchells, E ., Silver, I., Peller, J., Sargeant, J., Reeves, S. (2015): *Quality Improvement, Patient Safety, and Continuing Education: A Qualitative Study of the Current Boundaries and Opportunities for Collaboration Between*

These Domains. Academic Medicine.90:00–00.First published online. doi: 10.1097/ACM.0000000000000596

8. Kozier, B – Erb, G.- Berman, A. at.al (2012): Fundamentals of Nursing. Concept, Process and Practice. 872 pp. Pearson Education Ltd., Harlow,UK. ISBN:978-0-273-73908-1
9. Maluccio, A. N (1979): Learning from Clients. New York: Free Press, 1979, p.401.
10. Reid, W.J. (1978): The Task-Centred System. New York: Columbia University Press, pp.25-29.
11. Rogers, C. (1984): Encounter Groups. Workshop for Transcultural Communication. Hungarian Psychological Association, Szeged, 1984. pp.221-229.
12. Toch, H. (1970): The Care and Feeding of Typologies and Labels. Federal Probation, September 1970, 34. pp.15-19.

A betegvezetés fogalmi kereteinek meghatározása

Kulcsszavak: ápolás, gondozás, segítő kapcsolat, betegvezetés, paramedikális tanácsadás

Cél: A tanulmány célkitűzése az Ápolók Nemzetközi Tanácsa által (2010) megfogalmazott korszerű ápolási definícióra adott válaszként rávilágítani és bemutatni a betegvezetés iránti szakmai szükséglet fontosságát.

Módszer és minta: Az ápolás-gondozás teoretikus gyökereit és fő jellemzőit a terápiás kapcsolatot igénylő foglalkozási területek (tanácsadás, szociális munka stb.) legismertebb és leginkább elfogadott elméleteinek és fogalmainak kvalitatív elemzésével tártuk fel.

Eredmények: A felmért segítő foglalkozások körében határozott és kölcsönös azonosság mutatható ki az alapelvek, az értékek és a jellemzőik megfelelésében. A segítő szakmák meghatározó összetevői bizonyítják a betegvezetés folyamatának fontosságát, amelynek célja “megteremteni annak a feltételét, hogy minden ember megőrizhesse emberi méltóságát, önazonosságát, önrendelkezési és minden joga csorbítatlan maradjon”.

Következtetés: Az ápolásnak azon az alapfeltevésen kell alapulnia, miszerint a beteg rendelkezik a legjobb pozícióval ahhoz, hogy a saját problémáját megoldja. Ebben az értelmezésben az ápolóknak a kiváló technikai készségek mellett magas minőségi szintű betegvezetési ismeretekkel is rendelkezniük kell a szakmai kompetencia által elvárt követelmények teljesítéséhez.

Javaslat: Az emberek egészségügyi gondozás iránti szükségleteinek kielégítéséhez az ápolás oktatóinak folyamatosan törekedniük kell az új célok, tartalmak, oktatási módszerek bevezetésére és fejlesztésére, különös tekintettel a betegvezetés területére.

**FÓKUSZPONT KONFERENCIÁN ELHANGZOTT
ELŐADÁSOK
(2014. NOVEMBER 12.)**

„Tehát itt közösség kell...”

Aranyos Helga

Szociálpolitika Mesterképzés Szakos hallgató
Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

A társadalmi változásokat figyelve nem mehetünk el szótlánul az értékek bizonytalansága, az ifjúság devianciákkal fémjelzett útkeresése mellett. Mind az európai, mind a magyarországi tendenciák aggodalomra adnak okot, hiszen a gyermekek száma csökken, nő a szegénység, a családok felbomlási aránya, és a szenvedélybetegek aránya. Ha nem avatkozunk be, a létbizonytalanságban felnövő nemzedékek szocializációs hiányai még összetettebb problémákat eredményezhetnek. Jelenlegi helyzetükben, amikor inkább csavarognak az otthonlét helyett, amikor az intézmények inkább hátrítják a felelősséget, mintsem a megoldást keresik, amikor a fogyasztás áll mindenek felett, nem a támadásuk a legjobb megoldás.

Felmerül a kérdés velük kapcsolatban: Vajon relevánsak az elvárásaink? Közösségek létrehozását, együttműködést, toleráns magatartást, aktív állampolgári részvételt várunk el tőlük, miközben a felnőtt társadalom is válságban van? Hol a minta? Hol a kiút?

Utat kell engednünk a fiatalok döntéseinek, az összetartozás-tudatot erősítő szubkultúráknak, az olyan kezdeményezéseknek, mint az Ötletfa, vagyis az ifjúsági kluboknak, amelyek a tenni akarás, a fiatalok szellemi és érzelmi támogatottságának a szinterei, és amelyek részben elérték a céljukat. Sikerült leküzdeniük a velük szembeni ellenállást, bizalmi kapcsolatot kiépíteni, legalább az intézményi kereteken belül toleranciát, empátiát, lelkesedést kialakítani. Nevezhetjük ezeket akár neo-törzseknek, amelyekben laza, igény szerinti és felelősség vállalás nélküli a részvétel, vagy olyan jellegű kezdeményezéseknek, amelyek a közösségépítés felé mutatnak. A lényeg, hogy tovább kell fejleszteni őket, mivel ezek a stratégiák a jelenlegi hibáik ellenére is aktivizálnak, „képesse tesznek”, az egyén tehetségét, önállóságát hangsúlyozzák, és a rendszerbe való bevonás helyett „felszabadító” hatásúak.

Ehhez mérten kell átalakítani a szociális képzéseket, és a szociálpolitikát, szem előtt tartva a szakemberek, a közösség építők legfontosabb feladatát: vagyis a „képesse tevést”, rendszerként kezelve az „atomizálódott” társadalmat. Olyan feltételeket kell létrehozni, amelyek között nem két évet kell harcolni, mint az Ötletfának, hogy legalább részben bekapcsolódhasson egy ifjúsági klub a város vérkeringésébe, hogy legalább személyekkel kapcsolatot létesíthessen, ha már az intézmények elutasítóak voltak. Fontos, hogy az infrastruktúra adott legyen, hiszen a szakember lehet bármilyen kreatív, szakmai kiválóság, ha nincs áram vagy fűtés, azzal nem tud mit kezdeni.

Tehát az államnak fékeznie kell, hátra kell lépnie, előtérbe helyezve, megerősítve a civil szférát, kezdeményezéseket, élve a külföldi tapasztalatcserékkel, az Európai Szociális Alapban felkínált lehetőséggel, amely „jelentős finanszírozást nyújt a szükséges hosszú távú strukturális reformhoz, valamint az ifjúság és a gazdaság jövőjébe való befektetéshez”,¹ kihangsúlyozva a fenntarthatóságot, a hatékony partneri kapcsolatokat és az állandóságot. Ez a befektetés pedig lehet maga a közösség építés, az

emberek képessé tévése a fenntartható fejlődésre, egymás segítésére, elfogadására, az együttműködésre, a jogaik kellő érvényesítésére.

Mindehhez pedig le kell számolni az atyáskodó állami berendezkedéssel, és hatalmat kell adni az embereknek, hogy a társadalom „általuk legyen jobb”.² Utat kell engedni a fiatalok elképzeléseinek, lépésről lépésre vezetni, támogatni őket a szükséges mértékben. Talán a maroknyi, tenni akaró kortársnak sikerül az, ami az ellátásoknak nem. Utat kell adni az „Ötletfáknak”, hiszen ha áttörést nem is ért el, elvitathatatlan sikere, hogy megvalósította a bizalmi kapcsolatot, az önkéntes részvételen alapuló tanácsadást, fejlesztést, az integrációt, a toleranciát, hiszen roma, nem roma, fogyatékosággal élő, lány, fiú együtt tevékenykedett, együtt játszott.³

Nem ülhetünk tétlenül a csodára, az állam, a szakemberek tálcán nyújtott megoldására várva. Mindenki felelős a társadalomért, mindenkinek nagyon fontos szerepe van abban, hogy a társadalom helyzete jobbra forduljon. Mi magunk, felelős állampolgárok, a társadalom tagjai sem feledhetjük el, hogy „egy embőr szava az nem számít. Tehát itt közösség kell.” (M. 20 éves fiú)

Jegyzetek

1. Esélyteremtés a fiatalok számára, forrás: <http://ec.europa.eu/esf/main.jsp?catId=534&langId=hu> (letöltés ideje: 2014. május 20. 20:58)
2. Nemzeti Ifjúsági Stratégia 2009-2024, 1. old., forrás: <http://www.szmm.gov.hu/main.php?folderID=16512> (letöltés ideje: 2014. 05. 18. 12:30)
3. Megjegyzés: Szakdolgozatomban előző elméleti írásaimra hagyatkozom, amelyeket egyetemi dolgozatként használtam fel, de nem jelentek meg.

