

# **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

2015.  
X. évfolyam 1. szám



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

**2015.  
X. évfolyam 1. szám**

**TARTALOMJEGYZÉK**

<b>Chance or force?</b>	<b>5</b>
<i>Changes in the entitlements of the working-age unemployed in the perspective of social citizenship</i>	
Vida Anikó	
<b>A segítő foglalkozások tevékenység-profiljának pszichológiai összetevői</b>	<b>16</b>
<i>(Gondolatok az ápolók érdekképviseletre vonatkozó tanácsadói feladatkörének kialakításához)</i>	
Dr. Zakar András, Dr. Erdősi Erika, Dr. Helembai Kornélia	
<b>Aspects of Patient Conducting in Nursing</b>	<b>23</b>
Kornelia Helembai PhD	
<b>Hallgatói oldal</b>	
<i>A szegedi nonprofit szektor szociálpolitikai célú tevékenységeinek bemutatása egy adatbázis-kutatás tükrében</i>	<b>33</b>
Hős Gábor	
<b>Tudományos Fórum</b>	
<i>Új intézmény a betegjogvédelemben: az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ</i>	<b>47</b>
Dr. Mikes Lili	

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

**2015.  
Vol. 10. No. 1.**

**CONTENTS**

<b>Chance or force?</b>	<b>5</b>
<i>Changes in the entitlements of the working-age unemployed in the perspective of social citizenship</i>	
Vida Anikó	
<b>The psychological components of the activity profile of the helping professions</b>	<b>16</b>
<i>(Thoughts on framing the nurses' counselling functions related to advocacy)</i>	
András Zakar PhD, Erika Erdősi PhD, Kornelia Helembai PhD	
<b>Aspects of Patient Conducting in Nursing</b>	<b>23</b>
Kornelia Helembai PhD	
<b>Student Site</b>	
<i>A szegedi nonprofit szektor szociálpolitikai célú tevékenységeinek bemutatása egy adatbázis-kutatás tükrében</i>	<b>33</b>
Hős Gábor	
<b>Scientific Forum</b>	
<i>Új intézmény a betegjogvédelemben: az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ</i>	<b>47</b>
Dr. Mikes Lili	

---

---

# Chance or force?

## Changes in the entitlements of the working-age unemployed in the perspective of social citizenship

(PhD thesis)

**Anikó Vida**

Eötvös Lóránd University, Faculty of Social Sciences  
Doctoral School of Sociology  
Social policy Academic programme  
e-mail: vida@etszk.u-szeged.hu

### The topic, relevance and purpose of the thesis

I came into contact with the long-term unemployed as a social and employment consultant of the Újra Dolgozom (Back to Work) Program in a non-governmental organization more than ten years ago, to be precise in the summer of 2001. Before that I had been unemployed for nine months, which proved to be an advantage not only in the job interviews, but also in the subsequent work with a variety of disadvantaged groups. A few years later, as a social worker I regularly met and worked with social beneficiaries who were obliged by law to cooperate. The tasks of the assigned cooperating institutions included the development of personalized integration programs to encourage reintegration. Breach of the cooperation on the client's side may have had serious consequences: the partial and sometimes complete withdrawal of the benefits. The new role, the pressure to choose between the "professional ethics and bureaucratic rationality" (Kjorstad 2007) significantly changed the professional profile of the social institutions which previously worked largely on the bases of the principle of voluntary. Not to mention the fact that the social institutions were not sufficiently prepared for carrying out the specific tasks and forms of work with the long-term unemployed, partly because extra funds were not assigned to the new task circle, partly because they had to work with so many clients that it made impossible to provide the personalized assistance effectively.

In addition, the most commonly used active labour market policies (training, retraining, and wage subsidies) either did not address the most disadvantaged target groups, or provided only short-term income for them (e. g. public employment). The efficacy of the reintegration of the disadvantaged unemployed was further damaged by the fact that the personal meeting every three months prescribed by law was not sufficient for maintaining motivation in many cases, let alone for the real work. In this way, the new social practice for the social and labour market integration of people on regular social assistance - despite the declared intentions of the law - contained the well-known hazards of the Western European style workfare policies, namely, that the activation programs combined with work and other pressures inevitably lead to the exclusion of those people who cannot meet the requirements or for some reason do not fulfil them. (Castel, 1998, Handler 2003; McDonald. Marston, 2005)

However, my choice of topic was not only based on the self-contradictions in the system - and in particular, their ideological backgrounds -, but also on my personal experience, because every day I had to fight with powerlessness resulting from the lack of resources and the great number of clients and with the frustration of the clients who were forced to cooperate.

During the period between choosing the topic and the completion of the dissertation (2006-2013) there were significant changes in the support system of the working-age unemployed people, which could not leave intact the original concept of the paper either. Between 2007 and 2008 "*the welfare consensus has overturned*" (Zolnay 2013), one of the most prominent feature of which was an open political attack on the support system and the beneficiaries. The "Pathways to Work" program - adopted in 2008 and implemented in 2009 - was launched because of the discontent of rural citizens, their resentment against the beneficiaries, and this raised the sporadic anti-poor and anti-benefit policies of some local self-governments to a national level.

Thus the exclusionary mechanisms of the "inclusion" policy were placed in a wider context and the focus was shifted on the eligibilities of the long-term unemployed, mainly on the change in the equilibria between rights and responsibilities. As a theme, the theoretical framework that interpreted the changes

in the eligibilities of beneficiaries has also changed over the years. My initial hypothesis according to which hostile conditions of integration and adverse participation may sometimes have the same negative consequences as a deliberate exclusion (Sen 2003), did not change essentially but I had more and more doubts in connection with the basic concept of my work. It was not my intention to create a collection of “bad practices” at all. After a while I decided on the positive and openly normative – in critical terms, biased and subjective - use of full social membership because I hoped that in this manner I can avoid the trap of “I see what I want to see”, and I take notice of not only the new manifestations of the institutional mechanisms of exclusion in those facts that long-term unemployed benefits are becoming conditional, that eligibilities are narrowing, or that the enforcement of the principle of reciprocity is growing stronger.

This paper focuses on the analysis of the integrating policies aimed at active age unemployed people, and on following the changes in passive benefits. Because of the approach that focuses on rights and obligations, the so-called active labour market policy instruments are not or only tangentially dealt with. However, it does not mean that the benefits would be considered more important than or primary to the active devices and social policies.

The paper just wishes to raise awareness about the dangers when unconditional right to existence becomes conditional, especially for the most vulnerable groups in society who are in the worst advocacy positions. The most common objective of this study is the examination of the issue of full social membership in the era of the crisis of social welfare consensus.

### **The structure of the paper and the used methods**

The thesis consists of an introduction, six main and a summarising chapters. I discuss the mutual relationship of the chapters, as well as the applied research methods during a brief overview of each chapter:

**Introduction:** It includes the personal motivations of the choice of subject, the most important domestic and international aspects of the topic, and the purpose and structure of the paper.

**Attempt to determine the full citizenship:** The chapter defining the central concept of the paper first describes the basic interdependent legal pillars of the full citizenship on the basis of the well-known concept, primarily related to the name of Marshall (Marshall, 1991). This is followed by the legal and demand based interpretation of social security. Another important pillar of the chapter forming the theoretical framework is the exploration of the concept and meaning of social exclusion interpreted as the damage or denial of citizenship rights. The chapter ends with the little-known social-psychological and cultural aspects of the phenomenon: learned helplessness, anomie, system certification mechanisms, and cultural citizenship.

**From social citizenship to individual citizenship:** The chapter seeks to place the Hungarian forms of the “work for welfare” principle into international context, primarily looking for an answer on the question, how the expansion of activation paradigm altered the full social membership, especially the social citizenship, and what economic, political and general ideological antecedents led to the norm of individual citizenship. The chapter based on the literature analysis ends with the overview of the international debate on the introduction of a basic income to all citizens given equally and unconditionally as a citizenship right and the analysis of the arguments put forward against and in favour of it.

**Facts and interpretations of the Hungarian unemployment:** The fourth chapter forms a bridge both methodologically and in the choice of topic between the theoretical and the empirical chapters. The purpose is to schematically review the main trends in the labour market developments in Hungary since the regime change and analyse the changes in the pattern of unemployment. The Labour Force Survey database was used for exploring the impact of Hungarian unemployment, particularly for the economic and social changes; and for the presentation of the types and number of beneficiaries I studied the statistics on registered job seekers in the Employment Office.

**Rights and obligations in the regulation of the benefits for the working-age unemployed:** The chapter examines the changes in the unemployment entitlements over the past twenty years through the normative filter of social citizenship so the main objective of the analysis is to explore how the legislative changes reflect the concepts of the rights and duties of those forced out of the labour market, as well as the individual and social responsibility. The analysis is based partly on the Employment Law which

regulates benefits tied to insurance, partly on the Social Law which regulates the benefits of the working-age unemployed people.

**Semantic changes of unemployment in parliamentary debates on the bills of unemployment benefits:** The sixth chapter aims to review the parliamentary debates on the bills which regulate assistance and employment practices of the working-age unemployed. Only those bills submitted and accepted in the last two decades were included in the analysis which have brought a fundamental change in the unemployment benefits in cash, and in the conditions for accessing benefits. The main aim of the analysis is to identify normative framework of the bills (problem definition, the leading values and ideologies, concepts on human nature, rhetorical elements), which may serve as the basis for the basic concept and social setting of social legislation and for the presentation of the changes in the interpretation and in the management of unemployment.

**The practices of a small disadvantaged area in the field of benefits and public employment:** The chapter seeks to explore the characteristics of public employment and relief policies of a small disadvantaged area. In this “local deep drilling”, first of all I wanted to know what changes happened as a result of the legislative changes in 2010 and 2011 - in particular the cutting of benefits, the introduction of the 30-day obligation to work and the criteria of having to keep clean the living environment -, and also what the views of the interviewed experts were. The fieldwork was carried out in five municipalities in the Mórahalom small area between April and June 2012. The interviewed experts belonged basically to three groups. In each village I interviewed the village leaders (mayor, deputy mayor, and clerk), the social administration professionals, as well as the staff that work in basic social services. I mainly analysed statistical data to draw pictures of the economic and social situation of municipalities. In addition, I made great use of the previous research on the farmsteads region and the monographs of the towns as well.

**Summary:** In the last chapter I tried to resolve the contradiction inherent in the title of the thesis, namely this dilemma: in which circumstances could the conditionality of the benefits, or the attempts for re-activation contribute to the full social members of the recipients. Meanwhile, I examined the dangers of my own rights-based approach because just like activation, the support of passive existence can also have exclusionary mechanisms.

### **Conceptual framework of the thesis**

I hypothesized when defining the full citizenship, the central concept of the thesis that linking social rights with obligations violates not only human dignity but also justice and the right to dispose of one's own life. My approach is new - and this makes it into question – in the sense that Marshall's concept of citizenship (civil, political and social rights) was extended on cultural, symbolic and psychological aspects as well. The reader, however, may still remain in deficit sense, since in this section I tried to define the full membership in society not only on the basis of the relevant literature, but also bearing in mind their its - specifically, the paper's - value preferences. Hence, I did not aim at exploring all existing aspects of the concept, so there is no mention of any political participation or digital citizenship. I am aware of the difficulties of the initiative, as a full citizenship in itself is a very difficult and complex concept, which can be interpreted by its own traditions and conventions. As it is clear from the title of the chapter, I only attempt to determine the full range of social membership, the far-reaching significance of which is provided by not the exploration of the legal and philosophical contents but by creating the reference framework of the thesis.

In determining the basic concept I hypothesized that rights cannot be made conditional on the obligations, so there are basic rights that all citizens of the state enjoy regardless of merit and performance. For me, the most important lesson of this approach is that individual rights cannot be separated from each other, they build on each other in circles, so if one of the elements of citizenship is violated, then the whole citizenship is violated. Exclusion in this sense is none other than denial or lack of certain civil rights.

However, fundamental human rights and entitlements cannot be limited to the citizens. If we are considering the ideal criteria of the full social membership it is preferable to deduced them from the human essence on the principle of the universality of human rights. If we do so, then not the privileges derived from the existence of citizenship should be considered to be the basis for the full citizenship but human dignity.



Chan, after reviewing the different definitions of human dignity, concludes that respectful life is in the centre of human dignity, in which the self-esteem and social respect is of paramount importance. Self-esteem is related to human values such as the right and the ability to dispose of one's own life, and social respect can be related to the care and maintenance of social relationships. According to Chan, the bases of human dignity is the equal value of all human beings - on the basis of this all people can claim (regardless of sex, race, creed, etc.) equal rights and equal treatment. Chan refers to the autonomy as the fourth basic element of human dignity, which in turn is unimaginable without social, economic and political resources and opportunities. (Chan, 2004)

We have to mention the approaches that interpret poverty as a lack of possibility, according to which the relative social security ensures freedom for the individual, which is necessary for full social participation. It of course does not mean that the presence of economic capital alone could guarantee the full membership for anyone. If the employment is interpreted as a political right, the introduction of the basic income of citizenship would not be able to provide a sense of self-esteem and social usefulness for the unemployed, and it would even institutionalize that the society does not need the work of the individual. (Gorz 1999, Phelps 2000)

Thus the full social membership requires - in addition to the civil, political and social rights - that the members of the society are interested in the society in which they live. (Dahrendorf 1994) The members of vulnerable groups, such as the long-term unemployed, often feel themselves to be redundant and impotent. The long-term negative psychological consequences of exclusion - whether at individual or group level - make it difficult to participate fully in society. The anthropological and sociological literature often interprets the behaviour and attitudes that conflict the standards of the majority as the "poverty culture". The "deviance oriented" approach of the long-term unemployed poor, as well as the use of "under class" discourse, are - and not by accident - quite controversial among social scientists. (Townsend, 1991, Stewart 2001) One reason of the ambiguities concerning the theories is that they can provide proof at the same time for being outsider and disinterest and the system justification mechanism, along with the resignation to learned helplessness. The normative framework of our study totally opposes blaming the "victims", the stigmatization of those affected. I have considered important to enumerate the causes and consequences of the lack of interest in the society because the social services and the programs for the reintegration or activation of the long-term unemployed can only be successful if these psychosocial factors are not forgotten.