Szociális képzés fejlesztése – kihívások időszakában

Dr. Budai István PhD

ny. főiskolai tanár

Széchenyi István Egyetem, Petz Lajos Egészségtudományi és Szociális Képzési Intézet
Szociális Tanulmányok Tanszék

Az előadás azokra a témakörökre fókuszált, amelyek alapos átgondolása és elemzése alapján lehet eljutni, hogy válaszoljunk: miként lehet a hazai szociálismunkás-képzést fejleszteni kritikus, válságos, vagy inkább a kihívások időszakában. Lényegében három, egymásból következő feladatot lenne célszerű elvégezni: 1) komoly szembenézést, önvizsgálatot folytatni a szakemberek és a képzők körében, 2) a szakma és a képzés alapkérdéseinek újragondolását, 3) konszenzusos alapon képzésfejlesztési stratégiákat alkotni.

Az előadó röviden érintette a jóval az elmúlt 10 év szociálismunkás-képzésére vonatkozó főbb jelenségeket, következményeket és ellentmondásokat, azaz milyen nemzetközi és hazai tényezők, trendek érvényesültek, mindezek milyen eredményekkel, hatásokkal, következményekkel és problémákkal jártak. Ezek alapján kritikus elemzés alá vette a hazai szociálismunkás-képzés fejlődését és a jelenlegi helyzet kialakulásának okait sorolta fel, kiemelte ezek sokrétegűségét. Ezek: a képzés felsőoktatási-, terep- és társadalmi közege; a képzések igen széles skálájú szellemisége, minősége és akkreditációja; kevés a rendszerszerű képzési folyamat, jellemzőbb a merev tantárgyrendszer; gyakoribb a hagyományos képzési (ismeretközpontú, mennyiségi) szemlélet, verbalitás – cselekvés egyensúlytalansága; kevésbé integráltak, probléma-központúak és kompetencia-alapú megközelítésűek a képzések; a diákok hagyományos oktatási és autokratikus nevelési módszerekkel szocializálódt(n)ak, csupán szabálykövetőkkel válnak, ez sokszor folytatódik a praxisban is; nincsenek iskolák – műhelyek közötti tartós együttműködések, kevés a dialógus; folyamatos és krónikus finanszírozási problémák stb.

A második feladat tekintetében érdemes lenne kiindulni a képzés mandátumának és legitimitációjának újragondolásából. Ehhez jó támpontot adhat az IFSW 2014. évi, szociális munkára vonatkozó új definíciója (New Global Definition of Social Work), amely ugyanakkor felhívja a figyelmet a definíció és a jelen hazai körülmények közötti súlyos ellentmondásokra is.

„A szociális munka olyan gyakorlat alapú szakma és tudomány, amely elősegíti a társadalmi változást és fejlődést, a társadalmi összetartozást, valamint az emberek hatalommal való felruházását és felszabadítását. A társadalmi igazságosság, az emberi jogok, a közös felelősségvállalás és a különbségek tiszteletének elvei központi helyet foglalnak el a szociális munkában. A humán és társadalomtudományok elméleteivel, valamint a helyi/ösi tudásokkal felvértezve a szociális munka embereket és rendszereket aktivizál, hogy választ adjon az élet kihívásaira és előmozdítsa a jóllétet.

A fenti definíció egyes részei a nemzeti és/vagy helyi szinteken nagyobb jelentőségűek lehetnek.”

Mindezek pedig felvetik a következő két kérdést: Kinek, milyen szakembert képezzünk? Azaz kiknek az elvárásai kapjanak prioritásokat: a szolgáltatást igénybe vevőké, a szociális szolgáltatásoké, a fenntartóké, vagy az állami akaraté? Nyilván szerencsésebb kimenet lenne az egyensúlyok eltolódása helyett kielégítő egyensúlyokat teremteni a fenti szempontok között! A másik: mennyiben és milyen képzési szinten nyújtson a képzés: praktikus – mestertől megtanult, kísérletező, intuitív; racionális – tudományos alapú; technikus – betanított képességek; reflektív – innovatív, kreatív, partneri, facilitátori, dialogizáló stb. tudást, szakértelmet?

A képzési – szakmai aktorok konszenzuson alapuló stratégiák alkotása tekintetében az előadó az alábbiak nélkülözhetlenségére hívta fel a figyelmet. Újra kell gondolni a szociális munkával szemben támasztott elvárásokat, különös tekintettel a szakma nemzetközi gyakorlatában használt szaktudás – szakmai kompetenciák – szakértelm összefüggéseit, továbbá megalkotható lenne egy hazai New Global Definition, és/vagy a szociális munkás szakember kompetencia-rendszere (kulcskompetenciái). A szakma – képzés viszonyrendszerében erősítő hatások kölcsönös érvényesítésére, és nem az egymást degradáló gyengítő hatásokra és ellentétes szellemiségek érvényesítésére lenne szükség. Mindehhez fogódzók lehetnek: a szakma 1) nemzetközi professzionalizációja, 2) egyetemes értékrendje, 3) pluralitása, 4) tudományos és nemzetközi eredményei. Ezek alapján lenne érdemes a „mit, milyen szinten, hogyan, milyen szervezeti keretekben és formákban képezzünk?” kérdések alaposabb újragondolására és rendszerbe foglalására.

„Életrehívás” - avagy a szegedi hajléktalanok visszatalálási lehetőségei

Joó Magdolna
szociális munkás

SZKTT ESZI Hajléktalanok éjjeli menedékhelye átmeneti szállása és idény szállása

Az utóbbi 25 évben a hajléktalanokat ellátó intézményi egységek száma, struktúrája is jelentősen megváltozott Szegeden.

Kiépült egy, alap- és szakosított ellátást biztosító, több telephelyen megvalósuló intézményi egységünk, mely szoros együttműködésben dolgozik a hajléktalanok ellátása érdekében más társszervezetekkel.

A Hajléktalanokat Ellátó Egység szerkezeti felépítése: (2014.)

1. a.) 21 férőhelyes férfi Átmeneti Szálló (Indóház tér 3.)
1. b.) 10 férőhelyes női Átmeneti Szálló (Indóház tér 3.)
1. c.) 9 férőhelyes női Idényszálló (Indóház tér 3.)
2. a.) 20 férőhelyes férfi Átmeneti Szálló (Bajai út 9.)
2. b.) 41 férőhelyes férfi Éjjeli Menedékhely (Bajai út 9.)
2. c.) 12 férőhelyes férfi Idényszálló (Bajai út 9.)
3. a.) 70 adagos Népkonyha (Algyői út 3.)
3. b.) 50 férőhelyes Nappali Melegedő (Algyői út 3.)
- 4.) 50 férőhelyes férfi Idényszálló (Moszkvai krt. 1.)

Az intézmény célja és feladata, hogy az év minden napján lehetőséget nyújtson a hajléktalan személyek részére az életvitelszerű tartózkodásra: menedékhelyen az éjszakai pihenésre, átmeneti és idényszálláson életvitelt segítő támogatással.

Az intézményi egységeinket igénybe vevőkről vezetett statisztikák szerint a célcsoport 2/3-része 40-59 év közötti, 13-15 % közötti a 60 év feletti aránya. Az igénybe vevők 76%-a elvált, és rendelkezik minimum szakmával, középfokú iskolai végzettséggel. Nagy számban fordulnak elő állami gondoskodásból kikerültek, munkanélküliek. Egészségi állapotukra jellemző, hogy nagy részük egyszerre több krónikus betegségben szenved.

Az átmeneti szálló ellátottjait a szociális munka eszközeivel, személyre szabottan a társadalomba való visszailleszkedésben segítjük önálló életvitel kialakításával, illetve akik már önálló életvitelre nem képesek (koruk, egészségi állapotuk miatt), azokat abban támogatjuk, hogy a számukra megfelelő ellátási formához hozzájussanak.

Közösségi programjainkról:

Tapasztalatunk szerint a mai szociális ellátás a napi túlélés biztosítására koncentrálna: az éhenhalástól, megfagyástól óvja meg az ellátottakat. Lassú, fokozatos követelményrendszer felállításával tudjuk kiemelni őket ebből a helyzetből. Olyan foglalkozások szervezése és kivitelezése a célravezető, mely értékteremtő és értelmes elfoglaltságot nyújt.

A hajléktalan személyek szociális készségei gyengék. Ez azt jelenti, hogy a közösségekben való élet nehézségekbe ütközik, az egymással és más emberekkel folytatott kommunikáció nem megfelelő. Emiatt elzárkóznak a közösségi tevékenységektől, ami megnehezíti a munkába és a társadalomba való visszailleszkedést.