The full citizenship includes, or may involve a citizenship concept in a cultural sense, which is based on the specific recognition and respect of the rights of specified groups as well. The question may arise: in the case of long-term unemployed recipients what kind of group identity, or group rights can we talk about? How is it possible to extend the concept of cultural citizenship on a group which do not have a common identity? The question may be asked in this way: "*(...) why don't the long-term unemployed and long-term the poor join forces and marching to their capital city to demand their share of the total citizenship?*" (Dahrendorf 1994, 252) However, the contradiction is only apparent because struggle against the symbolic and cultural injustices include the issue of basic rights, the equitable distribution of social goods and the access to economic assets. (Hobson 2003)

In his examination of the mass media image on poverty Ferenc Hammer argues that the sense of cultural citizenship cannot be limited to the traditional identity policy assumptions but the concept should be complemented with representational elements as well. (Hammer 2006)

According to Nancy Fraser, the recognition should be treated in relation to social status. In this sense, the refusal of recognition means that a person is prevented from the full membership in society. (Fraser, 2003) Another prominent theorist of the idea, Axel Honneth has even suggested that the lack of recognition may induce social pathologies. (Némedi 1998)

A further argument in favour of the usability of the concept of cultural citizenship is that sociology increasingly identifies various deprived groups on the basis of cultural and milieu characteristics<sup>1</sup>. (Hammer 2006) From another aspect, Zsuzsa Ferge draws attention to the fact that exclusionary measures are continuously prepared and legitimized by the appropriate rhetoric. (Ferge 2000) The contemporary discourse often binds the negative social situation, the long-term unemployment, particularly living on benefits to personal-moral disability. The discourse stigmatizing disadvantaged groups does not only provide a basis for curtailing the rights, but afterwards to justify the restrictions. Last, but certainly not



least, we should not forget that in the stratified capitalist societies one of the obstacles of the realisation of the principle of “all men are equal value”, which is regarded as the basis of human dignity, is the lack of basic respect to the poor. (Chan, 2004)

The analysis of the discourse on the rights and obligations of those who are fit for work in principle public can be interpreted as a sensitive barometer of the social climate change because in recent years there is a broad consensus about the general idea that the transformation of the “wasteful” welfare system, the improvement of the country’s economic performance could be started by giving a lesson to the working age people, and by forcing the people who live on benefits to work. I chose a frame of reference for the qualitative analysis of parliamentary records which interprets political discourse as a specific construction of reality (Szabo 1994, 1996), the policy materials as intermediaries of normative paradigms. In her article on the Dutch health policies, Selma Sevenhuijsen defines normative paradigms as follows: a set or group of knowledge which systematically describe social problems in order to pave the way for social regulation and legislation. Therefore she suggests that the different policies should be viewed as a kind of forms of government. (Sevenhuijsen 2002)

### A brief summary of the research results

After the overview of the changes in the forms and conditions of cash benefits tied to an insurance contract, it can be concluded that occurred concluded that as a consequence of gradually narrowing the eligibility criteria and the lack of indexation, the unemployment benefit has lost much of its value and significance by the end of the nineties. While in 1992 the allowance for the unemployed made up an average of almost three-quarters of the lost wages, from 1996 it was barely a half. (Nagy 2000) Major (2000) and radical (2011) reduction of the maximum period of payment of the unemployment benefits can either be interpreted as a gradual loss of importance of the insurance principle, or as the acceptance of the unilaterally understood “activation” paradigm. The performance of duties, however, can hardly be imagined without providing the necessary conditions.

In the aid system of the working-age non-employed it appears in an even more spectacular way that accessing benefits has become more difficult and the principle of need has been enforced more and more intensively and arbitrarily. The stages of the changes in the attitude can be seen in the changes in the name of the benefits and in their implicit value content. The first introduced *income support* suggests entitlement without compensation visibly, while the *regular social assistance* suggests a need, that is, an asymmetrical relationship between the “donor” and the person in need.

The *provision allowance* introduced in 2009 “says” that the guarantees of upholding subsistence ceased in the case of the recipients, and the aids for the most disadvantaged unemployed people are subjects to conditions. One has to work for benefit, the proposed work has to be accepted, and this requires continuous standby.<sup>2</sup> The *wage replacement benefit* which lived only a few months and the *employment substituting benefit* that replaced it suggests not only the conditionality of the aid but rather that “society” can no longer accept a passive way of life. The working-age unemployed now not only have to be available, but also they must show an appropriate behaviour to certify compliance with the normative expectations of the community. There is no better proof for the importance of this than the fact that the “Pathway to Work Program” was also launched as an answer to the discontent of rural citizens.

So the legislative changes faithfully reflect the social context of a given age, in this case the negative public opinion in relation to the unemployed. The most important lessons of the submitted and accepted bills discussed over the past two decades are that from the recognition of that unemployment by society as a fact, and from its “European style” regulation we got to the denial of unemployment, to the creation of laws which increasingly ignore the principle of security and the solidarity and which emphasize the individual responsibility of the unemployed. Unemployment and the poverty associated with it will be almost entirely the responsibility of the individual, the “society” provides financial benefits automatically only for those who are unable to work. The idea of “duplicate citizenship”<sup>3</sup> was made into a law already in the “Road to Work” program, but the legal amendments adopted in 2011 consisted of rules on possible elements of lifestyle and behaviour as well for the recipients.

Participation in the activation program mandated earlier for all working-age unemployed no longer applies to welfare recipients who are deemed “fit for work”, which in this case does not mean the abolition of the constraints in the first place, but rather indicates that social and occupational rehabilitation of the

recipients who are long-term unemployed has almost completely been removed from the agenda, these people have to cope with their problems alone without any formal support and social services. The public employment of the long-term unemployed has openly become a disciplining tool whose primary purpose is the re-socialisation “of the social strata who are *“unaccustomed or unwilling to work”*, or rather to make them give up asking for benefits.

Meanwhile the scope of unemployment benefits that function according to the insurance principle has been significantly narrowed but while the basic social and human rights of those unemployed who “were working for decades” are considered an important and protectable value by the parliamentary majority, even the right to human dignity and a minimum subsistence of those who “avoided work for decades” are not recognized. The situation of the long-term unemployed is further aggravated by the fact that much less than the EU average is spent to assist job search, labour market services and active interventions, while in respect of the employment figures Hungary is among those Member States which are in the worst situation.<sup>4</sup>

Beyond the frames defined by current legislation the local practices may also be affected by social norms and customs as well as social and economic situation of the communities created by the differences in the local society. The local governmental social policy of the investigated sub-region is determined by a relative abundance of seasonal and casual jobs and the stubborn public opinion, according to which *“who is diligent, hard-working and wants to, they are able to go and can find odd jobs here and there.”* For this reason, especially in the relatively more prosperous communities, the working-age unemployed are almost automatically classified into the category of the undeserving poor. The cleavages within the poor society, however, cannot be described according to the participation in paid work, but rather according to who counts as a reliable workforce in terms of the locals. The poor who fled from the city more often do not, so they miss even the resources of the community solidarity and the temporary employment opportunities as well.

These cleavages can be observed between settlements in the region, too, so the settlements which are in favourable economic and social situation are trying to take advantage of all existing opportunities of tenders for the employment of the unemployed. However, the strongest attitudes against the benefits can be found here along with the belief, according to which the development of the settlement and the provision of the required down payment is more important than social expenditure. From this perspective, the settlements which are left behind are responsible themselves for their situation because they spent too much money on benefits. These differences can also be seen in the practice of public employment in the settlements. Supplementing the salaries of public workers with local government funds, paying the travel costs or ensuring flexible working time feature the “socially responsible” villages where there are a lot of beneficiaries and there are even less job opportunities than the regional average. The categories created to differentiate the people living in poverty will basically affect the resources of different groups of individuals/families and their social integration capabilities.

Moreover, the new, highly centralized system of public employment does not leave much room for initiative and creativity of the local governments, so the strategies of the examined municipalities are primarily determined to meet the requirements of the law and to ensure the smooth functioning of the institutions. The successful municipalities feel that all this is a step backwards and the questioning of the efforts and the results they have achieved so far. The disadvantages of the municipalities in a difficult situation even further intensify since these settlements have not only fewer job opportunities but it also proves to be a problem to provide conditions for the 30-day employment.

Finally, it is also important to note that every settlement agreed with tying the benefits to work, the shift towards workfare but not with reducing the benefit and not with the discrimination against the public employment status. Consequently, a trend can be observed everywhere: the authorities are trying to compensate in some way the stringent regulation for the benefits of the people of active age. One sign of this is the permissive-indulgent attitude and practice, which uses the existing penalty system elements only as a last resort. The local governments are obviously not interested in the propagation of the number of those without benefits but at the same time the solidarity with those living on benefits has noticeably increased as well as the reference to the human dignity of those affected.

## Conclusions

My own research and my personal experience have confirmed international research results on the effectiveness of inclusion policies combined with obligatory work. This research found that in general the younger, more educated, and those with fewer social problems may benefit more from the system while the prescribed programs that include compulsory elements may even worsen even further the situation of the most vulnerable groups. (Handler 2003, McCrate-Smith, 1998, 2000 Lødemel-Trickey, McDonald. Marston, 2005) The insertion policies - according to Robert Castel's assessment on his more than one and a half decades long practical experience in France - have failed in a significant part of the primary objective, that is lead the clients to integration. "*For most of them integration is no longer a stage in their lives, but a state. (...) A temporary and a permanent condition: The condition of a person relegated to the status of "always substitute" and permanently integrating*" (Castel, 1998, 392-393.)

Not to mention the fact that these "reintegration" programs are often directed to change the behaviour of vulnerable people who need help, suggesting that personalities were essentially responsible for the situation they are in. (Castel, 1998)

However, the domestic regulation - and nearly two decades of its practice - of the benefits of the working-age not employed gives an example of not the two-faced nature of the activation paradigm but rather the expansion of unilaterally interpreted activation, as the mandatory "integration" programs of 2006 were replaced by the principle of forcing the beneficiaries to work from 2009 onwards. The performance of duties, however, can hardly be imagined without providing the necessary conditions. Only phasing out the eligibility criteria, or making the conditions more difficult for accessing benefits have not led anybody into "the world" of socially recognized work.

In the absence of all this, the transformation of social care into an incentive system for work does not mean more than forcing recipients to work, the suspension of the unconditional right to existence, and especially in the case of the most vulnerable groups in society, in the worst situation.

### *Chance or force?*

However, it is also important to emphasize that not only the activation but entitlements based social policy can also be "two-faced" and - even if in some other way - it may also contribute for the long-term unemployed to become second-class citizens. According to Vobruba both positive and negative interpretation of activation may be related to the concept of flexibility, which became a political slogan, and which is used as a synonym for modernization or for the description of obedience to economic constraints. Vobruba binds the interpretation of the two types of flexibility to more far-reaching social changes, such as the process of globalization, to which also belongs two kinds social model at the same time. Accordingly, the adaptive or forcing flexibility is the American welfare model, while innovative or opportunities creating flexibility is associated with the European model.<sup>5</sup> According to this one feature of the American model is that the financial transfers increasingly give way to active labour market policies, often complemented by force for the work offered.

Vobruba considers the European discourse on exclusion important in this context as well, arguing that the measures aimed at eliminating or preventing social exclusion "*respectively fluctuate between creating chances and integrative force.*" (Vobruba 2001, 11) But - as Vobruba warns - the output of the innovative or opportunities creating flexibility belonging to the European social model based on the entitlements is as doubtful as the enforcement flexibility. The main dilemma and source of risk of opportunities creating flexibility is summarized as follows: "*It is not known where the border is between giving a chance to a flexible labour market and social adaptation, and giving a chance to a passive existence (...)*" (Vobruba 2001, 11-12). Which - we may add - can contribute to exclusion in the same way, even if it is not in a quasi-intentional exclusion, but a spontaneous process. The foregoing can be briefly summed up that the application of force is not compatible with the creation of opportunities but if we do not offer realistic alternatives, we legitimize the exclusion of the long-term unemployed from the society.

### *Chance Instead of Force*

However, creating opportunity is not conceivable without ensuring the unconditional income necessary for the dignity of life and through this for full social membership. I do not primarily think of the unconditional basic income of citizenship, but a minimum income, which - as Dahrendorf puts it - "*is*

not subject to the pressures of political fads” (Dahrendorf, 1994, 277) This in turn requires that instead of selectivity the principle of universality should rather be enforced because enforcing the income test and the work test is bound to discriminate between the worthy and unworthy poor. According to Castel the collective binding and legally institutionalized guarantees are necessary so that those asking for help - leaving aside the personal characteristics – should be considered an entitled person and not one in need. (Castel 2005) Firstly, the sanctions should be ended. Not only because they cannot change the behaviour but also because it is very easy to abuse them. Moreover, it should also be recognized that no matter how good an activation program is, there will always be people who are not able to find a job in the primary labour market.

Also, the approaches that consider social policy to be a productive sector are for the abolition of the sanctions because they believe social spending, including the types of benefits for basic living based on entitlement, is investment in the human abilities<sup>6</sup>. In such a way the welfare transfer income that guarantees the security of livelihood appears as the prerequisites for the success of the activating or the enabling social services. “However, countries with the most generous and most effective minimum income schemes have clearly demonstrated that they play a vital role in ensuring that people do not become so despondent and excluded that it would make them unable to participate in active inclusion measures and effective job search.” (Frazer- Marlier 2010, 87)

For the improvement of the employment opportunities of the social groups who are permanently excluded from the labour market, some symbolic, but not less important than the previous measures, steps should be taken, such as the recognition of the full social membership and the basic rights of human dignity, because “the recipient, who loses credibility in front of others, will also give up faith in themselves” (Ferge 2000b: 345). One of the most important elements of this could be giving the community-wide respect. If human dignity occupies a central place in social policy, the most important task of the state in this regard would be to create caring and accepting social media for the deprived groups. (Chan, 2004)

But it is not only - and not primarily - a state responsibility. If we understand social policy as a variable ratio between the state and citizens (Ferge 1991), or even the scene of struggles for the practical interpretation of citizenship entitlements (Szalai 2007), then the advocacy for the human rights of those affected and the solidarity with them could have positive feedbacks. Furthermore, it is our common interest, because if we do nothing, it could have serious social risks. “A society that seems to accept the permanent existence of a group which is not connected to them with any interest puts themselves at risk.” (Dahrendorf, 1994, 259)

## References

- 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 Szisüphosz mítosza. *Esély*, 2. 3-19.
- CASTEL, R. (2005): A társadalmi biztonság elvesztése. Mit jelent védetten 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 munka. 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): Minimumjövédalom 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 Zemplényi, 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 társadalmpolitikai válaszok – A kutatás kontextusa. In Nagy, K. (szerk.) *A szociális segély csökkentésének hatásai a vidéki Magyarországon, 2012*. Pro Cserehát Egyesület, Budapest, 10-22.

### Publications related to the thesis

- 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)

### Presentations at congresses

- 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.)

**Endnotes**

1. For example, single mother, disabled, living in small settlements, Roma, refugees, etc.
2. See further Szalai 2009
3. See further Szalai 2009
4. Magyar Munka Terv, p. 17
5. Of course, these are ideal-typical constructions, in recent years more and more people argue that the two models are approaching each other. In this sense they talk about the Americanisation of the European social model. (Csoba in 2010, Handler 2003, Alber, 2010 Dingeldey 2007)
6. For example, the capability approach whose two powerhouses are the economist and philosopher Amartya Sen and the philosopher Martha Nussbaum.



## A segítő foglalkozások tevékenység-profiljának pszichológiai összetevői (Gondolatok az ápolók érdekképviselőre vonatkozó tanácsadói feladatkörének kialakításához)

Dr. Zakar András<sup>1</sup>, Dr. Erdósi Erika<sup>2</sup>, Dr. Helembai Kornélia<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Szegedi Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar, Munkajogi és Szociális jogi Tanszék

<sup>2</sup>Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási tanszék  
e-mail: zakar@juris.u-szeged.hu, era@etszk.u-szeged.hu, helembai@etszk.u-szeged.hu

**Cél:** A segítő foglalkozások tevékenység-profiljának háttérét alkotó pszichológiai összetevők bemutatására vállalkozunk. Ennek érdekében először áttekintjük a pályafejlődés elméleti kérdéseit, majd ismertetjük a pályával való azonosulás folyamatának komponenseit és mechanizmusait úgy, hogy a segítő-támogató professziókra vonatkozóan nyomon követhető legyen a pszichológiai folyamatok sajátos együttese az előzetes pályával való azonosulástól kezdve egészen a tényleges pálya-identifikáció kialakulásáig.

**Módszer:** A személyiségi tényezők struktúrájának és dinamikájának középpontjába az interperszonális kapcsolatok rendszerét állítottuk, mivel az önszabályozási és a tevékenység-szabályozási funkciók együttesen integrálják a foglalkozási szerepekhez tartozó professzionális jogokat és köteleességeket.

**Eredmények:** A felvázolt ismeretek egyértelműen értelmezhetők és a gyakorlatban is eredményesen alkalmazhatók az ápolás új elméletét ötvöző betegvezetésben, hiszen a szereppartneri viszonyrendszerben csak a központi személyiségi jegyek harmonikus működése képes biztosítani kongruens módon a kliensek megfelelő ellátását.

**Következtetések:** A dinamikus változó körülményekhez való igazodás során a szakemberek egyik fontos új feladata a gondozottak érdekképviselőtének minél teljesebb megvalósítása.

**Javaslatok:** A segítő-támogató foglalkozások funkciói sorában mielőbb célszerű megjeleníteni az érdekképviselőt, és egyúttal beépíteni az e területeken folyó képzések programjába a nemzetközi szinten egyre gazdagodó érdekképviselői ismeretek együttesét.

### Bevezetés

A „*segítő foglalkozások*” elnevezés gyűjtőfogalom, mivel számos professzió sorolható ebbe a csoportba, s ezek köre és összetétele koronként ugyancsak módosul több szempontból is. Ennek megfelelően a segítő foglalkozások és azok művelői időről időre szintén sajátos megítélésben részesülnek. Ez az értékelés időszakonként ugyan változhat, de a hagyományos segítő foglalkozások (ápoló, pszichológus, tanácsadó) tevékenységének tartalmi összetevői és a segítő munkájának személyiségben rejlő feltételei jórészt stabilitást mutatnak, amelynek okai az adott szakterület belső rendszerében éppúgy kereshetők, mint az egyes korok társadalmi igényeinek és lehetőségeinek – különösen a jelen időszakban egyre bonyolultabbá váló – összefüggéseiben.

Az elmúlt években – hazai és nemzetközi tekintetben egyaránt – a segítő foglalkozásokhoz való

viszonyulás jelentős változáson ment keresztül, amely a társadalmi viszonyok összetettebbé válásával, valamint a meglehetősen gyors és folyamatos átalakulásokkal hozható összefüggésbe. Ugyanakkor a segítő foglalkozások iránti érdeklődés nem mindenben követi a felmerülő igényeket, továbbá e pályák társadalmi helyzete és fogadtatása is eléggé változó.

A segítségre szorulóknak számának dinamikus növekedésével, valamint a segítő tevékenységek tartalmának egyre jobban érezhető átalakulásával összefüggésben egyértelműen változik a fiatalok és a felnőttek körében a segítő szakirányok választásának körülményrendszere is. Az egészségügyi és szociális szakokon folyó nagy létszámú képzés elsősorban a szakválasztás motivációs rendszerében hozott jelentős változásokat: azaz mai viszonyaink között a segítő-támogató irányú továbbtanulás választásának indítékai a felvételre jelentkezők körében gyakran

nem kellően szakma-specifikusak, mivel azok sokszor eléggé általánosak és túlzott mértékben szerteágazók (talán még ennél is nagyobb gond a fiatalság körében a növekvő számú struktúra nélküli érdeklődési háttér). Ez sajnos a tanulmányok során sem változik meg mindig a kívánt mértékben, amely többek között nagyban csökkenti az adott pályával való előzetes azonosulás lehetőségét. Azt szintén meg kell említeni, hogy a hallgatóság általános és szakmai képességei sem érik el minden tekintetben az elvárt szintet a tanulmányok kezdő szakaszában. Azt viszont szerencsére elmondhatjuk, hogy a képesség és a motiváció komponensei jelentős mértékben erősödnek az alapképzést követő szakképzés folyamán, illetve annak eredményeként.

Az ugyancsak egyértelmű és mára már általánosan elfogadott, hogy a segítő foglalkozásokra való sikeres felkészüléshez egyre inkább hozzájárulhat a hagyományos szakmai ismeretek elsajátításán túl a pszichológiai felkészítés. Ezért nagyon fontosnak tartjuk a tárgyalt pályák esetében a szakemberré válás pszichológiai összetevőinek minél alaposabb és szélesebb körű megismerését és megismertetését. Ennek érdekében a következőkben felvázoljuk a segítő-támogató professziókat érintő pályafejlődési elméletek alaptételeit, majd áttekintjük a segítő foglalkozásokkal való azonosulás folyamatának tartalmi kérdéseit, továbbá bemutatjuk e pályák eredményes műveléséhez elengedhetetlen személyiségi tényezőket és azok működését, s végül kísérletet teszünk az ápolók tanácsadói feladatkörének pontosítására, különös tekintettel a hivatásuk keretében alkalmazható érdekképviselet gyakorlására.

### A pályafejlődés elméleti irányai

A segítő-támogató foglalkozások pályafejlődési sajátosságainak tárgyalásakor mindenképpen az ember-pálya megfelelés elvéből kell kiindulni. A modern pályalélektan ugyanis a korábbi alkalmazás-pszichológiai megközelítést túlhaladva az adott ember és az adott pálya közötti kölcsönhatást képviselve alaptételét kiterjesztette a pályafejlődés egészére, így a pálya kiválasztására, a pályára való felkészítésre és a minél eredményesebb és sikeresebb (gyakorlatban ugyancsak megvalósítható) pályatevékenység támogatására is.

A pályafejlődési elméletek egységes rendszerben való értelmezése számos új fogalom (életút, pályaszocializáció, önmegvalósítás stb.) kialakítását és azok alkalmazását jelentette. A pályafejlődésre vonatkozó teoretikus elképzelések tartalma így jelentős mértékben kibővült, sokszínűvé vált és folyamatosan gazdagodott (Zakar, 1988).

Az életútszemléletet tükröző első elmélet megalkotása, továbbá e terület alapkérdéseinek felvetése és körültekintő megfogalmazása *Ginzberg* nevéhez fűződik, majd hamarosan az őt követő *Super* tette teljessé a máig meghatározó „fejlődés-elvű” elméleti rendszer átfogó és részletes kidolgozását (Zakar, 1982). *Super* rendkívül gazdag és igen hosszú időn át ívelő munkássága minden fázisában a szintézis jelentőségét hangsúlyozta, amelynek középpontjában a szociális szerepek átvétele áll, ezen belül a központi személlyel való azonosulás a meghatározó, tudatos és nem tudatos formában egyaránt. Ez minden egyes segítő foglalkozás esetében kardinális kérdés, hiszen a pályaeljárás e nélkül ezen a téren soha nem lehet teljes értékű.

A pályaválasztás-pályafejlődés elméletével foglalkozók szinte kivétel nélkül valamennyien kifejtették gondolataikat a fejlődéslelektanral összefüggésben. Így többek között *Roe* is, aki szerint már egészen fiatalon meghatározza a gyermekkori szükségletek kielégítettségének mértéke a személy későbbi irányultságát, a pályaeorientáció stabilitását, következésképpen a tényleges szakmai működés eredményességét is. Annak ellenére, hogy sokan bíralták *Roe* felvetését, megítélésünk szerint mégis tanulságos és hasznos lehet a szükségletek tágabb értelmezésében a pályafejlődés érzelmi összetevőit vizsgálni, amelyek jelentősen módosíthatják a meglévő szükségletek összetevőit és struktúráját már a szakmai felkészülés időszakában, majd még inkább a későbbi munkavégzésben (Zakar, 2007). Az affektív összetevők rendkívül fontos szerepet tölthetnek be a segítő foglalkozások során, hiszen a másik ember megértése, problémájának áttekintése és értelmezése iránti szükséglet felkeltése és érvényre juttatása különös jelentőségű.

A döntésre alapozott elméletek központi fogalma a problémaérzékelés, valamint e megközelítés tengelyében áll a környezet segítő vagy gátló hatásának vizsgálata is. Ezekben a teoretikus konstrukciókban a személyiség oldaláról a képességek, az érdeklődés, a motiváció és az értékek kerülnek előtérbe, amelyek az információk keresésében és feldolgozásában játszanak lényeges szerepet, és így folyamatosan befolyásolják az egyén döntését és cselekvését.

Fél évszázaddal ezelőtt *Tiedemann* vetette fel elsőként, hogy a pályafejlődést a döntési folyamatok sorozataként kell megragadni. Elméleti rendszerében a döntés két fázisát különítette el, nevezetesen az anticipációt és a megvalósítást. Az anticipáció szubfázisának tekintette az explorációt, a kristályosodást, a választást és a specializálódást, amelyek

együtthatásukban a differenciálódásban manifesztálódnak. A megvalósítás összetevői szerinte: a bevezetés, az átalakítás és az integráció. Meg kell jegyezni, hogy a szubfázisok sorrendje esetenként változhat a célok és az elképzelések megvalósíthatóságának függvényében.

*Ries* a pályaválasztási döntést szintén folyamatként határozta meg. Felfogásának lényege, hogy a külső társadalmi normák következtében és a belső okokkal összefüggésben az egyén gyakran addigi státuszának feladására kényszerül. Ebben az esetben a szubjektív megterhelés annál nagyobb, minél tisztázatlanabb és időben behatárolatlanabb a szituáció. Ilyenkor aktivizálódnak az anticipációk, a célokat meg a pályapozíciók formájában tervezi az egyén, hogy státuszát ismételten megerősíthesse. Így kialakul a foglalkozási szerepek rangsora.

A szakmai szerep elsajátításának feltárásához elsősorban a szociológiai és a szociálpszichológiai indíttatású, döntően a szocializációt szem előtt tartó pályafejlődési elméletek járultak hozzá. E megközelítési irány első kiemelkedő képviselője *Rosenberg*, aki a pszichológiai faktorok mellett az esemény-specifikus szociális státuszt, az iskolai képzést, továbbá a különféle szakmai információkat, valamint a lehetséges választási alternatívákat emelte ki.

*Rosenberg* teóriájában különösen jelentősnek ítéljük a közvetett érvényesülésre utaló tételeket, valamint az anticipált pályaszocializáció megközelítését. Ezen belül központi jelentőségű még itt, főként a pályazonosulás szempontjából, az „esemény-specifikus szociális státusz” fogalmának felvetése és értelmezése.

A pályafejlődés szociálpszichológiai indíttatású felfogásainak legösszefogottabb és máig erősen ható rendszerét *Musgrave* alkotta meg. Gondolatmenetében igen fontos helyet foglal el az anticipált szocializáció, amelynek során az egyén kipróbálhatja az elővételezett pályaszerepeket. Az általa négy szakaszra osztott pályaszocializációs modell legfőbb érdeme, hogy a foglalkozási szerep kialakítását folyamatként értelmezi, amelyben kiemelt helyet foglal el a szereppartner.

*Daheim* a referenciális csoport elméletére alapozta az elképzelését. Felfogásában az ún. „pályakényszer” nem egyszeri aktus, hanem folyamat, amelyben az idő előrehaladásával egyre erőteljesebben érvényesül a korlátozás. Szerinte a pályapozíciók korlátozásának folyamata az interakciókban megnyilvánuló orientációktól és a tevékenységektől függ.

A főbb elméleti irányok áttekintése alapján összegeztetn úgy látjuk, hogy a segítő-támogató

foglalkozások esetében különösen fontos az érzelmi, gondolkodási és a viselkedési jegyek stabilitása. Ugyancsak lényeges itt is az interperszonális kapcsolatok minősége. Ezért az alábbiakban a szakmai szerepsajátítás mentén mutatjuk be a pályával való azonosulás szakaszait és fontosabb jellemzőit.