A szakemberek által szervezett, irányított közösségi programok ezeket a hiányzó vagy elfelejtett készségeket fejlesztik. Meglátásunk szerint egy kötetlenebb, játékosabb együttlét során szívesebben nyílnak meg, mint egy szigorúbb keretek között zajló csoportfoglalkozáson.

Tíz éve kezdtük el a közösségi étkeztetés és Mozduljunk! sportprogramunkat, hét éve a mentálhigiénés programsorozatot, három éve a rendhagyó osztályfőnöki óra és az Élő Könyvtár programokat.

Rendszeres közösségi programunk, az ellátottak részéről közkedvelt sportnap. Rendezvényünkön többféle sportágban próbálhatják ki tudásukat ellátottjaink és a vendégeink. A programok során a résztvevők megtapasztalhatják az együttlét örömét, az együttműködés lehetőségét társaikkal, gyakorolják a megfelelő kommunikációt. Ezen alkalmak a segítő kapcsolathoz elengedhetetlen bizalmi viszonyt, együttműködést erősítik.

Ebben a felszabadult légkörben lakóink szívesen mesélnek életükről, családjukról, gyermekkorukról. Mind a megszervezésben, mind a lebonyolításban is részt vesznek ellátottjaink, ezáltal felelősségérzetük növekszik. A hasznos munka öröme a közösségekben és a közösségért a rehabilitáció legfontosabb alappillére jelenti. A foglalkozásoknak köszönhetően az egyéni és szociális készségek fejlődését, az önbizalom növekedését, a motivációk erősödését tapasztaljuk az ellátottaknál.

3 éve kapcsolódtunk be a főiskola (szociális képzés) által szervezett kapcsolati programokba. Élőkönyvtáron havi rendszerességgel részt veszünk. Már állandó „könyvcsoport” alakult ki. Rendhagyó osztályfőnöki órát szervezünk, interaktív játékon keresztül bemutatva a hajléktalansághoz vezető lehetséges utat, s az ilyen helyzet elkerülésének technikáit. Az őszinte beszélgetés a fiatalokkal mindkét fél részére motiváló. 1 fő ellátottunk e programok által, már kilépett a hajléktalan létből, családot alapított, kisgyermeket nevel.

Ezeknek a társadalmat érzékenyítő programoknak a szociális tárca is nagy szerepet szán. Részt veszünk egy szakmai előkészítő műhelyen, ahol kidolgozzuk a szociális munka ezen új irányát.

Jövőbeni terveink:

- sakkparti féléven át hajléktalanok és nem szociális szférában dolgozó közösségek között
- közösségi étkezés (hajléktalanok és szegedi családok)
- városi séta (egy-egy nevezetes épületet, teret, műalkotást mutatnak be a városunk lakóinak ellátottjaink)
- Szemétszedés (A lakossággal együtt hajléktalanjaink, egy kijelölt területet közösen megtisztítanak)
- A társadalmi integráció felé vezető út programjai ezek, hogy visszataláljanak ellátottjaink a normál társadalmi életbe, közösségekbe.

*„Előbb csináld azt, ami szükséges,
utána azt, ami lehetséges,
és máris azt fogod csinálni, ami lehetetlen.”
Assisi Szent Ferenc*

A szükséges, a lehetséges és a lehetetlen elsajátítása... Szociális munkás képzés Szegeden

Kormányos Klaudia
szociális munkás
Szociális Védelmi Központ, Zenta

Kormányos Klaudia vagyok, Szerbiából, Zentáról. Zenta (szerbül Сента/Senta) város és község (közigazgatási egység), Vajdaságban, a tartomány északi részén, Bácskában, 42 km-re délre a szerb-magyar határtól helyezkedik el, a Tisza folyó jobb partján.

Tanulmányaimat 2010. szeptemberében kezdtem meg a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karának Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszékén, szociális munka alapszakon levelező munkarendben.

Speciális helyzet volt az enyém, hiszen egyrészt, akkor már 18 éve dolgoztam a Zentai Szociális Védelmi Központban, szociális munkás munkakörben, másrészt határon túlról érkeztem, más szociális ellátórendszerből, más törvényi előírásokkal, már beidegződött problémamegoldó szokásokkal, tele szakmai dilemmával.

Véletlen kerültem e pályára, műszaki mérnöki diplomával. Egyre jobban aggasztott és bizonytalanra tett az a tény, hogy hiányos elméleti tudással végzem a munkám, hiányos elméleti háttérrel avatkozom be mások életébe. Talán a személyiségemből eredő empátia, hitelesség és feltétel nélküli elfogadás segített abban, hogy hosszú éveken át „megmaradjak” és lelkesen végezzem munkámat. Azonban, egyre erőteljesebben éreztem, hogy az évek alatt összegyűjtött gyakorlati bölcsesség nem elég, szükségem van elméleti ismeretalapokra, ami segít a nap mint nap felmerülő dilemmák eldöntésében, megerősít, és biztonságot ad. Az egyre erősödő belső motiváció hatására jelentkeztem a Szegedi Tudományegyetem szociális munka alapképzésére.

Szegedi Tudományegyetemen a szociális munkás alapszakon (BA) 6 elméleti és 1 gyakorlati féléven át folyik a képzés, nappali és levelező tanrendben. Az összegyűjtendő kreditek száma 210. A levelező tanrend nagyban hozzájárul illetve lehetővé teszi a munka mellett való tanulást, hozzájárul az élethosszig tartó tanulás megvalósulásához, ami Szerbiában gyermekcipőben jár.

Az alapképzés elméleti ismereteket nyújt, szakmai készségeket fejleszt, értékeket közvetít és gyakorlati jártasságot alakít ki. Az elméleti képzés hat tárgykörben folyik: társadalomismeret és szociológia, társadalom- és szociálpolitika, egészségügyi, pszichológiai, jogi és igazgatási ismeretek valamint a szociális munka elmélete és gyakorlata. A képzés nagyon fontos részét képezik az önismereti és a szakmai készségfejlesztő tréningek, hiszen Rogers óta tudjuk, hogy a segítő tevékenységben nem csak a módszer, hanem a segítő személyéből fakadó sajátos magatartás is döntő.

A már szakmában lévő hallgatók számára ezen kurzusok nagyban fejlesztik saját személyiségük szakmai eszközként való használatát, hozzájárulnak hivatásuk gyakorlásához szükséges készségek fejlesztéséhez. A pályakezdő kollégák számára pedig segítség szakmaválasztásuk motivációjának tudatosodásában.

A szociális munka célja: elősegíteni a társadalmi változásokat, a problémamegoldásokat az emberi jólét, a szabadság és a társadalmi igazságosság növelésében. Célja továbbá, hogy az emberi viselkedésről és a társadalmi rendszerekről szóló elméletek felhasználásával azokon a pontokon avatkozzon be, ahol az emberek egymással és társadalmi környezetükkel kapcsolatba kerülnek (IFSW, IASSW, 3Sz). Ebből kifolyólag egy kliens illetve kliensrendszer problémáinak felmérése azt igényli, hogy alapos ismeretekkel rendelkezünk magáról a kliensről, a kliens környezetéről, valamint figyelembe vegyük azokat a különböző rendszereket, amelyek a kliensre hatással vannak. Ezek a gazdasági, jogi, nevelési, egészségügyi, társadalmi rendszerek. Ezeket a rendszereket hivatottak megismertetni az elméleti ismereteket nyújtó kurzusok.

A Szegedi Tudományegyetem szociális képzés alapszakán megszervezett kurzusokon keresztül a hallgató megismeri az állampolgárok életét legjelentősebben szabályozó jogi normarendszert, megismeri az állami szervezetrendszer működését, kitekintést nyer az Európai Unió jogforrási rendszerére, megismeri a polgári jogi, büntetőjogi alapokat, megismerkedik az alapvető emberi jogokkal stb. Segítséget kap a jogszabályok olyan szintű alkalmazásához, amely a leendő munkatevékenységéhez elengedhetetlenül fontos.

A szociológia, társadalom- és szociálpolitikai kurzusok tanításának célja, hogy megismertessék a hallgatókat a magyar társadalom szerkezetének legfőbb jellegzetességeivel, hogy a hallgatók megismerjék azokat a kutatási módszereket, amelyek lehetővé teszik a társadalmi történések vizsgálatát. A hallgatók megismerik a szociálpolitikai technikákat, alapelveket, a szociális megoldások hatásosságát és hatékonyságát.

Természetesen az esetkezelés módszertanát is tanulják a hallgatók, amely kurzusok keretein belül elsajátítják a beavatkozási modelleket, minek következtében képessé válnak egy intervenció professzionális megtervezésére, kivitelezésére, dokumentálására és értékelésére.

A pszichológiatudományok terültéről is megkapják a tanulók a választott hivatás végzéséhez szükséges tudást, megtanulják a személyiséget, mint rendszert szemlélni, betekintést nyernek a különböző családterápiás módszerekbe. Választott kurzus keretein belül a hallgatók megismerkedhetnek a gyermekrajzok elemzésével, növelve ezzel a gyermeki személyiség, illetve az őt körülvevő környezet, események megismerési módszereinek repertoárját.

A képzés alatt kapott egészségügyi alapismeretek megalapozzák a tanulmányok későbbi fázisában szereplő pszichiátria, közegészségtan, társadalom-egészségtan tárgyakat valamint kellő felkészültséget és ismereteket nyújtanak a hallgatónak, hogy feltalálják magukat az egészségügyben, az idősekkel, függőségi betegségben szenvedőkkel végzett szociális munka területén.

A felsoroltakon kívül a hallgatók átfogó képet kapnak a civil szféráról, ismereteket szereznek a napjainkban oly nagy jelentőséggel bíró projektmenedzsment témában, és a számítógépes ismereteiket is fejleszthetik.

Természetesen, az általam felsorolt ismeretanyag csak egy szegmense a képzés alatt megszerzhető tudásnak.

Nagy öröömre, 2013 februárja óta tanszékünkön szociálpolitika mesterképzés (MA) is folyik. A képzés 4 féléves. A mesterképzésben (master) szakmai specializálódásra, elmélyültebb tudás megszerzésére van lehetőség. Nekem különösen öröömre szolgált, a szociális munka-szociálpolitika „párosítás”. Bármennyire is jó egy ország szociálpolitikája, mindig vannak kliensek, akik kiesnek a szociális védőhálóból. A szociálpolitika folytonos javításának célja, hogy befoltozza, és ne csak áthelyezze a lyukakat a hálón. Úgy gondolom a szociális munkások azok, akik leginkább látják, hogy hol a lyuk a hálón. A Szegedi Tudományegyetem Szociális Munka és Szociálpolitikai Tanszékén megszervezett mesterképzés felkészíti azokat a szociális munkásokat a szociálpolitikai szerepvállalásra, akik elhivatottságot éreznek az irányba, hogy részt vállaljanak ezen szakpolitika alakításában, hozzájáruljanak a szociális ellátórendszer működtetéséhez, hatékonyan képviseljék a társadalmi érdekeket, és bekapcsolódjanak a kutatásba és az oktatásba is.

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat szerepe a szegedi hajléktalan ellátásban

Gulyás Nikoletta

intézményvezető

Magyar Máltai Szeretetszolgálat, Gondviselés Háza, Szeged

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület, az idei évben ünnepli magyarországi megalakulásának 25. évfordulóját. A Szegedi Önkéntes Csoport 1991-ben szerveződött, ezzel részt vállalva a Szegeden élő rászorulóknak megsegítésében.

Az MMSz első intézményét Szegeden 2001-ben a Retek utcában nyitotta, Játszótér-Játszóház formájában az ún. kulcsos gyermekek számára, a „Játszva megelőzni” program jegyében, melyet 2013-ban kibővített egy Rekreációs- és Sportparkkal a „Sportolva megelőzni” program keretében.

2006. júliustól intézményi keretek között utcai szociális munka szociális alapszolgáltatás működtetését kezdte meg az MMSz. Az utcai szociális munka célja az ellátatlan, de az intézményes gondozással szemben bizalmatlan, az utcán életvitelszerűen tartózkodó egyének, csoportok szociális és mentális segítése, elsősorban életmentés, megelőzés, integrálás céljából. 2007. novembertől kiegészült egy második utcai szolgálattal, valamint 2010. júniustól elindult a harmadik utcai szolgálat is, meghatározó szerepet vállalva Szeged város hajléktalan ellátásában. A 3. utcai gondozó szolgálat 2011. december 31-ével megszűnt, mivel pályázati forrásból csak 2 utcai szolgálat működtetésére van lehetőség.

Ellátottak számának alakulása														
	2006-2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő
Utca 1.	210		140		94		65		63		89		90	
	196	14	115	25	70	24	49	16	48	15	74	15	70	20
Utca 2.					59		66		53		82		87	
					46	13	53	13	42	11	65	17	68	19
Utca 3.							36		47					
							33	3	42	5				
Összesen	210		140		153		167		163		171		177	

Az egy utcai szolgálatra jutó ellátottak száma jelentősen megnőtt, 88 fő/utcai szolgálat, ez a minőségi munka végzését nagymértékben befolyásolja. Az utcai szociális munka tevékenységet 3 fő szociális munkás és 1 fő pedagógus látja el önkéntesek bevonásával, munkanapokon 8 órában, ebből 6 órában az ellátási területen. A törvényi előírásnak megfelelően a téli időszakban utcai szociális munkát biztosítunk minden nap 22 óráig az esti órákban is. Mivel délutánonként - esténként a hivatali nyitva tartás miatt szociális ügyintézés nem lehetséges, így teajáratot végeznek a munkatársak.

Esetmegbeszélésre heti rendszerességgel van lehetőségük a szolgálatoknak, hétfői napokon az intézmény székhelyén. A tevékenység végzésére 2 autó áll rendelkezésre.

Az utcai szociális munka, mint szociális alapszolgáltatás során, az egyén társadalmi reintegrálásának elérése, megfelelő intézménybe juttatása mellett jelentős szerepet kap az életmentés, illetve a megelőzés. Klienseik között számos olyan egyén van, akit mozgásképtelensége, vagy mozgásának korlátozottsága miatt rendszeresen gépkocsival szállítanak, vagy kísérek orvosi vizsgálatra, kezelésekre szociális munkásaink.

A szolgálat a téli időszakban - november 1. és április 30. között - teajáratot működtet minden hétfőn, csütörtökön és pénteken élelmiszert és teát oszt a város területén tartózkodó hajléktalan személyek számára, kb. 15 fő részére alkalmanként. A kliensek a tea és a zsíros kenyér osztásának helyszíneit, időpontjait már jól ismerik. Ehhez anyagi támogatást a Hajléktalanokért Közalapítvány pályázatán nyertünk. Szintén a Hajléktalanokért Közalapítvány pályázatából nyílt lehetőségünk téli cipő, C-vitamin, valamint gyertya vásárlására, melyet az utcai szolgálatok ellátottaik közt osztottak szét.

A hajléktalanok ellátását segíti a mozgó orvosi szolgálat, mely során négy orvos egymást váltva az utcai szolgálattal együtt figyelemmel kísérik a kliensek egészségi állapotát, megvizsgálják őket, szükség esetén gyógyszert adnak, illetve recepteket és beutalókat javasolnak a háziorvosi rendelőben, és kezdeményezik az intézményi elhelyezést az egészségügyi centrumban. Bejelentkezett hajléktalanok száma (2013 év) 272 fő, esetszám: 1.710.

Az MMSz Szegedi Csoport Utcai Gondozó Szolgálat 2006. novemberben kezdte meg Krízisautó Szolgáltatását Csongrád megyében. Ellátási időszaka november 1. és április 30. között 24 órában.

Munkájukat együttműködési megállapodás keretében végzik az MMSz Dél- Alföldi Regionális Diszpécser Szolgálattal. A Diszpécser Szolgálat a hozzá befutó lakossági, intézményi jelzések alapján keresi meg az utcai szolgálatot. A hozzá beérkező információk, jelzések legpontosabb átadásával jelzi a problémát és egyeztetni a szükséges és lehetséges teendőket a szolgálat szociális munkásaival. A krízisfeladat kezeléséről, megoldásáról, az esetlegesen felmerülő problémákról az utcai szociális szolgálat dokumentációt készít és tájékoztatja a diszpécser szolgálatot.

A bejelentéstől számított 1 órán belül az utcai szolgálatnak a helyszínre kell érkeznie, meleg ruházattal, élelmiszerral, hiszen a leggyakoribb probléma az átázott, hiányos ruházat, legyengültség, kihülés veszélye. A jelzések leggyakrabban a Kecskeméti működő Diszpécser Szolgálattól érkeznek, kiegészülve lakossági, rendőrségi bejelentésekkel.