### A pálya-identifikáció folyamata és összetevői

A pályalélektani kutatások sokoldalúan igazolták, hogy valamennyi foglalkozás esetében alapvető elvárás a stabil érzelmi, gondolkodásbeli és viselkedési jegyek kialakulása és megszilárdulása abban a személyközi rendszerben, amelyben az adott egyén dolgozik. Ugyancsak fontos még, hogy a tevékenységi szféra kellő és hatékony működéséhez a mindennapi gyakorlatban megfogalmazott szerepkövetelmények és –elvárások megfelelő összhangban álljanak. A szakmai szerepsajátítás tehát kijelöli a pályafejlődés alapvető irányát és tartalmát, amely a pályával való azonosulást határozza meg.

A szereppartnerséget az jelenti, hogy az egyén által betöltött pozíció több más pozícióval kapcsolódik össze. A szerepelvárásokból pedig a viselkedésre vonatkozó követelmények együttese fogalmazódik meg, amelyet az ellenpozíciót betöltő személyek az adott pozíció viselőjétől elvárnak. Ennek megfelelően ellenpozíciók épülnek ki az adott pályakörökön belüli szerephierarchia alá-, fölé- mellérendeltségi viszonylatában. Ezért a pálya hatékony gyakorlása érdekében a fiatalnak meg kell ismernie a választott pályával kapcsolatos szociális elvárásokat is, amely az eredményes beilleszkedés megfelelő alapfeltételét jelenti. Valamennyi foglalkozási szerep interiorizációja egyénileg történik, de a szakmai szereppel kapcsolatos elvárások nem függenek közvetlenül az egyéni tulajdonságoktól. Ugyanakkor a követelmények elsajátítása, viselkedésbeli megvalósítása már döntően az adott egyén személyiség-tulajdonságainak függvénye.

A pályára való felkészülés során korántsem tekinthető elegendőnek az elméleti ismeretek elsajátítása, amely a különféle gyakorlati feladatok eredményes megvalósítását alapozza meg. Még a saját viselkedéssel kapcsolatos követelmények maradéktalan elsajátítása sem elégséges önmagában az egyes pályakörök sikeres műveléséhez. Ugyanis mindenkinek meg kell ismernie a szereppartner viselkedését, elvárásait, továbbá szerepeik tartalmát és természetesen az abból fakadó követelmények széles skálán elhelyezkedő, többnyire igen szövevényes együttesét is. Az elvárások összekapcsolódásának pontjai a munkatevékenységben gyökereznek,

amelynek tényleges megvalósítója a mindenkori munkát végző személyiség.

A pálya elsajátítása folyamán lényeges kérdés még az adott foglalkozási szerep összetevőinek tisztázottsága. Tartalmát tekintve ez érinti az elsajátítandó ismeretek megfelelő szintjét, valamint a személyiséggel szemben támasztott követelmények együttesét a szereppartnerek szempontjai alapján is.

A következő alapvető kérdés az elvárások összeegyeztethetősége, mivel minden egyes ember a szakmai életútja során újabb és újabb feladatokkal találkozik, s azokat a környezettel való dinamikus változások kölcsönhatásának folyamatában kell megoldania a mindenkori elvárásoknak megfelelően.

Közismert, hogy az életpálya első nagy szakaszát a *pályaadaptáció* jelenti, amelynek során az általános képzés eredményeként kialakítható a *pályaválasztási érettség*. A pályaalkalmasság felől közelítve itt a képzésre (továbbtanulásra) való alkalmasság válik jelentőssé, főként az előrehaladás érdekében. Az identifikáció fogalmának pályalélektani értelmezésében és alkalmazásában ezt a szakaszt *sub-identifikációnak* nevezzük. E fejlődési periódus az azonosulás szempontjából olyan személyiség-diszpozíciókat jelent, amelyekről csak a későbbiekben dől el, hogy elégséges alapul szolgáltak-e a pályával való tényleges azonosulás kialakításához a szakmai képzés során.

A szakképzés végére e folyamat állapotjelző fogalmait a *pályaérettség* és a *pályaalkalmasság*. Az első esetben lényegében a személyiség olyan fejlettségi állapotáról van szó, amely valószínűvé teszi a választott pályán az eredményes működést, míg a pályaalkalmasság az egyén és a pálya potenciális megfelelését jelenti (Rókusfalvy, 1969). A pályával való azonosulás folyamatában ez a *prae-identifikáció* szintjét jelenti. Kialakulásában egyaránt szerepet játszanak az elméleti tanulmányok és a szakmai gyakorlatok, amelyek a szereppartnerhez visznek közelebb az élmény megragadása tekintetében is. E téren egyébként erőteljesen érvényesül az adott képző intézmény irányt mutató hatása, továbbá jelentősen növekszik a lehetséges munkahelyek befolyása is a (pálya)szerep kidolgozása tekintetében (Helembai, 1989).

A *sub-* és a *prae-identifikáció* fázisai együttesen az *anticipált pálya-identifikációt* jelentik, mivel a választott munkahelyen az önálló pályavitel gyakorlásakor jelentkező hatások további pozitív vagy negatív irányú módosítást eredményezhetnek a pályával való azonosulásban.

A pályatevékenység beilleszkedési szakasza egyébként megkívánja a szakmai szerep önálló gyakorlását, valamint azokat a potenciális feltételeket, amelyek az egyéni stílus kidolgozásához és az egyedi munkavégzés kialakításához szükségesek.

A szereppartner tekintetében a pálya sikeres gyakorlása érdekében teljesülnie kell az összeegyeztethetőségnek, amelynek a munkáját végző személy és a szereppartnerek között kell létrejönnie. A beilleszkedés szakaszában szükséges még az is, hogy a szerep betöltője potenciálisan képes legyen a szereppartnernek változó szükségleteinek és igényeinek teljesítése során az egyéni foglalkozás és bánásmód megvalósítására. Itt már lényegében az egyén és a pálya valóságos megfeleléséről (azaz a beválásról) beszélhetünk, amely feltételezi az önmegvalósítás képességének megfelelő szintjét is. Az önmegvalósítási érettség a személyiség olyan állapota, amikor az egyén integrálódásának irányítója a szakmai munka. Ezt a fejlődési stádiumot az azonosulás szempontjából a *primer identifikáció* szakaszának tekinthetjük. Ezen a téren elsősorban az önálló munkatevékenység eredményességének tapasztalása, a siker átélése, a szereppartnernek részéről történő elismerés stb. azok, amelyek együttesen járulnak hozzá a pályával való azonosulás kiteljesedéséhez és elmélyüléséhez. Ennek a lehetőségeit már a szakirányú tanulmányok éve is magukban hordozzák, a beilleszkedés során meg még inkább bővül a lehetőség a teljes azonosulás létrejöttéhez. Mégis csak a tényleges tevékenység alkalmával nyílik majd igazán mód a pályakövetelményeket is egészében teljesíthető önmegvalósításra, mivel a pályafejlődés e hosszú szakaszában lehetséges leginkább a szakmai szerep egyéni jellegének kialakulása és tartós tulajdonságként való rögzülése. A pálya-identifikáció folyamatában ezt a *szekunder azonosulás* szakaszának nevezzük, amely a primer identifikációra épülve együttesen járul hozzá a *tényleges pályával való azonosulás* kialakulásához (Helembai, 1990).

Pályalélektani értelemben a pálya-identifikáció igazi hordozója a személyiségi tényezők sajátos együttese, amely feltételezi a pályakövetelmények és –tevékenységek komplex rendszerként való működését.

### **A személyiségi tényezők rendszere és működése**

Minden pálya esetében – így a segítő foglalkozások viszonylatában is – alapvető követelmény a szükséges ismeretek elsajátítása. Ugyanakkor a szűken vett szakmai ismeretekhez kapcsolódóan személyi vonatkozások is megjelennek mind a



pálya gyakorlója, mind a szereppartnere(i) tekintetében. A személyiség szabályozáshoz kapcsolódóan a pszichológiában a *kompetencia* központi fogalommá lépett elő. A szociális kompetenciát többen a megfelelő magatartás kialakításának képességeként határozták meg. A klasszikus megfogalmazás szerint a szociális kompetencia az önmegvalósítás és a szociális megfelelés közötti kompromisszum, de további elvárások is fontos szerepet játszanak e lelki képződmény alakulásában. Ugyanis az ember a követelmények és az igények alapján dolgozza ki az egyéniségét, s ez által mintegy egyensúlyba hozza azt. Amennyiben nem sikerül az egyensúly kialakítása az egymást kizáró vagy ellentmondó körülmények között, az egyén egyoldalúan viszonyulhat a szociális normákkal és a szerepelvárásokkal szemben.

A szakmai vélemény alapján az interperszonális kompetencia szintén egyfajta képesség, amely elsősorban más személyek válaszainak ellenőrzését teszi lehetővé. Ennek során döntő jelentőségű a szintézis.

A szociális kompetencia fogalmán lényegében a személyiség szabályozás olyan szintjét értjük, amelynek birtokában az egyén képes különböző szerepeiben saját viselkedését és tevékenységét az elvárt normáknak megfelelően irányítani, és a másokkal való kapcsolatokban e normák szerint részt venni. A személyiség szabályozás tehát olyan komplex rendszer, amelyben a pálya-identifikáció hatótényezői az önszabályozási és a tevékenység szabályozási funkciókban integrálódva fejtik ki hatásukat. Ebben az átfogó és többszörösen összetett együttesben a személyiségi tényezőknek eltérő a szabályozó szerepe. A teljes értékű szabályozás jól elkülöníthető feladatokat ellátó funkciók sorozatából tevődik össze.

A segítő-támogató foglalkozások esetében a pályaalkalmazkodás lényegében akkor eredményes, ha ezeken a szakterületeken tevékenykedők megfelelő motivációs rendszerrel rendelkeznek, amelyet összhangba hoznak az alkalmazkodás céljaival és feltételeivel (először anticipált, később tényleges formában).

A szakmai interperszonális kapcsolatok dinamikája alapján megállapítható, hogy a segítő foglalkozások kapcsolatrendszerét alapvetően a különböző foglalkozási (vagy pálya) szerepekhez tartozó jogok és kötelességek szabályozzák. Így bizonyos viselkedési módokat a szereppartnerek már eleve elvárják egymástól, mintegy anticipálják a másik megnyilvánulásait. Az elvárásoknak kölcsönösen meg kell felelniük a sikeres együttműködés érdekében, tehát

itt a normatív jelleg következetes érvényesülése alapkövetelmény. Elmondható még az is, hogy a munkavégzés során a szerepkötelezettségek és – jogok általában reciprok kölcsönhatásban állnak egymással. A szereppartnerek egyikének (az ápolónak) a joga a másik (kliens) kötelezettségét jelenti és fordítva. Másrészt a kapcsolatok során mindkét fél egyéni interpretálásban jeleníti meg a kialakított és normatív módon szabályozott szerepeket. Így végső soron az „eredményt” mindkét fél befolyásolja a saját viselkedésével. Ugyanakkor mindig az a kívánatos, hogy ez a foglalkozási szerepek betöltői részéről adekvát megoldási módban nyilvánuljon meg (Erdősi, 2003).

A kölcsönhatások létezési formája döntő mértékben interakció, pontosabban az interakciók folyamata. Ezek megvalósulási előzményei részben a szocializáció korábbi tapasztalatain alapulnak, részben a szociális tanulás eredményeként állandóan változnak, átalakulnak. Éppen ezért a saját és a másik megnyilvánulásainak átgondolásához szükséges folyamatok egyben lehetővé teszik az ellenpozícióban lévő ember viszonyulásának alakítását is. Mindennek olyan módon kell megvalósulnia, hogy az adott foglalkozást végző személy az esetleges feszültségeket saját maga és mások sérülése nélkül tudja feloldani. Természetesen a helyzetek értelmezése és megoldása intuíció alapján is lehet sikeres, azonban a segítő foglalkozások esetében erre nem lehet mindig alapozni. Ezért rendkívül fontos a széleskörű és pontos szakmai ismeretek mellett az információfeldolgozás minősége is. A segítő-támogató pályaterületeken dolgozókkal szemben megfogalmazott fontos elvárás az asszertív magatartás és a szereppartnerekhez való empátiás viszonyulás (Erdősi, 2010).

#### **Az ápolók speciális tanácsadói feladata: érdekképviselet**

A társadalomban létrejött szemléletbeli változások megkívánják a segítő foglalkozások jelentős átalakítását és egyben igazodását is a kialakult körülményekhez. Így az ápolói szakma – történetiségét tekintve – ugyancsak jelentős fejlődésen ment keresztül, s napjainkban nagymértékben kiszélesedtek az ápolói munka szervezeti és tartalmi összetevői. Az új szemléletű ápolói tevékenység prioritásként határozza meg az ápolási folyamat keretein belül végzett tudatos *betegvezetést* (Helembai, 2010), amelynek egyik meghatározó feltétele, hogy szereppartneri viszonyrendszerüket kongruens módon, a kliens jogait, méltóságát és igényeit figye-

lembe véve kezeljék a professzionális, eredményes munkavégzés érdekében (Erdősi, 2009).

Az 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről az ápolás célját az alábbiak szerint határozza meg: „... megteremteni annak a feltételeit, hogy minden beteg megőrizhesse emberi méltóságát és önazonosságát, úgy, hogy önrendelkezési és minden egyéb joga csorbitatlan maradjon”, vagyis kiemelten kezeli azoknak a tényezőknek a maradéktalan megvalósulását, amelyek alapját képezik a tanácsadás keretében végzett érdekképviseleti tevékenységnek.

Az ápolás filozófiája megköveteli, hogy az ápoló a beteg képviseletében járjon el, azaz ún. „szószólója” legyen. Az érdekképviselet meghatározása a szakirodalom szerint a szenvedés enyhítésére, a jólét biztosítására, továbbá a betegek érdekeinek a képviseletére irányuló tevékenység, akár a beteg halálát követően is (Gadow, 1980). Ez az etikai alapelv központi szerepet játszik az ápoló – beteg kapcsolatban, továbbá a professzionális ápolás fontos elemének tekinthető, amely tükrözi az ápoló tiszteletteljes hozzáállását a beteghez, mint inviduumhoz, valamint a beteg jogaihoz, különös tekintettel az önrendelkezési jogához. Az érdekképviselet jelentheti a beteg érdekeiért, jogaiért történő kiállást, képviseletüket azokban az esetekben, amikor saját maguk ezt nem tudják megtenni. Az érdekképviselet célja többek között annak a biztosítása, hogy a döntések meghozatala a beteg érdekeinek a figyelembe vételével történjen, védve a betegek méltóságát és privát szféráját. A tanácsadási folyamat során az ápolónak fel kell mérnie, hogy kliense – aktuális állapotának a függvényében – elegendő információval rendelkezik-e

az autonómia gyakorlásához, továbbá biztosítania kell a támogatásáról alapvető emberi jogainak érvényesítése érdekében.