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013.12.31-ig
Kivonulások száma krízis-időszakonként	22	18	32	52	60	34	13

2008. február 1-el kezdte meg működését a nappali melegedő (engedélyezett férőhelyek száma 30 fő), melynek elsődleges célja, hogy a hideg időszakban fűtött helyiségben biztosítson melegedésre, étkezésre és alapszintű higiénés szolgáltatások elérésére

lehetőséget hajléktalan személyek számára. Ezen kívül az intézmény a megjelenők számára olyan napközbeni ellátásokat/szolgáltatásokat nyújt, melyek segítik az adott személyt mindennapi problémáinak megoldásában, a hasznos időtöltésben, valamint a hajléktalanságból kivezető egyéni megoldások megtalálásában. A szolgáltatás egyéni szükségletekre alapozott, rövid és hosszabb távú ellátásokat kínál, amely nagymértékben épít a kliensek aktív és felelős részvételére. A szolgáltatások biztosítása során alapvető szakmai kritérium, hogy a klienst szükséges támogatni a saját sorsa feletti felelősségének újraélésében, de nem helyes megoldani helyette azokat a feladatokat, amelyekre ő maga is képes.

A nappali melegedőnek számos szolgáltatása vehető igénybe, melyek megkönnyítik a társadalom periferiájára szorult emberek hétköznapi életét: ilyen például a mindennapi étkeztetés, melyet a szűkös anyagi keretek ellenére is próbálunk változatosá tenni. Emellett természetesen lehetőségük van tisztálkodni, mosatni, ruháikat, személyes holmijukat eltárolni. Mindemellett fő feladatkörbe tartozik ezen embereknek a mentális segítségnyújtás, életvezetési tanácsadás, útmutatás, valamint az iratok pótlása, melyhez költségmentességi nyomtatványt adunk, szükség esetén postacímét biztosítunk számukra, értesítéseiket, leveleiket saját kezükbe adjuk át. Adományokból létrehoztunk a pihenőszobában egy „kis könyvtárat”, melyet bármikor igénybe vehetnek. Van televízió és DVD- lejátszó, hetente kétszer filmvetítést szervezünk. Kézműves foglalkozásokat is tartunk, az aktuális ünnepekhez kapcsolódóan. Klienseink ezeken a programokon örömmel részt vesznek, alkotásaikat elvihetik magukkal, illetve elhelyezhetik a nappali melegedőben. Karácsony közeledtével ellátottainkkal közösen díszítjük fel a karácsonyfát az általuk készített díszekkel. Minden évben az immár hagyománnyá vált betlehemes előadást tekintik meg ellátottaink.

A nappali melegedő és a hozzá tartozó szolgáltatások igénybevételéhez kizárólag a házirendet kell a klienskörnek betartani, melynek fő pontjai a következők: 1 évnél nem régebbi érvényes tüdőszűrő lelettel kell rendelkeznie, alkohol vagy kábítószer hatása alatt álló személy nem tartózkodhat bent, szűrő, vágó eszközt senki nem tarthat magánál, erőszakos, agresszív viselkedés esetén az intézményt el kell hagynia.

2012. július 1-től a nappali melegedő szolgáltatásait igénybe vevőket elektronikus rendszerbe a Központi Elektronikus Nyilvántartás Szolgáltatást Igénybe Vevők és Tevékenység Adminisztráció rendszerében rögzítjük. Klienseink egy része a városban található más nappali ellátást is igénybe veszik (nappali melegedő, szociális étkeztetés), ezért a rendszer „ütközést” mutat. Ez azt jelenti, ha mindkét szolgáltató lejelenti ugyanazon klienst, akit ténylegesen ellátott, az ütközés miatt normatíva nem jár egyik ellátónak sem.

Egészségügyi Centrumunk 2009-ben nyitotta meg kapuit. Elsősorban azon beteg, hajléktalan személyek elhelyezésére létesült, akik éjjeli menedékhelyen, átmeneti szálláson, közterületen, vagy lakhatásra alkalmatlan helyiségben életvitelszerűen tartózkodnak, betegségük nem igényel kórházi ellátást, azonban utcán tartózkodásuk és betegségük együttesen veszélyeztetné életüket, és betegségük miatt a hajléktalan-

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Napi (tényleges) átlagforgalom	31	45	53	58	73	84

ellátás más intézményeiben nem láthatóak el megfelelően. Gyakorlatilag az egészségügyi intézmények és a szociális intézmények/hajléktalanszállók közötti ellátási forma, mely a rászorulóknak részére 24 órás teljes ellátást biztosít, térítésmentesen.

Ellátási egységeink az Egészségügyi Centrumban: háziorvosi szolgálat (hétköznap 8:00-16:00-ig), lábadozó (betegszobák –menedékhely), orvosi ügyelet (hétköznap 16:00-8:00-ig, hétvégén 24 órában), mozgó orvosi szolgálat (utcai gondozó szolgálat idejében minden hétköznap).

16 ágyon fogadjuk a beteg hajléktalan embereket. Az alapvető fiziológiai szükségleteik biztosításával hozzásegítjük őket életésélyeik növeléséhez, szakápolási feladtvégzéssel a mielőbbi gyógyuláshoz, táplálékkal az erőnléti állapot javulásához, gyógyszerekkel az egészségi egyensúlyi állapot fenntartásához, tisztasággal-biztonsággal a nyugodt pihenéshez. Betegeink önellátását nagymértékben meghatározza a tartós utcai életmódjuk, az ebből eredő alapbetegségek, azok szövődményei, illetve a tartós alkohol és dohányfogyasztás is.

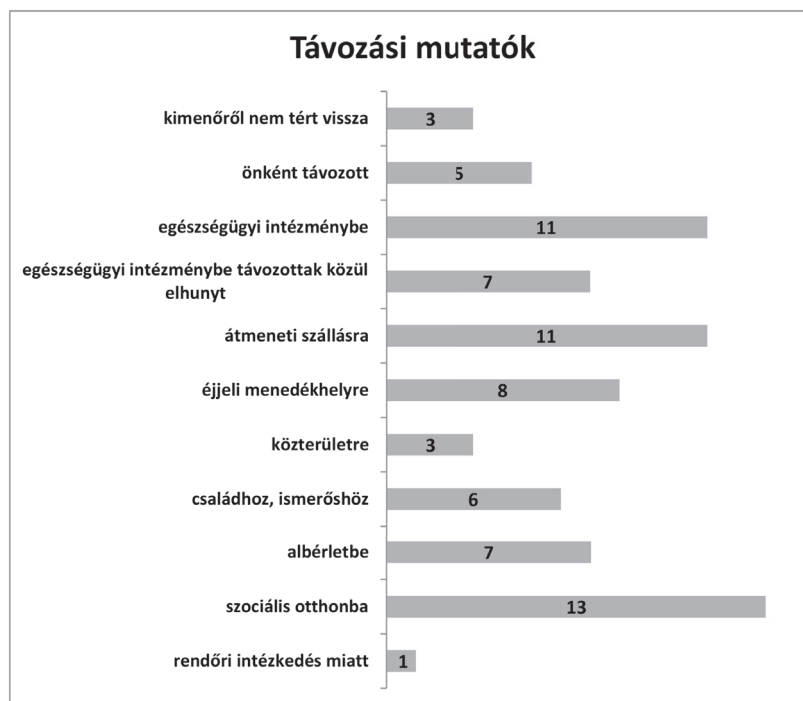
Az érzelmi és fizikai hiányban szenvedő betegek átalakult személyiségét, az ellátó személyzetnek figyelembe kell vennie, a gondozás-ápolás során. Amennyiben a beteg-ápoló kapcsolatában kommunikációs hiányosságok, zavarok jelentkeznek - akár a fent említett okok miatt, akár a beteg ember élethelyzetéből adódóan, illetve a betegellátó személyzet viszonyulása nem megfelelő ezen élethelyzet sajátosságaihoz – az, az együttműködést nagymértékben módosíthatja, vagy el is ronthatja.

Betegeink ellátási időtartama nagyon különböző, a gyógyulási idő és a szociális munka folyamata együttesen határozza meg az intézményi ellátás időtartamát. Betegeink átlagosan 74 napot töltenek intézményünkben. Jövedelemmel nem rendelkező klienseinknek koruk és egészségi állapotukat figyelembe véve megpróbálunk valamilyen tartós jövedelmet igényelni (pl.: egészségkárosodáson alapuló rendszeres szociális segély, rokkantsági ellátás, fogyatékosági támogatás, aktív korúak támogatása, időskorúak járadéka). Az aktív korú, munkaképes betegeinket munkaerőpiacra való visszatérésük érdekében munkaügyi központtal való együttműködésre próbáljuk ösztönözni, álláskeresésüket álláshirdetések elérésének biztosításával, tanácsadással, telefonhasználat biztosításával támogatjuk. Jövedelemmel rendelkező betegeinknek folyamatosan segítséget nyújtunk a koruk és egészségügyi állapotuknak megfelelő elhelyezésekhez átmeneti szállásokra, vagy szociális otthonokba. Nehezíti klienseink elhelyezését, hogy mind az átmeneti, mind a tartós elhelyezést nyújtó intézményekben kapacitáshiány tapasztalható. Különösen nehéz a még aktív korú, mozgáskorlátozott, tolószék használatára kényszerült hajléktalanok elhelyezése, valamint az önellátásra nem, vagy csak részben képes pszichiátriai betegek elhelyezése.