Az ápolónak autonóm szakemberként érdekképviseleti szerepet is be kell töltenie, hogy kliense részére útmutatást, elfogadást és támogatást kérjen a kollégák, a hozzátartozók és a társadalom részéről, különösen abban az esetben, amikor ezeknek az érdekeknek az érvényesítését potenciális külső vagy belső tényezők gátolják. Ebből a szempontból megkülönböztetett figyelmet igényelnek az életkoruk, testi vagy szellemi fogyatékoságuk, egészségi állapotuk, illetve társadalmi-szociális helyzetük miatt kiszolgáltatott helyzetben lévők.

A sikeres érdekképviselet számos pozitív következménnyel jár az ápoló és a kliens számára egyaránt: biztosítja a beteg személyiségének integritását és életminőségének javulását; növeli önértékelését, önbecsülését és önérvényesítését; továbbá támogatja önrendelkezési jogát, autonómiáját, méltóságának megőrzését és részvételét az ápolási folyamatban. Az ápoló esetében a legfontosabb előny a tanácsadás meghatározó aspektusának, a kooperatív magatartásnak a hangsúlyossá válása a beteg döntéshozatali folyamatba történő bevonásával, valamint a szakmai státusz és elégedettség mértékének a növekedése a különböző etikai problémák ápolási folyamatba történő integrálása révén (Erdősi, 2010). Az egészségügyi ellátórendszer tekintetében meg kell még említenünk, hogy megfelelő érdekképviselet nyomán jelentősen javulhat az ellátás minősége, csökkenhet a kliensek megoldatlan problémáinak száma, ezáltal a betegek gyógyulási és túlélési aránya is kedvezőbb tendenciát mutathat (Falk-Rafael, 2001).

## Irodalom

- ERDŐSI ERIKA: *A magatartás szociális-interperszonális vonatkozásai diplomás ápolók körében*. Tanulmányok az ápolástudomány köréből II. 2003: 21-27.
- ERDŐSI ERIKA – HELEMBAI KORNÉLIA – PAPP LÁSZLÓ: *Az asszertív magatartás jellemzői az ápolásban*. Acta Sana „Mens sana in corpore sano” Az egészségügyi és a szociális ellátás elmélete és gyakorlata. SZTE ETSZK Tudományos Lapja; 2009; 1: 20-28.
- ERDŐSI ERIKA: *Az asszertivitás személyiségi háttérének vizsgálata ápolóhallgatók körében*. PhD értekezés. Kézirat. Budapest, 2010.
- FALK – RAFAEL, A. R.: Empowerment as a process of evolving consciousness: a model of empowered caring. *Advances in Nursing Science*, 2001; 24 (1), 1-16.
- GADOW, S.: Existential advocacy: philosophical foundation of nursing. In Spricker, S.F & Gadow S (eds.): *Nursing: Images and Ideals*. New York: Springer Publishing Company, 1980.
- HELEMBAI KORNÉLIA: *A szociális pályára készülő középiskolai tanulók identifikációs folyamatának elemzése*. Kandidátusi értekezés. Kézirat. Szeged, 1989.
- HELEMBAI KORNÉLIA: Személyiség szabályozás a pálya-identifikáció folyamatában. *Pedagógiai Szemle*, 1990. 3. sz.

HELEMBAI KORNÉLIA: Általános ápoláslélektan. *A beteg/klienvezetés pszichológiája*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2010.

RÓKUSFALVY PÁL: *Pályaválasztás, pályaválasztási érettség*. Tankönyvkiadó, Budapest, 1969.

ZAKAR ANDRÁS: A pályaválasztás fejlődés-lélektani elméletei. Pályaválasztás, 1982. 2. SZ.

ZAKAR ANDRÁS: *Pályaválasztási elméletek*. Tankönyvkiadó, Budapest, 1988.

ZAKAR ANDRÁS: A pályaválasztás komplex elmélete. *AGTEDU*, Kecskemét, 2007.

**The psychological components of the activity profile of the helping professions**  
*(Thoughts on framing the nurses' counselling functions related to advocacy)*

**András Zakar PhD<sup>1</sup>, Erika Erdősi PhD<sup>2</sup>, Kornelia Helembai PhD<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>University of Szeged, Faculty of Law and Political Sciences  
Department of Labour and Social Law

<sup>2</sup>University of Szeged, Faculty of Health Sciences  
Department of Nursing

e-mail: zakar@juris.u-szeged.hu, era@etszk.u-szeged.hu,  
helembai@etszk.u-szeged.hu

**Purpose:** We aim to demonstrate the psychological components which construct the background of the activity profile of the helping professions. To this end, first we review the theoretical aspects of career development, and then we describe the elements and mechanisms of the process of career identification so that in the cases of the helping-supporting professions the specific combination of the psychological processes could be traced from the time of preliminary career identification as long as the genuine career identification is obtained.

**Method:** The system of interpersonal relations was placed in the centre of the structure and dynamics of personality factors, as the self-regulatory and activities-regulatory functions jointly integrate the professional rights and duties which belong to the occupational roles.

**Results:** The outlined knowledge can be clearly understood and can be used in practice, too, in a care management which adopts the new theory of nursing, because in a role-partner system of relationships only harmonious functioning of the central personality traits can provide the clients with proper care in a congruent way.

**Conclusions:** In the process of adapting to dynamically changing circumstances, an important new task of the professionals is the more and more complete realization of representing the interests of those in care.

**Recommendation:** Advocacy should soon be incorporated in the list of the functions of helping-supporting occupations, and at the same time the collection of advocacy skills, which are getting richer and richer at the international level, should also be included in the training program of these areas.

---



## Aspects of Patient Conducting in Nursing

**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:** patient conducting, aspects of patient conducting

**Aim:** The aim of this study is to introduce and offer aspects for patient conduction and its education for a better and safer nursing care.

**Method and sample:** The aspects focusing on the patient's losses, coping strategies, emotional status and on the attitude toward their sickness/nursing situation were defined by a qualitative research approach based on the results of the students' written work for practical exams (N=627), collected during the last decade.

**Results:** The aspects of patient conducting can be adopted effectively in education so that students are able to apply it consciously and in a right way in order to involve their patients.

**Conclusion:** Using the offered aspects of the conducting aspects, student can be prepared for the high quality and safe nursing care without which the cost effectiveness of the health care can hardly be achieved.

**Recommendation:** The nursing education and its contents need an urgent revision. Delaying innovation means postponing the improvement of nursing culture anticipated for the 3<sup>rd</sup> millennium.

---

### Introduction

“Everyone has a role in making health care safe. That includes doctors, health care executives, nurses and many health care technicians. Health care organizations all across the country are working to make health care safe. As a patient, you can make your care safer by being an active, involved and informed member of your health care team.” The Joint Commission (JC), the largest health care accrediting body in the United States aims at the promotion of the quality and safety of health care organizations and patients as well. JC devotes a great attention to the prevention of health care errors, encouraging and expecting people's participation needed these services. The declared goal of the Speak Up™ program sponsored by JC is to help patients and their advocates become more informed and involved in their health care, giving advice on how health care mistakes can be avoided or the risk of them reduced:

“Speak up if you have questions or concerns. If you still do not understand, ask again. It is your body and you have a right to know. Pay attention to the care you get. Always make sure you are getting the right treatments and medicines by the right health care professionals. Do not assume anything. Educate yourself about your illness. Learn about the medical tests you get, and your treatment plan. Ask a

trusted family member or friend to be your advocate (advisor or supporter). Know what medicines you take and why you take them. Medicine errors are the most common health care mistakes. Use a hospital, clinic, surgery centre, or other type of health care organization that has been carefully checked out. For example, The Joint Commission visits hospitals to see if they are meeting The Joint Commission's quality standards. Participate in all decisions about your treatment. You are the centre of the health care team.”<sup>4</sup>

The realization of the involvement of patients into their caring process has several interacting factors. “Poor health literacy among the public is the kind of weak link that can undermine even the best health care system. Health literacy is a particularly low among the poor and uneducated. But it is not simply an issue of reading ability, nor is it necessarily based on a person's IQ. Research shows there are people from all ages and backgrounds — and all income and education levels — who run into problems because they're unable to understand their own medical information.”<sup>5</sup>

Recently other three causes were identified as dangerous influencing factors of getting appropriate treatment for the patient in time: “delays caused by lack of recognition of symptoms or not dealing with symptoms immediately, secondary delays caused by initial contact with nonemergency services, and

tertiary delays in which health service providers did not interpret the patients' presenting symptoms as suggestive of stroke."<sup>7</sup>

Approaching the problem of participation and involvement of the patients in their health care process and treatment from the other (professional) side, some questions emerge spontaneously: who urges the professionals for a more effective patient care, what are the indicators of the so called "appropriate communication"; how the professional education contributes to the elaboration of the professionals' right attitude to build up and work together effectively with the patients in the frame of a partnership; what contents and/or teaching methods are needed to answer the problem of safe patient care indicated by the Speak Up program and by the different research results? The aim of this study is to offer some thoughts for further thinking with special regard to the field of nursing and safe patient care, where the patient and the nurse work together for success.

### **Theoretical considerations**

Among its declared missions, nursing is devoted for the promotion of individuals, families, groups, communities, the disabled, sick and dying people by nursing care. 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.

The relational system in the nursing profession is basically regulated by the rights and duties belonging to the vocational roles. Thus the role partners expect certain behaviour of the other individual. The expectations must obviously correspond with each other, so that the normative feature is consequently manifested (see Figure 1).

During the nurse-patient interactions both the nurse and the patient present the already developed and normatively regulated roles according to their individual interpretations. Therefore the result is influenced by the behaviour of the role partners. However it is always desirable that this has to be manifested in an adequate way from the part of the professional.

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

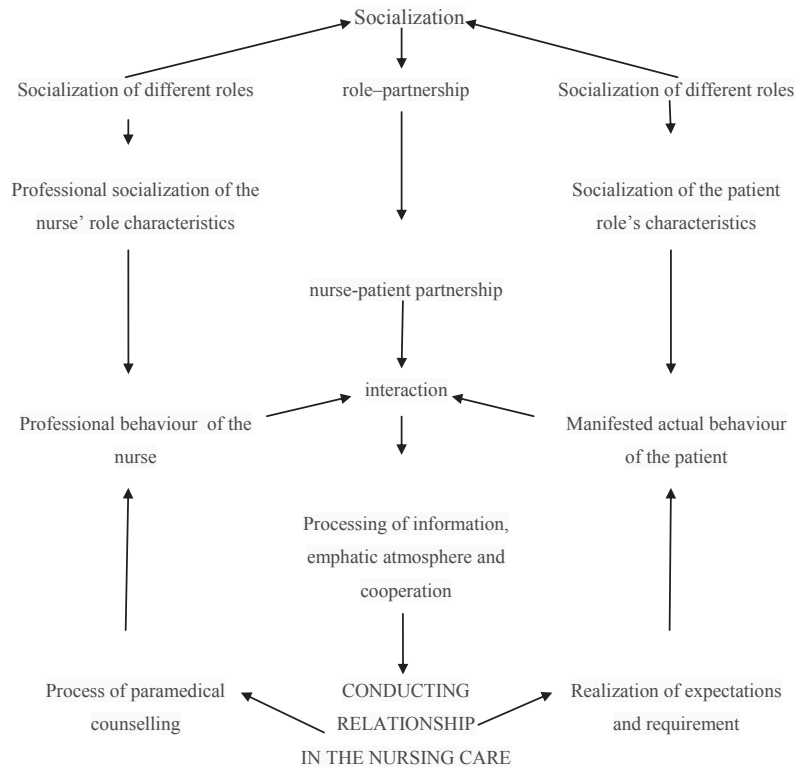
collaborative caring process in nursing can be interpreted as a conductive relationship during which the nurse causes or produces an atmosphere that is providing to the nursing process - with the help of which the patient will be able to manage his internal power to get the best possible health status and quality of life for himself. In this sense next to the outstanding 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.

The nursing process is a way of gathering information and process in relation to nursing care<sup>6</sup>. Patient conducting can be held as a medium through which the values and interventions of nursing care are offered and transmitted to patients to use it independently to keep or regain their best possible health status at the highest life quality. The patient conducting process itself in fact, is a way of paramedical counselling with the help of which the nurse provides patients by 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 during the nursing process and after it in their daily life as well.

The nurse-patient partnership has a key role by giving a frame for the interaction which serves for mediation and processing of information. Thus, the professionally suitable and essential information has a key role from the view of the patient conducting. The responsibility of the professionals for the valid patient assessment is a core element of the patient centred nursing care performed by paramedical counselling.

The main characteristics of the manifested actual behaviour of the patient

"The health promotion based on the nature of the health need, the individual's expressed wishes and is developed with the individual not for the individual." (pp. 52).<sup>6</sup> Patients are expected to be an active participant of their health improvement provided by different professionals. As health promotion nursing also offers a program for patients in special settings, in which 'want and need relation' has an essential meaning from the view of patient conduction. Focusing on clients' wants is more useful than focusing on clients' needs.<sup>8</sup> The concept of want is defined by the patient himself according to his personal values and preferences. The concept of need is identified by



**Figure 1: Influencing factors of patient conducting process in nursing**

the nursing assessment. The cooperative behaviour usually seems to be unproblematic, because the patient follows instructions, keeps the written and unwritten rules of the socially expected behaviour which may be able to cover the patient inactivity successfully as well.