2013. évi adatok

Hajléktalanok Háziorvosi Rendelőjében 2013. évben bejelentkezett hajléktalanok száma: 1.516 fő, esetszám: 5.590. Az ellátott esetek közel 20 %-át kellett kiegészítő vizsgálatra utalni- ezek jelentős része a diagnózis megerősítéséhez, illetve a NRSZH szakértői bizottsághoz történő beutaláshoz voltak szükségesek. Az Egészségügyi Centrumba felvett betegek szoros gondozási, kivizsgálási, ellátási feladatokat követelnek meg mind az ápoló részleg, mind az orvosi rendelő, és az ügyeleti ellátástól. A rendelő megpróbál jó együttműködést kialakítani a fekvőbeteg és járó-beteg intézményekkel. Változatlanul megállapítható azonban, hogy a „hajléktalan embe-

reket” sokszor fenntartások mellett fogadják, és némely esetben nehezebb a gyógykezelésük.



A problémák sikeres megoldása érdekében munkánkat kölcsönös segítségnyújtásra alapuló szakmai együttműködéssel végezzük a városban dolgozó hajléktalanellátó intézményekkel, karitatív szervezetekkel, rendőrséggel, mentőkkel, kórházi szociális munkásokkal, stb. Havi rendszerességgel tartunk szakmai megbeszéléseket, ahol az intézmények vezetői, dolgozói illetve önkéntesei vannak jelen. Ezen megbeszélések minden résztvevőnek szakmai feltöltődést jelentenek, segítik a szakmai dilemmák átgondolását, a kétségek eloszlatását és a kérdések megválaszolását, hiszen a szociális munkás mindezekkel nap, mint nap szembesül pályája során.

Folt a hálón? Szociális munka a pszichiátriai ellátórendszerben

Vas Ágnes szociális munkás, Bánfi László szociális munkás

SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ

Ápolásvezetési és Szakdolgozói Oktatási Igazgatás, Szociális Munkás Szolgálat

A szociális munkás szerepe az egészségügyben több szempontból is speciális. Munkánk keretét az egészségügyi ellátórendszer képezi, és ezen kereteken belül bizonyos aspektusból alárendelt pozíciót foglal el tevékenységünk – hiszen a rendszer fő funkciója a gyógyítás-kezelés. Más szemszögből nézve viszont ez kiegészítő, támogató tevékenység. Támogató nem csupán a kliens, hanem az egészségügyi ellátó személyzet (orvos, ápoló, szakgondozó) számára is – különösen a pszichiátria berkein belül, a pszichoszociális kockázatok, hatások felmérése, kezelése szempontjából. Ez bizonyos fajta „összefogást”, folyamatos kommunikációt, partneri viszonyt feltételez a szociális és az egészségügyi végzettségű munkatársak között.

A szociális munka egészségügyi rendszeren belüli önállósága – a mindenképpen pozitívumként értékelendő szakmai önállóság mellett – bizonyos szempontból nehézségeket is okozhat, hiszen a „rálátás” esetleges hiánya kommunikációs problémához vezethet, „elsikkadhatnak” olyan problémák, amelyek a szociális segítő kompetenciájába tartoznak, viszont jelzés nem érkezik. Esetenként viszont inadekvát kérések is érkeznek az egészségügyi személyzet részéről.

A Szegedi Tudományegyetem Ápolás Igazgatása – éppen a klinikákon dolgozó szociális munkások „kakukktójás” mivoltából fakadó dilemmák, illetve a munka során felmerülő egyéb konfliktusos kérdések rendezése reményében – megalakította a Szociális Munkás Szolgálatot, mely szervezeti kereteket biztosít a szociális munkások tevékenységének és lehetőséget teremt a szakmai tevékenység összehangolására.

Szeged városában a pszichiátriai ellátás túlnyomó részét a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Pszichiátriai Klinika biztosítja mind a fekvő-, mind a járóbeteg-ellátás, mind pedig a pszichiátriai gondozás tekintetében. Mindezeket túl az intézet feladata elsődlegesen a város vonzáskörzete lakosságának, illetve a progresszivitás legmagasabb szintjén a Dél-Alföldi régió populációjának pszichiátriai ellátása is.

A klinika jelenleg 3 telephelyen biztosít fekvőbeteg-ellátást, mintegy 150 ágygal, melyek négy osztályba szervezeten működnek (ezek: akut pszichiátria, addiktológia, krónikus osztály, és rehabilitáció). Egy negyedik telephelyre összpontosul a járóbeteg-ellátás és a pszichiátriai gondozás.

Az intézetben a hagyományos orvosi, ápolói szerepeket betöltőkön kívül pszichológusok, gyógytornászok, mentálhigiénés szakemberek, gyógyfoglalkoztatók is részt vesznek az osztályok mindennapjaiban, és immár több mint két évtizede a segítő köré kiegészült szociális munkás szakemberekkel is.

A pszichiátriai betegségek közel sem egységes csoportot képeznek. Talán a legismertebb betegségcsoportot a „klasszikus elmebetegségek” képezik (szkizofrénia, bipoláris zavar, paranoia, pszichotikus depresszió stb.), míg a legnagyobb csoportba azok a mentális betegségek tartoznak, melyek vezető tünetei a stresszel, szociális-

alkalmazkodási zavarokkal kapcsolatosak (szorongás, depresszió, pánikbetegség, szomatoform zavarok stb.). Önálló csoportként tekinthetünk a személyiségzavarokra, melyek az egészségügyi és a szociális ellátás szinte minden területén feladatot generálnak. A pszichiátria határterületén helyezkednek el a negyedik csoportot képező kórképek, melyek ellátása gyakran „jobb híján” marad a pszichiátriára (demenciák, mentális retardáció).

A ma egyre gyakoribb szociális krízisek megélése még a nem pszichiátriai beteg populációnál is olyan pszichopatológiai tünetekkel jelentkezhet, mint a kilátástalanság-érzet, a létbizonytalanság miatti szorongás, bizonytalan jövőkép, a feleslegesség érzése, a visszautasítások miatti frusztráció (pl. munkahelykereséskor) – érthető tehát, hogy egyes pszichés tünetek jelentkezése önmagában nem feltétlen jelenti pszichiátriai betegség meglétét.

Pszichiátrián dolgozó szakemberek (különösen pszichiáterek, de gondozónők, ápolók is) – szubjektív megítélésük alapján – gyakran számolnak be a betegnél beállított terápia elvárnál kisebb hatékonyságáról. Ez a jelenség az utóbbi években egyre gyakoribbnak tűnik. Ezeknek az eseteknek a hátterében gyakran a megoldatlan, rendezetlen szociális háttér, egzisztenciális nehézség áll. Gyakori például, hogy a szorongás, a depresszió tünetei a gyógyszeres kezelés ellenére sem enyhülnek, mivel az ezt kiváltó – általában igen súlyos – szociális, egzisztenciális problémák továbbra is nyomasztják a beteget.

Maguk a betegek is gyakran beszámolnak erről („gurul a pirula, szedem a gyógyszert, mégis veritékben úszva ébredek: miből fogom kifizetni a fűtést...” /53 éves nő/) /

Az egyébként is „instabil” pszichés állapot miatt, pszichiátriai megbetegedés esetén a szociális-egzisztenciális nehézségek lényegesen destruktívabbak lehetnek, még inkább kiszolgáltatottabb helyzetet idézván elő. A pszichiátriai betegséggel élők – szociális helyzetüket és kilátásaikat tekintve – eleve gyakorta hátránnyal „indulnak”.

A mentális megbetegedések néhány jellemzője jelentős befolyással lehet a szociális státusz alakulására. A leggyakoribb a szociális és mindennapi problémamegoldó funkciók csökkenése, ami az életminőség romlását vonhatja maga után. A betegnek a kóros állapotból adódó zárkózottsága, befelé fordulása szociális izolációt eredményez, a kapcsolatok hiánya a környezetében élőkől, családtagoktól (mint potenciális támogató háttértől) való eltávolodáshoz vezet. Saját helyzetét a beteg esetenként nem reálisan értékeli, így a problémamegoldás sem feltétlen adekvát. A munkaképesség csökkenése – mely gyakorta már fiatalkortól fennállhat – élethosszig tartó alacsony jövedelmet, állandó egzisztenciális nehézségeket okoz.

Megállapítható tehát, hogy a pszichiátriai betegek általában sokkal inkább kiszolgáltatott helyzetben vannak a szociális nehézségekkel szemben.

Az egészségügyön belül a szociális munkának természetesen több szegmense van (szülészet, gyermekgyógyászat, pszichiátria stb.), eltérő problémákkal, feladatkörökkel, kompetenciákkal.

A pszichiátria talán az a terület, amelyre a társadalom is gyakran kíváncsisággal vagy gyanakvással tekint. Itt dolgozóként sokszor találkozunk a kérdéssel: „De mit csinál ott egy szociális munkás?” A válasz egyszerű: amit a többi területen dolgozó szociális szakember, kiegészülve néhány – a pszichiátria jellegéből fakadó speciális

– feladattal, mint a gondnokság alá helyezés, a pszichiátriai otthoni elhelyezések, tanácsadás a hozzátartozóknak.

Természetesen érezhető, hogy az általánosnak mondható feladatok ellátása során is gyakran áthelyeződnek a hangsúlyok – a többi területhez képest. Fontos azonban hangsúlyozni: pszichiátriai betegséggel küzdő kliensek megjelennek a szociális ellátás több szintjén is (idősgondozás, családsegítés), ez nem csupán a mi „privilegiumunk”.

A szociális munkás feladatkörébe tartozik szinte minden – a kompetenciahatárok, az adatvédelmi szabályozás és az etikai normák által megszabott határokon belüli – olyan probléma, amivel a beteg felkeresi a szakembert, és természetesen nem egészségügyi, vagy gyógyszerészeti, pszichológiai jellegű a probléma.

A munkakörben konkrétan előírt ellátandó feladatok köre:

„Segítő beszélgetés; krízisintervenció; szociális tanácsadás; edukáció, informálás; szociális készségek fejlesztése; segítségnyújtás hivatalos nyomtatványok kitöltésében, ügyintézésében; egyéni kérelmek készítése; munkahelykeresés segítése; lakhatással és/vagy fenntartásával kapcsolatos segítségnyújtás; megváltozott munkaképességgel kapcsolatban tanácsadás, ügyintézés; hajléktalansággal kapcsolatos teendők, telefonos ügyintézés, informálódás, kapcsolattartás – a beteg részéről feltárt probléma kapcsán – különböző szervekkel. Szociális otthoni elhelyezések teljes körű intézése, valamint kapcsolattartás az otthonokkal, beleértve ebbe a beadott kérelmek nyomon követését is. Gondnoksági ügyek: kezelőorvos kérésére gondnokság kezdeményezése Gyámhivatal felé, gondnoksági ügyek nyomon követése, tájékoztatás (beteg, illetve hozzátartozó kérésére az ügymenetről, a gondnokság intézményéről), valamint a kijelölt gondnokkal való kapcsolattartás. Hozzátartozókkal való kapcsolattartás (kiemelten: gondnoksági ügyekben, szociális otthoni ügyekben stb.), hozzátartozók tájékoztatása. Nyomon követés (nem jelentkező betegeknél, klinikára utalt gondozott kliensek esetében, stb.). Egyéb – a szociális szakember mérlegelése szerint hatáskörébe tartozó – felmerülő probléma kezelése a szakmai, és kompetenciahatárok maximális betartása mellett. A pszichiátriai gondozás keretében esetenként – amennyiben szükséges – látogatás a beteg otthonában gondozónővel vagy önállóan, informálódás a beteg környezetéről, illetve az ott felmerült problémákról. Adminisztráció, az események, tevékenységek dokumentálása.”

Nem új keletű, régóta hangoztatott probléma, hogy a pszichiátriai osztályok eredeti – gyógyító, egészségügyi – funkciója mellett más, bizonyos szociális funkciókat kényszerűen vállalnak át, mely tendencia az utóbbi időben felerősödött. A betegek egy része szociális indikációval kerül felvételre, átvételre, vagy megnyúló kórházi tartózkodásuk szociális indikációjú: megoldatlan szociális háttér (pl. télen fűtés nélküli lakás), lakhatás megoldatlansága, idős demensnél a felügyelet hiánya.

Ezen helyzetek kezelése gyakran hosszú időt vesz igénybe, a maximális ápolási napok számát is kimerítve. Esetenként a (ál)megoldást a beteg egy másik intézménynek történő átadása jelenti. A támogató háttér hiánya itt érezhető leginkább. Az egyedül élő, magára maradt beteg gyakran csak az osztályról várhat segítséget...

A pszichiátriai ellátáson belül is speciális a szenvedélybetegek helyzete. Az általános vélekedés szerint maguknak keresik a bajt. A „pénzért veszik a betegséget” hozzáállás általánosnak nevezhető az társadalom „egészségesnek” nevezhető többsége és az

egészségügy részéről is. A betegek állapotának javulását a kórház támogatja, kapnak a betegek némi útravalót a „kinti” életükhöz, de az ehhez szükséges támogató közeget még a kórházi bent tartózkodás alatt meg kell találni vagy meg kell szervezni (addiktológiai rehabilitációs intézmény keresése, önszorgító csoportok felkutatása, életviteli tanácsadás, csoport szervezés, vezetés stb.).

Mind a szociális, mind pedig a pszichiátriai ellátórendszer alacsony érdekérvényesítő képességű, tartósan – gyakran egy életen át – segítségre szoruló emberek támogatására szerveződött. Sajátosságaikból adódóan e két rendszer eddig sem volt, és vélhetően ezután sem lesz a közvélemény és a politikai vezetés látókörének fókuszában, főleg nem pozitív előjellel. Mégis, mindkét rendszer arra törekszik, hogy valamiféle védőhálót feszítsen ki a mindennapok kihívásainak szakadéka fölött tétován egyensúlyozók alá, hogy gyakori egyensúlyvesztésük ne legyen végleges. Különbőféle, gyengén szőtt, sokszor szakadozott hálók ezek. Együtt alkalmazva a két háló gyakran mégis sikeres: az egyikben támadt lyukat a másik még ép területe pótolja, foltozza be.

Útmutató az Acta Sana szerzői számára

A folyóirat célja: Az Acta Sana lektorált folyóiratként összefoglaló közleményeket, eredeti tudományos munkákat és esetismertetések közöl. Előnyben részesülnek azok a közlemények, melyek az ápolói, védőnői, fizioterápiás és szociális munka elméletéhez és gyakorlatához, valamint képzéséhez kapcsolódnak.

Közöljük még hallgatóink Országos Tudományos Diákköri Konferencián díjazott előadásait közlemények formájában, beszámolókat országos és nemzetközi konferenciákról.

A kéziratok elbírálásának és elfogadásának joga a szerkesztőséget illeti. Az útmutató gondos tanulmányozása és a kéziratnak az abban foglaltak szerinti elkészítése meggyorsítja a kéziratok szerkesztőségi feldolgozását.

Kézirat nyelve: magyar (magyar és angol nyelvű összefoglalóval), vagy angol (magyar szerző esetén magyar és angol nyelvű összefoglalóval; külföldi szerző esetén csak angol nyelvű összefoglalóval).

A kéziratokat elektronikus formában kérjük beküldeni. Az illusztrációkat (számítógéppel rajzolt ábrák, táblázatok, grafikonok) külön fileként, fekete-fehér színben, jól elkülöníthető formában kérjük elküldeni. A fotók reprodukálásához eredeti papírképet, esetleges elektronikus hordozón a már digitálisan feldolgozott képet szükséges csatolni. A használt szoftver megjelölése kívánatos. A Microsoft Office program csomag használatát kérjük.

A kézirat tartalmazza: 1. címlap; 2. magyar összefoglalás, kulcsszavak; 3. angol összefoglalás (angol címmel), key words; 4. rövidítések jegyzék (ha van); 5. szöveg; 6. irodalomjegyzék; 7. táblázatok; 8. ábrajegyzék; 9. ábrák, külön mellékletként.

Forma és stílus: Az oldalszámozást a címlaptól kezdve folyamatosan kell megadni. Az egyes felsorolt tételeket külön lapon kell kezdeni.

1. A címlapon sorrendben a következők szerepeljenek: a kézirat címe, mely rövidítést nem tartalmazhat, a szerzők neve- az utolsó szerző neve előtt "és"- a szerzők munkahelye (feltüntetve a város is), pontos utalással arra, hogy mely szerző mely munkahelyen dolgozik.