In the daily nursing practice nurses may several times face uncooperative, unmotivated, perhaps rejecting what is more impolite patients' behaviour as well. Taking into account that basically the human being exists on the principle of hedonism it can be assumed that behind the unhelpful patient behaviour the presence and effectiveness of the irrational elements can be discovered.<sup>10</sup> As it is well known in the helping professions they are feelings and thoughts rising inside the patient that may be quite contrary to what they want to feel and think. According to 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 the validation of the precise nature of the patient needs and of the effectiveness and appropriateness of nursing actions to meet these needs. "The presenting behaviour of the patient, regardless of the form in which it appears, may represent a plea for help." (pp. 127)<sup>3</sup>

The realization of the irrational elements together with empathy enhances the capacity of nurses to understand and accept their clients. Identifying

the real causes behind the behavioural problem communicated by patient on different ways is particularly important, because the most motivating personal factor is if the patient communicates his/her wants and wishes to solve the problem.

### Aspects of patient conducting in nursing

The data assessments and analysis have two categories important at the same level and have the same weight as the subjective and objective data. It is easy to understand that if somebody has fear or cannot see any perspective for himself, and his self-concept and image have collapsed, this situation usually is not the best facilitating condition for the interaction even if it is an offered partnership. Thus to understand the patient behaviour professionals have to have a 'compass' with the help of which they will be able to identify the covered problems.

Take your palm and see it: the lines are well visible on it. Now take your palm and slowly and smoothly put it on your nose - may be the lines become dim, because they are too close to you to see them clearly.

Similarly to the physical assessment, first it is suggested to have a general inspection to assess: (1) what kind of attitude, (2) status of emotion,

(3) losses and (4) coping strategies the patient has in general to establish an appropriate condition in which the person can be helped with prevision to their problem and the alternatives of solutions.

627 students' work of the last decade was evaluated based on a given short description of patients' behaviour, and it was completed by discussion about their experiences during their site practices. The results show clearly that the model construction for the aspects of patient conduction listed below serves effectively the understanding of the patient's manifested behaviour and the nurses' responsibility in the patient conducting.

The aspects of patient conducting - drawn from different sciences and approved by the effectiveness of the students' work and reflexions can be sorted into four sections:

1. The patient's basic attitude toward his/her sickness and/or nursing situation can be held for a predisposition toward a particular (cognitive, emotional, or behavioral) reaction, which has some leading types and characteristics:

a) Adequate: the patient accepts the rules and obligations related to his/her health problem and uses his power for the aim in the possible measure.

b) Aversive: the patient isn't ready or isn't able to face his sickness. The types of the behavior may refer to this reaction:

- Indifferent attitude – he looks as if he was not interested in his own health status and his chance/prospect. The problem touches the personality in deep thus he is not able to face the problem adequately.

- Belittling the meaning of the health problem – the patient plays down the importance of the health problem, treatments, hospitalization, medication.

- Denying the fact of the health problem – the patient doesn't deal with his/her illness, flatly deny the existing health problem.

c) Adience: patient' behavior tends to move toward the feelings of a possible illness.

- Patient has a continuous fear from a possible sickness. The root of this feeling and behavior can usually be found somewhere in the early childhood and that is why it is not easy to influence this attitude.

- Patient insists on sickness without any sign of a possible physiological disorder. Realization this problem is essential for getting suitable help for the patient from a psychiatry expert.

2. The emotional status also appears during the interaction so it is also worth the observation.

a) Anxiety: feeling of threat or danger to self arising from an unidentifiable source. The defining characteristics are: autonomic hyperactivity; shortness of breath; palpitations or tachycardia; sweating; cold hands; nausea, diarrhea; difficulty swallowing; muscle tension, trembling; restlessness. fatigued; difficulty concentrating; insomnia; irritability.

b) Hopelessness: subjective state in which an individual sees few or no available alternatives or personal choices and cannot mobilize energy on own behalf.

defining characteristics are: decreased involvement in care, appetite, verbalization; increased sleep; nonverbal cues: minimal eye contact; shrugging in response to question; turning away from speaker; frequent hopeless responses („What's the use?”)

c) Low self-esteem is a negative self-evaluation of feelings about self that develop in response to a loss or change in an individual who previously had positive self evaluation.

Defining characteristics are: difficulty making decision; episodic occurrence of negative self-appraisal; evaluation of self as unable to handle situational events; verbalization of negative feelings about self (helplessness, uselessness).

3. 4. The coping strategies need also particular attention for the assessment of patient conducting. A patient facing a health problem is under stress. The stress is the process of adjusting to circumstances that disrupt, or threaten to disrupt, a person's equilibrium (Selye, 1984). The influencing factors of interaction between people and stressors are the predictability and the control about the inside and external events. They have extremely high importance for all of human being. Predictable stressors have less impact than those that are unpredictable, and the stressors have usually less impact if people can exert some control of them. The major psychological stressors are: frustrating situation; pressure situation, boredom, trauma, conflict and change.<sup>1</sup> The influencing factors of interaction between people and stressors initiate the coping mechanisms:

a) The problem centered strategy helps people to focus on the problem-solution, take into account the helping factors and, initiate changes in their internal and external environment. into account the helping factors and, initiate changes in their internal and external environment.



b) The emotion focused strategies: The focus is on the patients' feeling rather than on the problem-solving.

- Using the rumination as coping strategy, people are sorry about themselves, they are thinking about their bad circumstances they have had in the past, about their present hard situations and, have the feeling of uncertainty related their future meanwhile they fail to start dealing with their possible problem solving. The only helping feature is that they keep their problems in mind.

- Distraction strategy makes the situation easier for the people by starting and dealing with pleasant activities. The risky feature is that they may be forgetting to return to their problem and solving it.

- The impolite and disturbing or the irresponsible behavior during the treatment several times refers to the negative avoiding strategy which is the most risky way of overcoming the emerged health problems.

4. The loss is a general yet it is a unique human experience deriving from maturation and situation or from both.<sup>2,9</sup> The types of losses from objective view are:

a) External objects and resources.

b) Habituated environment (including e.g. intensive care unit)

c) Important persons (including pats).

d) Important elements of the self immanent system existence.

e) Own or significant persons' life.

### **A practical example for understanding the importance of patient conducting**

The meetings and communication in the nursing care have to be aimed at the assessment of the patient's manifested behaviour, assigning the main vulnerable points for the patient conducting to built up a trustful partnership with the patient. First, the questions has to be answered: How is the patient thinking about his health situation in general and about his problems? Potentially is he involved in his caring process? How is the patient touched emotionally by this situation? Does he have enough power inside him and self-awareness to use it? What kind of losses can he identify? Are they adequate for the treatment process? What kind of coping mechanism can he use without any provision? Does it help him with the problem solution?

### **32 yrs old male patient:**

The patient presents to hospital because of tingling and numbness in his legs. He says that there is no reason for all these examinations because these little tingling and numbness in his legs should reside with time. The family and the stuff here shouldn't deal with so much such a looser one as he is.

He has forgotten to take his special cup with him although it would be better to drink the 'obligatory thousand litres' tea per days and his dog also is not here.

But, he also says, finally the life isn't the worst here (at the ward), as because he has met a person and now they are very good friends. They talk about different interesting things, play cards and on this way the time is quite running.

Unfortunately his childhood friend isn't able to visit him, additionally has to give up his hobby the forest walking, because his previous good condition never will return.

The results of the comprehensive inspection for patient conducting:

1. The patient turns aversively toward his problem and his attitude is not helping the recovering process because he tries to belittle his own internal pressure:

"These little tingling and numbness in his legs should reside with time."

2. His emotional status shows a low self-esteem.

"The family and the stuff here shouldn't deal with so much such a looser one as he is."

3. Our patient uses an emotional centred distraction strategy which is quite probabilistic from the view of the success of his problem solving.

"They talk about different interesting things, play cards and on this way the time is quite running."

4. Finally the patient complains about some losses. They are important for the patient, but in fact they are in a quite indirect relationship with his present caring process and treatment. Paying personal attention and acceptance to the patient losses may serve as indirect motivating factors for mobilizing his inside power.

External object – his cup; important persons: his childhood friend and his pet.

There is a further communicated loss. It is his weakness and it can be realized that it is the only one communicated fact which refers directly to his real health status offering a starting point for initiating the patient conducting process at this case.

His previous good condition never will return-important element of self;

He has to give up his hobby the forest walking – resource for recreation

Behind the described patient's behaviour, the professionals identify certain illness(es). The patient's manifested reactions may be different and they do not provide the suggested treatment(s). Thus in the frame of the nurse-patient partnership it is strongly suggested to have a mutual overview of the whole problem field together with the patient, which will create a suitable base or start point for the identification of the needs and wants for the patient conducting process.

As a first step the patient has to be helped by the therapeutic counselling with realization of the helping and the hindering external/inside factors to establish a frame for the conducting process. The respectful interactions and acknowledgements of the patient's effort is the best motivating factors, furthermore this setting is the only way of providing patients the ability to preserve their human dignity and identity, and their right of self-determination and to have their all other rights unimpaired.

### Conclusion

Analyzing the text content it is obviously that the patient is not able to face his health problem, because it is "too close to him". The responsibility of the professionals is to help people to see the problems clearly and the possible solutions in a mutually respected collaboration. Returning to Orlando's theory: the nursing situation is initiated by a patient's verbal or non verbal behaviour.

### References

1. Bernstein, D.A., Penner, L.A., Clarke-Stewart, A J. Roy, E. J. (2007): Psychology, (8th ed.) Houghton Mifflin Company ISBN 10:0547016158 / 0-547-01615-8, ISBN 13:9780547016153
2. Carpenito (2012): Nursing Diagnosis (14th ed.) Lippincott-Raven Publishers 07/02/; ISBN: 13:978- 1608311095; ISBN: 10:1608311090.
3. Crane M.D., (1980): Ida Jane Orlando. In: The base for professional nursing practice. Prentice – Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey. ISBN: 0-13-627703-9
4. Joint Commission (2011): <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/speakup.pdf>  
[http://www.jointcommission.org/speak\\_up\\_help\\_prevent\\_errors\\_in\\_your\\_care/](http://www.jointcommission.org/speak_up_help_prevent_errors_in_your_care/)
5. Kanne, J. (2013) : <http://www.georgiahealthnews.com/2013/03/poor-health-literacy-georgians-understand-doctors/#sthash.JiqUz2Pn.dpuf>
6. Kozier, B – Erb, G. - Berman, A. at.al (2012): Fundamentals of Nursing. Concepts, Process and Practice, 872 pp. Pearson Education Ltd., Harlow, UK, ISBN: 978-0-273-7398-1 ISBN:978-0-273-73908-1
7. Mellor, R. M., S. Bailey, J. Sheppard at al. (2014): Decisions and Delays Within Stroke Patients' Route to the Hospital: A Qualitative Study. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.018>
8. Reid, W.J. (1978): The Task-Centred System. New York: Columbia University Press, pp.25-29.

Both verbal and non verbal behaviours are useful throughout the validation of the precise nature of the patient needs and of the effectiveness and appropriateness of nursing actions to meet these needs. "The presenting behaviour of the patient, regardless of the form in which it appears, my represent a plea for help." (pp. 127)<sup>3</sup>

The carefully discussed and identified losses and coping strategies ensure the conditions for the elaboration of a comprehensive plan together with the nurse-patient partnership with the active participation of the patient based on his own decision. Using the offered aspects the students have to be helped to realize the helping and the hindering external/inside factors and to establish a frame for an effective, conscious conducting process in the nursing practice.

### Recommendation

The nursing education and its contents need an urgent revision. Delay it means firstly the postponing of the innovation of the nursing culture anticipated for the 3<sup>rd</sup> millennium. Secondly, delaying innovation hinders the cost effectiveness of the health care services because the patients are not ready to use the health care services effectively and they return for a further treatment when they are more sick and hopeless. Thirdly, it must not be forgotten that in countries where nursing is not developed, the health condition of the inhabitants does not reflect the level of the development of medicine.

9. Ralph, S.S. Taylor, C. M., (2013): Sparks and Taylor's Nursing Diagnosis, Reference Manual (9th ed.), Publisher: Lippincott Williams & Wilkins ISBN-13:9781608311651

---

### **A betegvezetés aspektusai az ápolásban**

**Helembai Kornélia**

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Áplási Tanszék  
e-mail: helembai@etszk.u-szeged.hu

**Kulcsszavak:** betegvezetés, betegvezetés aspektusai

**Cél:** A tanulmány célja betegvezetési szempontok bemutatása és ajánlása az ápolásoktatás számára egy jobb és biztonságosabb ápolás érdekében.

**Módszer:** A betegek veszteségeire, megküzdési stratégiáira, érzelmi státuszára, valamint a betegséghez/ápolási szituációhoz való viszonyulására fókuszáló aspektusokat kvalitatív kutatási megközelítésben, a hallgatók által az eltelt évtized során készített írásbeli gyakorlati vizsgadolgozatok (N=627) eredményeinek alapján határoztuk meg.

**Eredmények:** A betegvezetési szempontok hatékonyan alkalmazhatók az oktatásban, amelyeket a hallgatók tudatosan és helyesen képesek alkalmazni a betegek bevonása érdekében.

**Következtetés:** A betegvezetés aspektusainak alkalmazásával a hallgatók felkészíthetők a magas minőségi szintű és biztonságos ápolásra, amely nélkül az egészségügyi ellátás költséghatékonysága nehezen valósítható meg.

**Ajánlások:** Az ápolásoktatás és annak tartalmi revíziója sürgető. Az innováció késlekedése a harmadik évezredre visionált ápolási kultúra fejlesztésének elhalasztását jelenti.

---





# HALLGATÓI OLDAL



## A szegedi nonprofit szektor szociálpolitikai célú tevékenységeinek bemutatása egy adatbázis-kutatás tükrében

Hős Gábor

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Szeged  
Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék  
II. éves szociálpolitika mesterszakos hallgató

**Kulcsszavak:** Szeged, társadalmi szervezet, civil, nonprofit, alapítvány, egyesület, adományozás, adó 1% felajánlás, szociálpolitika, önkéntes, aktív állampolgárság, Civil Szervezetek Névjegyzéke, társadalmi küldetés, misszió

**Bevezetés:** A tanulmány Szeged Civil Szervezetek Névjegyzékében szereplő, aktívnek tekinthető alapítványait és társadalmi szervezeteit tekinti át ellátási területük, cél szerinti besorolásuk, társadalmi küldetésük típusa, és célcsoportjuk szerint (újra)rendszereszetten.