2-3. Az összefoglalást magyar és angol nyelven kell beküldeni, külön-külön lapon. Nem tartalmazhat rövidítéseket. Megszerkesztésénél az alábbiakat kell figyelembe venni:

"Bevezetés", "Célkitűzés", "Módszer", "Eredmények" és "Következtetések" lényegre törő megfogalmazása történjék oly módon, hogy csupán az összefoglalás elolvasása is elegendő legyen a dolgozat lényegének megértéséhez. Az összefoglalókat kérjük a fentiek szerint egyértelműen tagolni. A magyar és angol összefoglalás hossza igazodjon egymáshoz, az egy szabvány gépelt oldalt - külön-külön - ne haladják meg.

Az egészségtudománnyal kapcsolatos közleményekben az Index Medicusban használt kulcsszavakat kell alkalmazni.

4. A kéziratban előforduló, nem általánosan elfogadott rövidítésekről külön jegyzéket kell készíteni.

5. A kézirat világos szerkesztése különösen fontos az olvasó számára. Az eredeti közleménynél a bevezetőben néhány mondatban meg kell jelölni a kérdésfelvetést. A részletes történelmi bevezetést kerülni kell.

6. A módszertani részben világosan és pontosan kell leírni azokat a módszereket, amelyek alapján a szerzők az eredményeket megkapták. Amennyiben a módszereket már közölték, csak a metodika alapelveit kell közölni, hivatkozva a megfelelő irodalomra.

A statisztikai módszereket és azok irodalmát is meg kell adni.

Az eredmények és megbeszélés részeket külön és világosan kell megszerkeszteni.

A megbeszélés rész legyen kapcsolatban az idevonatkozó legújabb ismeretanyaggal, valamint azokkal a megállapításokkal, amelyekből a szerzők a következtetéseket levonták. Az eredmények újszerűsége világosan tűnjön ki.

A módszerek, eredmények, megbeszélés részek megfelelő alcímeket kapjanak.

A közlemények hossza a 10 szabvány (1800 karakter/oldal) gépelt oldalt nem haladhat meg.

7. Irodalmi hivatkozások. Az irodalmi hivatkozásokat a legújabb eredeti közleményekre és összefoglalókra kell korlátozni. Csak azok az irodalmi hivatkozások sorolhatók fel, melyekre a szövegben

utalás történt és direkt kapcsolatban vannak a kutatott problémával. A hivatkozásokat idézettségük sorrendjében kell megadni, az egyes tételeket új sorokban, sorközzel elválasztva. Háromnál több szerző esetén a három szerző neve után “és mtsai” (négy szerző esetén a harmadik szerző neve után “és mtsa”) írandó. A folyóiratok nevének nemzetközi rövidítését kell használni.

Példa:

Kovács I.: A védőnő szerepe a perinatalis halálozás prevenciójában. Orv. Hetil., 2002, 123, 1234-1238.

8. Az idézett hivatkozások száma maximálisan 30, amelytől eltérni csak különlegesen indokolt esetben lehet. A kézirat szövegében az utalás az adott tétel számának zárójelben való megadásával történjen.

Az irodalomjegyzék végén meg kell adni a levelező szerző nevét és pontos címét.

9. A táblázatokat címmel kell ellátni, minden táblázatot külön lapon kell megadni. A címben és a táblázatban szereplő esetleges rövidítések magyarázata a táblázattal egy lapon szerepeljen.

10. Valamennyi ábra címét és a hozzátartozó esetleges rövidítések magyarázatát egy közös lapon kell megadni.

Az ábrákon és a táblázatokon ugyanazon adatok ne szerepeljenek.

A könyvismertetés formai követelményei: A kézírata kövesse az Acta Sana kéziratokra vonatkozó szempontjait. A könyv leírása tartalmazza a mű valamennyi bibliográfiai adatának pontos feltüntetését. (A mű szerzőjének / szerkesztőjének nevét, idegen nyelvből fordított könyvnél a fordító nevét. A mű címét, megjelenésének évét, kiadóját, a kiadó városának nevét, terjedelmét és ISBN számát)

Ortográfia: A köznyelvben meghonosodott idegen szavak írhatók magyar helyesírás szerint, egyébként az etimológikus írásmód követendő.

A kézirat elfogadására akkor kerülhet sor, ha maradéktalanul megfelel az útmutatóban foglaltaknak.

Az Acta Sana évente két alkalommal jelenik meg: márciusban és októberben.

A kéziratok a Szerkesztőbizottsághoz július 15-ig, vagy december 15-ig nyújthatók be:

E-mail: apolasi@etszk.u-szeged.hu

Postai úton:

**Acta Sana Szerkesztősége,
SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,
6726 Szeged, Temesvári krt. 31.**

Szerkesztőség

Guidelines to the Authors of Acta Sana

Aim of the journal: Acta Sana “Mens sana in corpore sano” - The Theory and Practice of Health and Social Care - is a peer-reviewed Scientific Journal of the University of Szeged, Faculty of Health Sciences and Social Studies. The journal carries comprehensive articles, original scientific papers and case studies. Papers connected to the education, theory and practice of nursing, health visiting, physiotherapy and social work are preferred. Awarded *National Scientific Student Conference* presentations by the students of the Faculty are published as papers, as well as accounts on home and international conferences.

The editorial board reserves the right to judge and accept manuscripts. Studying this guide and preparing the manuscript according to it will accelerate the editing processing.

The language of the manuscript: Hungarian (with abstract written in Hungarian and English) or English (with abstract written only in English).

Manuscripts should be sent in electronically. Please, attach the illustrations (computer drawings, charts, diagrams) as separate files in well differentiated black and white form. In case of photographs, please send the paper pictures but you may send electronically processed images, too. You should also indicate the software used. Please use the Microsoft Office package.

The manuscript includes: 1 the title page, 2 English summary (with English title) and keywords, 3 a list of abbreviations (if needed), 4 text, 5 list of literature, 6 charts, 7 list of diagrams, and 8 diagrams separately.

Format and style:

Pages should be numbered continuously starting from the title page. Individual items should be listed on separate pages.

1. The following should appear on the title page in this order: the title of the manuscript without any abbreviations, the name of the author(s) with an “and” before the last one, the workplace of the authors.

- 2-3. The summary should be sent in Hungarian and /or in English in separate pages. They should not contain abbreviations. The following should be taken into consideration: the “introduction,” “aims,” “methods,” “results,” and “conclusions” should be formulated briefly so that the reader be able to understand the gist of the paper by reading the summary only. The summary should be divided clearly to show these parts. The Hungarian and English version should look similar and they should not be longer than a standard typed page each.

Keywords in Index Medicus should be used in papers on medicine.

4. A separate list should be made on abbreviations that are not generally accepted.

5. A clear layout is especially important for the reader. The raised question should be formulated in a few sentences in the beginning of the main part of the paper. Detailed historic introduction should be avoided.

6. In the part of the methodology, the implemented methods that led to the results should be described clearly and accurately. If the methods were published earlier, only the basic principles should be outlined referring to the adequate literature. Statistical methods and their literature should also be added. The results and discussion parts should be edited separately and clearly. The discussion should be connected to the latest adequate information and to the statement that the authors sed to make their conclusions. The novelty of the results should be evident. The methods, results and discussion should be completed with suitable subtitles. The length of the paper should not exceed ten standard (1,800 characters/page) typed pages.

7. References. The list of literature should be limited to the latest original publications and summaries. Only those references can be listed among the literature which are referred to in the text and are in direct connection with the discussed issue. The references should be put in the order of their appearance in the text. Each item should be written in new lines divided by empty lines.

In case of more than three authors, “et al.” should be written after the third author. As for journals, their international abbreviation should be used.

Example:

Kovács I.: A védőnő szerepe a perinatalis halálozás prevenciójában. Orv. Hetil., 2002, 123, 1234-1238.

8. The number of references cannot be more than 30, from which you can deviate only in a special, justifiable case. Numbers in brackets in the text should indicate references. At the end of the references, the correspondent author’s name and full address must be added.

9. Charts should have titles and each chart should be on a separate page. The explanation of the abbreviations – if any – in the title and the chart should appear on the same page as the chart.

10. All titles and explanations of abbreviations that belong to diagrams should be put on a common page.

The same data should not appear in the diagrams and in the charts.

Orthography: Common foreign words can be written according to the rules of Hungarian spelling otherwise etymological spellings should be followed.

Papers are accepted only if they fully comply with these guidelines.

Acta Sana is published two times per year: in March and October.

The manuscripts should be submitted to the Editorial Board no later than 15 of July or 15 of December:

E-mail: apolasi@etszk.u-szeged.hu

Address:

**Acta Sana Szerkesztősége,
SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,
6726 Szeged, Temesvári krt. 31.**

Editors