**Célkitűzés:** A szervezetek társadalmi küldetéseiben a szociális szférát támogató vállalkozások kapcsán kapcsolódási pontokat keresése a szegedi nonprofit szektor és a szociálpolitika között. További cél az adatbázis „felhasználóbarát” mivoltának közvetett vizsgálata.

**Módszer:** A bíróság honlapjáról elérhető Civil Szervezetek Névjegyzéke online adatbázis kutatása 2015 januárjában történt. 20 tematikus kategóriában több mint 1500 Szeged székhellyel nyilvántartott, bejegyzett, bejelentés és jogerős határozat alapján módosított alapítvány és társadalmi szervezet újrendszereszése zajlott a cél szerinti tevékenységeikben leírtak alapján. Majd szociálpolitikai relevanciával bíró kapcsolódási pontok feltárására került sor.

**Eredmények:** Az adatbázisban a cél szerinti besorolás alapján történő csoportosításon túl a célcsoport és a szervezet által végzett főbb tevékenységek mentén végezhető egy sokkal mélyebb szintű összerendezés, ami még árnyaltabban mutatná meg, mivel és kikkel foglalkozik egy-egy civil szervezet. Voltak a leírás alapján nem a cél szerinti tevékenységben meghatározottaknak megfelelő helyre valamint egyáltalán nem besorolt szervezetek. Az újracsoportosítás után láthatóvá vált, hogy a 20 tematikus kategória mindegyikét lefedik a szegedi nonprofit organizációk, ez alapján nem lenne szabad civilek által lefedetlen területnek lennie Szegeden.

**Következtetések:** A közoktatási alapítványok a szülők által talán a leginkább támogatottak, de jellemzően csak a szűkös közoktatási normatíva kiegészítését, és nem az oktatási esélyegyenlőség megteremtését vállalják fel. Ha mégis megteszik, kizárólag az érdekes szegényekre terjesztik ki a támogatottak körét. Gyenge a szociális szférában dolgozók érdekvédelme, a férfiaké teljesen hiányzik, pedig minden ok és ismeret adott a létrehozására. Elégtelen az utcai szociális munkát és a mentők munkáját kiegészítő civil tevékenység. Hiányzik a szétaprózott tevékenységű helyi civilszervezeteket összefogó koordináció, lakosság előtti ismertségük ezért is esetleges. Szegedi Civil Kerekasztal és Szegedi Civil Napok városi rendezvény létrehozása javasolt. Az adatbázis hasznos és többnyire jól használható. A hiányosságai mögött megbújó lehetséges okok (pl.: bürokratikus kapacitáshiány, civilek információ-hiánya, forrásmanipuláció) felderítése szükséges.

### Bevezetés

A tanulmányban a Bíróság honlapján elérhető Civil Szervezetek Névjegyzékében<sup>1</sup> szereplő szegedi székhelyű alapítványokat és társadalmi szervezetek kerülnek bemutatásra - részben újra-rendszereszetten - ellátási területük, cél szerinti besorolásuk, társadalmi küldetésük típusa valamint

célcsoportjuk szerint. Kiemelt figyelmet kapnak az olyan nonprofit szervezetek, amelyek érintkeznek a szociálpolitika határterületeivel, vagy komplex társadalmi célkitűzéssel bírnak. Egy rövid kitekintésben szó lesz arról, hogy a szerző szerint mennyire indokolt egyes szervezeteket a cél szerinti leírásban foglalt társadalmi küldetésük alapján az

adott kategóriába tartozónak tekinteni. Végül az adatbázis használhatóságával és a civil szervezetek misszióinak átláthatóságával kapcsolatos meglátások összegzésére kerül sor, rávilágítva Szeged szociális területhez kapcsolódó nonprofit hiányterületeire, visszásságaira.

## 2. A kutatásról

Az online adatbázis keresőrendszerében végzett szűrést a Szeged székhellyel nyilvántartott, bejegyzett, bejelentés és jogerős határozat alapján módosított alapítványokra és társadalmi szervezetekre végeztük el. Ezen belül a cél szerinti tevékenységekben leírtak fejtik ki az egyes szervezetek misszióját. Több mint 1500 leírás áttekintése után az eredetileg 17 tevékenységbe<sup>2</sup> sorolt szervezeteket tartalomelemzés után újracsoportosítottuk, azzal a céllal, hogy kiderüljön, van-e a helyi civilek által lefedetlen terület. Ezen kívül a kutatás ideje alatt szerzett tapasztalatok is összegyűjtésre kerültek az adatbázis használhatósága kapcsán.

## 3. A szegedi civil szervezetek csoportosítási lehetőségei, típusai, 1-1 szociálpolitikai relevanciájú szervezet rövid bemutatása

Ugyan a csoportosítás alapvetően a Civil Szervezetek Névjegyzékében a cél szerinti besorolás alapján került rögzítésre, de a kutatómunka során több szervezet leírása arra engedett következtetni, hogy egyrészt végezhető egy mélyebb szintű csoportosítás is, különösen a célcsoport, és a szervezet által végzett főbb tevékenységek mentén; másfelől voltak a leírás alapján nem jó helyre, a cél szerinti tevékenységben nem meghatározott helyre valamint egyáltalán nem besorolt szervezetek. Például a lekérdezés azt mutatja, nincs Szegeden érdekvédelem és érdekképviselőlet valamint közbiztonság- és polgári védelmi célzatú szervezet, a többi kategóriában számos olyan nonprofit szervezet tevékenységi leírása ennek ellentmond. Így az elvégzett újracsoportosítás után láthatóvá vált, hogy a keresőrendszer által megadott 17 tematikus kategóriában<sup>3</sup> nincs olyan cél szerinti besorolású szervezet, amihez ne tartozna helyi nonprofit organizáció.

### 3.1. Érdekvédelem és érdekképviselőlet - Van, csak nem így hívják

Az érdekvédelemhez sorolható például a *Független Ifjúság* ifjúsági érdekvédelmi tevékenysége. De Csongrád megyei szinten találunk értelmi fogyatékos, nyugdíjas és polgárőr szervezeteket, akik nem kapcsolódnak külön intézményhez vagy nem tartoznak hivatalosan elismert szakmai körbe sem. A *Fiatalok és az Idősek Közlekedésbiztonságáért Egyesület* és az *Alsóvárosi Polgárőr Közhasznú Egyesület* pedig kifejezetten állampolgároknak nyújt védelmet, meghatározott korosztályoknak és lakókörzetben. A szociális tevékenységek alá besoroltan viszont találunk érdekvédelmi szervezeteket az alábbi csoportokat megcélozva: dyslexiások, szegedi mozgáskorlátozott nyugdíjasok, autista gyermekek és családjuk, szegedi bölcsődések, nagycsaládosok, a régióban munkát vállalni kívánó nők, fogyatékkal élők, idősek és családtagjaik, halmozottan fogyatékos gyermeket nevelő szülők illetve a Csongrád megyei mozgáskorlátozottak 2 szervezettel is.

Az érdekvédelmi terület több mint 70 szervezettel azt mutatja, érdekvédelemben még sincs hiány. De ezek nem az általában vett állampolgári jogérvényesítéshez, hanem kifejezetten *egy-egy szakma(csoport)hoz vagy munkahelyhez kötődnek*, funkciójukat tekintve **szakszervezetek**. Vannak környezetvédelmi, vízügyi, vízgazdálkodási szervezetek. Egy-egy mezőgazdasági áruféleségre (pl.: *Szegedi Fűszerpaprika Termelők Egyesülete*) vagy működési területre specializálódott gazdakörök (pl.: *Szóregi Gazdakör Egyesület*), élelmiszeripari termelői (pl.: *Tejipari Munkástanács*), de van országos lefedettséggel virágkertészeti szervezet is (pl.: *Magyar Rózsatermesztők Egyesülete*). Állattenyésztéshez kapcsolódó szervezetet csupán egyet találunk, a *Szegedi Galamb és Kisállattenyésztők Egyesületét*. Meglehetősen kevesen, de vannak szakmukához kötődő csoportok is (pl.: *Karosszéria javítók és Fényezők Egyesülete*), de inkább a gyári telephelyhez kapcsolódó szervezetek vannak többségben (pl.: gumigyár, textilgyár, bútorgyár). A nagyobb közműszolgáltatók dolgozói rendszint rendelkeznek érdekképviselőlettel (pl.: DÉMÁSZ,



DÉGÁZ, Szegedi Vízmű). A piaci alapon működő cégek közül a szállítás és távközlés területén jelentős az ilyen csoportosulás, közülük is kifejezetten a személy- és teherszállítók szervezeteinek száma szembetűnő (pl.: *Szegedi Közlekedési Kft. Munkástanácsa*). De teljes piaci alapon szállítással foglalkozó taxisszervezetet is találunk. Más, nem piaci alapon működő közszolgáltatást nyújtók is vannak szervezethez kötötten (pl.: *Szegedi Fegyház és Börtön Szakszervezete*), előfordul, hogy csak egy leszűkített dolgozói csoport képviselőjében (pl.: *Szegedi Tudományegyetem Fiatal Dolgozóinak Szakszervezete*). Számos iparág (pl.: *Szegedi Ruhaipari Munkástanács*) és számos iparági kamara alakult, olykor határon átnyúló céllal (pl.: *Magyar-Szerb Kereskedelmi és Iparkamara*). A globális világban ide sorolhatók az elektronikus kereskedelem képviselői is. Jellemzőek a gazdasági érdekvédelmet kifejező kereskedelmi érdekvédelmi csoportok (pl.: *Multinacionális Cégek Károsultjainak Egyesülete*). Kifejezetten vállalkozókat tömörít a *Csongrád Megyei Kereskedők és Vendéglátók Egyesülete*. A számos turisztikai célzatú érdekvédelmi szervezet közül kiemelkedik egy különös célcsoporti összefonódást mutató, a *Magyarországi Ingatlantulajdonosok és Idegenforgalomban Érdekeltek Segítő, Tanácsadó Egyesülete*. Figyelemreméltó, hogy ritkán, de előfordul olyan is, hogy maguk a munkáltatók hoznak létre szervezetet. (pl.: *Villamosenergia-ipari Társaságok Munkaadói Szövetsége*). Egyes orvosi területek szintén aktív érdekvédelmi tevékenységet mutatnak (pl.: *Csongrád Megyei Állatorvosi Kamara*), de jellemzően magukra nem érdekvédelmi, hanem egészségügyi tevékenységük kapcsán gondolnak. Kivétel ez alól az Egészségbiztosítási Pénztárakkal finanszírozási szerződésben álló egyéni, vagy társas vállalkozásaikban közszolgáltatást nyújtó orvosok és fogorvosok érdekeinek összefogását vállaló *Kasszaorvosi Szervezet*. Szembetűnő, hogy a legtöbb civil kurázsit mégis a humánszolgáltatást végzők mutatják fel. Míg a (bio)építésszek, épületgépészek, fogtechnikusok szakmája is létrehoz 1-1 szervezetet, addig számtalan emberekkel foglalkozó csoport képviselői,

mint rendőr, könyvtáros, közgyűjteménykezelő, közjegyző, művész, munkaügy- és TB területén dolgozók és pedagógusok igényét érzik érdekeiknek szervezeti, sőt szervezetközi szintű képviselőnek. (pl.: *Gyakorlóiskolák Iskolaszövetsége*).

A foglalkoztatási csoportok közül a különböző szakorvosok, egészségügyi dolgozók, pedagógusok, agrárértelmiségiek, vállalkozók és gazdasági társaságok, információs és kommunikációs terület dolgozói (pl.: közoktatási rendszergazda), teher- és személyszállítók, fodrászok, autóvezetés-oktatók és egyetemi hallgatói önkormányzatok dolgozói hoztak létre érdekvédelmi szervezeteket. Ezek közül 2 szervezet emelkedik ki. A *Gyógyító Nőkért Alapítvány* a gyógyító, segítő tevékenységgel hivatásszerűen foglalkozó nők testi és lelki egészségvédelmének elősegítésével, szakmai érdekvédelmének ellátásával elsősorban a szociális területen dolgozó hölgyek érdekeinek artikulálásával akár szociálpolitikai célokat is elérhet. A másik a *Civil Városi Unió Egyesület*, amely Szeged város köz- és kulturális életében történő szerepvállalást, rendezvények szervezését, a szegedi civil szféra összefogását, a szegedi civil szervezetek véleményének, elképzelésének összehangolását, ennek a közvélemény előtt való megjelenítését tűzte zászlajára.

Aszociális tevékenység cél szerinti besorolásban további 7 szervezetet találunk (Szegedi Nemzeti Színház, Tisza Volán Zrt; Szegedi SZEFO Zrt; Szegedi Fegyház és Börtön, EDF DÉMÁSZ, Szegedi Műszaki Honvédek, Vylyan és Fried-Domet Kft.). Valamint az állatorvosok és egyes szakterületek nyugalmazott tagjai (pl.: sportolók) képviseltetik munkavállalói érdekeiket, de nem általánosságban, hanem rászorultsági alapon, adott esetben a családtagokra is kiterjesztve, szükség esetén alkalmi vagy rendszeres anyagi segítségnyújtással.

Az érdekvédelmi kategóriában 4 szociálpolitikai relevanciával bíró szervezetet találunk. A *TÁRS.OK Társadalomkutató Egyesület* kutatási eredményeivel akár szociálpolitikai döntéshozatali előkészítésében is részt vehet. A *Megváltozott Munkaképességű Munkavállalók Független Szakszervezete* a munkaerőpiacon egészségügyi okból hátrányt szenvedő munka-

vállalókat segíti az önérvényesítésben, segítve esélyegyenlőségük megvalósulását. Az *Együtt - Nők a Nőkért - Közhasznú Egyesület* a gazdasági, társadalmi és civil szférákban tevékenykedő nők érdekeinek integrálására törekedve a nők esélyegyenlőségéért végez hasonló munkát. A *Létminimum Alatt Élők Társasága* országos ellátási területtel a társadalmilag és anyagilag hátrányos helyzetű emberek, családok életét befolyásoló törvények előkészítése során törekszik arra, hogy a létminimum összege valóban az emberhez méltó életvitelt tegye lehetővé; ezen felül ingyenes jogsegélyszolgálattal, adománygyűjtéssel és rászorulókhöz való eljuttatásával segít.

### **3.2. (A)Politikai tevékenység**

Csupán 4 politikai szervezetet találunk, a honvédelem és az állampolgári jogvédelem területén tevékenykedő 2 szervezetet és 2 pártot. A *Dolgozók Pártja* a magyar dolgozók és munkavállalók politikai érdekeinek szolgálatát látja el. Míg a *Közös Jövő Párt* a társadalmi szolidaritást, együttműködést, Magyarország összes polgára számára közös jövő építését tűzte ki célul minél szélesebb állampolgári részvétel támogatásával.

### **3.3. Pangó jogvédelmi tevékenység**

Mindössze 3 szervezet foglalkozik jogvédelemmel. Általános jogi tanácsadás és képviselet, zártkert-tulajdonosok jogvédelme és a minden állampolgár számára elérhető *Délalföldi Regionális Fogyasztóvédelmi Egyesület* tevékenysége sorolható ide; bár számos más szervezet biztosít ingyenes jogi tanácsadást különböző jogterületi kérdésekben (pl.: munkajog). Tematikus átfedéseket itt is találunk, főként környezetvédelmi civil szervezetek foglalkoznak a környezetvédelmi jogi előírások betartásával, annak törvényi úton való kikényszerítésével.

### **3.4. Változatos környezetvédelmi tevékenységek, főleg más tevékenységek metszetében**

Az ide sorolt szervezetek főbb témakörei az élőhely- és fajvédelem, a környezetszépítés (pl.: szelektív hulladékgyűjtő, szemétszedő és faültetési lakossági akciók), az energiatakaré-

kos és környezet-kímélő technológiák elterjesztése. A legnépszerűbb terület, a széles állampolgári támogatással és ismertséggel együttjáró kóbor kutyák és macskák mentése. Némi átfedésben kulturális tevékenység is fellelhető a környezettudatosságot emelő tevékenységük folytán. Számos ponton kapcsolódnak a természeti sportok és hobbik kedvelőinek szervezeteihez (pl.: élővízi sportokat úzó, vadász, horgász, madarász, tájfutók és túrázók, barlangászok, természetfotósok és - filmesek, stb.), a haszonállattartókhoz (pl.: méhészek) és a hobbiállattartókhoz (pl.: díszmadarak, pókok). Talán a legkomplexebb szervezet a *Csíplek! - A Környezettudatos Szűnyoggyérítésért és Életért Közhasznú Alapítvány*, amely közvetve több más célt is támogat, hiszen a szűnyogcsípéssel terjedő fertőző betegségek megakadályozásával, a nyári időszakban szabadterén lévő emberek jólétének biztosításával egészségügyi, kulturális, sport és szabadidős célokat egyszerre szolgál, régiós szinten. A fenti szervezetek óhatatlanul részt vesznek a területfejlesztésben is, főleg a Dél-Tisza terület és dél-alföldi régiók kapcsán. De az EU-s fejlesztések országos hatásai kapcsán is van szervezete az ebben érintett szakembergárda összefogásának (pl.: *Országos Projekt- és Területfejlesztési Egyesület*).

### **3.5. Településfejlesztési tevékenység**

16 szervezetet jegyeztek be ide. Egy a Balaton és térségének fejlesztésével foglalkozik, 1 a hazai termálvizek jobb kihasználását tűzte ki célul. 7 szervezet a dél-alföldi régió versenyképességének növelésére, társadalmi felzárkóztatására koncentrált. Közülük csak 1, a *Primordium Terület- és Vidékfejlesztési Közhasznú Egyesület* nevesíti, hogy nem csak a településfejlesztés, hanem a vidékfejlesztés eszközeit is használja a területi hátrányok leküzdésében. A *Csongrád Megyei Önkormányzataiért Alapítvány* a helyi önkormányzatok feladatellátásaiban kíván segítséget nyújtani. A *Szöregi Rózsa Alapítvány* már kistérségi szintű fejlesztésekben gondolkodik, 2 szervezet pedig Szeged város szintjén. 5 városrésznek külön is vannak civil fejlesztési szervezetei: Móravárosnak, Rókusnak, Kiskundorozsmának, Szöregnek és a Marostói Kertvárosnak. A *Lakótelepi Emberek*

*Érdekképviselői Társulása* pedig a lakótelepen élők közös (érdekeinek) képviselőjét tűzte ki célul.

### 3.6. Nyomvonalas kutatási tevékenységek

50 szervezetet sorolnak ide, de egyéb kategóriában és máshova besoroltan is találtam több kutatási főcélú vagy másodcélú szervezetet. Mivel Szeged egyetemi város, mindez nem meglepő. És mivel biológiai kutató város, így az is természetes, hogy a növény- és élettani-orvosi (pl.: agykutatás, rákkutatás), genetikai, biotechnológiai, kémiai és gyógyszerkutatások jelentik a civil szervezetek törekvéseinek nagy részét. Az egyetemi hallgatói kutatások között orvosi témájú diákköri dolgozatot támogató alapítványokat is találunk (pl.: *Kaali Alapítvány*, *Szegedi Orvosbiológiai Kutatások Jövőéért Alapítvány*). A legszélesebb körű támogatást az SZTE hallgatóinak a *Sófi József a Szegedi Tehetségekért Alapítvány* adja, tudományterülettől függetlenül, ezzel megteremtve a tudományágak esélyegyenlőségét, és végső soron az ezekben jeleskedő hallgatók esélyegyenlőségét is. Hasonlóan széles támogatási célcsoporttal rendelkezik *A Tudomány Támogatásáért a Dél-Alföldön* nevű szervezet, amely a Szegedi Akadémiai Bizottság támogatását élvez. Jelentősek még a megújuló energiaforrásokra alapuló kutatások (pl.: bioenergia), a földtaniak közül a barlang- és karsztfeltárások, és a geoinformatika interdiszciplináris jelentőségét tárgyalók is. Ökológiai és környezetkímélő anyagok létrehozását és szabadalmaztatását támogató civil szervezeti törekvések is megfigyelhetők. Egyes területek (pl.: Közép-Európa, Közép-Kelet-Európa, dél-alföldi régió) természeti- gazdasági-társadalmi környezetét komplexen vizsgáló kutatások is futnak. Ezen kívül nevesítettek a bölcsészettudományi kutatások közül a világháborús és középkor-történeti, a vallástörténeti- és valláspolitikai, a pedagógiai, valamint a könyvtárkultúrához, egy-egy külföldi szerző életművének fordításához kapcsolódóak. Az állam és jogtudomány területén kiváltképp a munkajogi és határterületi kutatások támogatása jellemző. Ritkán, de előfordulnak gazdaságtudományi kutatások fiatal közgazdászokat megcélozva,

valamint gazdasági oktató programok kifejlesztésének támogatása is zajlik. A *Fiatalkutatók Nemzetközi Fóruma Alapítvány* pedig a fiatal kutatók közötti nemzetközi párbeszéd támogatását tűzte ki célul.

A szociális területen is hasznosítható eredményeket hozó kutatások végzői főleg a társadalomtudomány képviselői közül kerülnek ki, az alábbi fő témáikkal:

- „*INTEGRITÁS*” *Közhasznú Egyesület* - pszichiátriai rehabilitáció
- „*Innorratio Kutatóműhely*” *Csongrád Megyei Gazdaság- és Társadalomfejlesztő Közhasznú Egyesület* – területfejlesztés
- *Agora Alapítvány a Társadalomkutatásért* - fiatal kutatók és vállalkozók támogatása
- *Bioenergia Szolgáltató Központ Alapítvány* - szociális programok tervezése, pályázatírás
- *Partizkon Társadalomkutató Egyesület* - döntéshozatali előkészítés
- *Dél-Alföldi Regionális Társadalomtudományi Kutatási Egyesület* (DARTKE) –társadalom-kutatási eredmények közzététele
- *Akciókutatók a Fenntarthatóságért Egyesület* - a társadalmi szolidaritás jegyében részvételi akciókutatások a társadalmi aktivizmus, aktív állampolgárság módszereivel.

### 3.7. A nemzetközi tevékenységek középpontjában: a fiatalok

7 szervezet említhető ebben a kategóriában, közülük 2 térségfejlesztéssel foglalkozik, 2 nemzetközi szakmai kapcsolatok építésével (szegedi geográfusok, Szeged-Pécs üzleti kapcsolatépítés), 2 a fiatalok európai polgári identitásának megerősítését célozza informális képzések útján. Az *Otthon a Világban Interkulturális Egyesület* elsősorban a fiatalok multikulturális készségeinek fejlesztését és a hátrányos helyzetű csoportok társadalmi esélyegyenlőségének elősegítését szolgálja.



### **3.8. Tűzfoltokban fellelhető polgári védelmi és tűzoltási tevékenység**

A rendőrség, a katasztrófavédelem, a polgárőrség, az önkéntes tűzoltóság és az önvédelem képviselőit jellemzően városrészi vagy megyei szinten találjuk meg. A *Szőregi Önvédelmi Egyesület* a közösségi és személyi tulajdon védelmén, bűn- és balesetvédelmi tevékenységén túl a gyermek és ifjúságvédelemmel is foglalkozik.

### **3.9. A közösségfejlesztés csirái: szabadidős és hobbitevékenységek – Hol vannak az ifjak?**

Számárányukban a hobbik között a kültéri és természeti sportok vezetnek, ez érthető is a napfény városában, ahol szinte minden évszakban alkalmas az idő valamilyen kültéri mozgás- és kikapcsolódás-formára. Jellemzőek a vadász, horgász, természetjáró, lovas csoportok, de találkozhatunk a repülés, az airsoft, a fajkutyás- és postagalambtartás valamint a bonsai fák szerelmeseivel is. Ritkán, de egy-egy intézményhez kötötteen szerveződnek kulturális programok, mint a MÁV Rt. vasútmodellezőie, vagy a JUGYU Klub egyetemista fiataljaié. Előfordul, hogy egy-egy városrész próbálja megtartó közösségé fejleszteni lakóit (pl.: *Vadaspark Lakópark Lakóközösség, Alsóvárosi Szabadidő Alapítvány*) és van olyan is, amely a dél-alföldi régióban lakó családokat együttesen célozza meg, mint a *Déli Szabadidőcentrum Alapítvány*. Egy-egy sportág művelőihez (pingpong, kerékpározás) és szurkolóihoz (szegedi kézilabda, Real Madrid Futball Club) kötődően is kialakulnak csoportosulások. Megjelenik még a harcművészetek és a tánc különböző formái, a kézművességen belül a tűzzománc-készítés, valamint a szalon- és kártyajátékok.

A korosztályi csoportok a legnépszerűbbek. Kevés gyermekszervezet van, ezek nagy része a Százszorszép Gyermekházhoz kötődik (pl.: néptáncsoport). Ellentmondás, de ennél több szervezet koncentrált épp a gyermekek mozgás és sport iránti szeretetének fejlesztésére. Az ifjúsági civil szervezetek száma megdöbbentően alacsony egy iskolavároshoz képest. Ezek egy része is az online térben való chatelés, internetes kommunikáció, a verekedős videójátékok és az informatikai tehetséggondo-

zás köré épül. Az „offline” szervezetek ifjúsági közösségi tér létrehozását már évek óta hiába próbálják elérni. Egyedül a keresztény vallás-erkölcsi megfontolásból létrehozott cserkészlet tűnik élőnek 2 szervezet útján (*Alapítvány a Szegedi Cserkészletért, Dél-Alföldi Ifjúságért Cserkészalapítvány*). Bizonyára a többi ifjúsági szervezet egyházi és kulturális tematikájából adódóan nem idesorolt, de azért létezik. A legnépesebb tábor a nyugdíjas szervezetek alkotják, gyakorlatilag megszámlálhatatlan mennyiségben: élethelyzetre, lakóhelyre és különböző közigazgatási szintekre bontva. Így Szegeden nehéz elképzelni, hogy valaki ne találja meg a neki való kapcsolatépítési közeget az idősebb korosztályban, ha erre vágyik.

### **3.10. A legnagyobb számok - egészségügyi, oktatási, kulturális és sportszervezetek**

A 100 egészségügyi, 175 oktatási, 250 kulturális, 289 sporttevékenységre specializálódott civilszervezet egy pezsgő sportélettel rendelkező egészségügyi ellátó és oktatóváros képét festi Szegedről, ami egyúttal gazdag kulturális központ is. Ezen kategóriák részletes elemzésétől ezúttal eltekintünk, szociális érintkezési felületeik esetleges mivolta miatt.

Az egészségügyi civil szervezetek kapcsán állapítható meg annyi, hogy 4 fő célcsoportja van. Első helyen a legkülönbélebb egészségügyi intézetek állnak, ahol különösen infrastruktúra-fejlesztésre, de olykor már csak szinten tartásra fordítják a befolyó összegeket, kipótolva a közfinanszírozás egyre komolyabb hiányosságait. (pl.: *Korábban érkeztem Dél-alföldi Regionális Koraszülött Intenzív Osztályért Alapítvány*) De ilyen például a nem egy konkrét intézményhez kötött háziorvosi rendelők felújítását vállaló *Régiónk Orvosaiért Közhasznú Alapítvány* is. Ezt követően az egyes betegségekben szenvedők és hozzátartozóikat célzó szervezeteket találjuk. Túlsúlyban vannak a beteg gyermekeket és családtagjaikat támogató célkitűzések (pl.: *Diabeteses Gyermekeket Támogató Egyesület*), holott a lakosság demográfiai megoszlása alapján lényegesen több beteg, idős embernek lenne szüksége a támogatásra. Általános célú civil szervezetek /pl.: prevenció, egészségtudatosság-fejlesztés, alternatív

gyógyászat/, és betegség-specifikusak is jelen vannak. (pl.: *Csongrád Megyei Ilco Egyesület* a sztomás műtét utáni emésztőszervi fekélyes és daganatos betegekért). Előfordul, hogy magát az egészségügyben dolgozó speciális szakszemélyzetet támogatják, anyagi, erkölcsi elismeréssel, kutatásában, publikálásában, továbbképzésében, konferencia-részvételében, nyelvtanulásában, külföldi tanulmányútjában, szakmai kapcsolatépítésében. A *Szegedi Tudományegyetem Klinikai Endokrin Alapítvány* például a munkából hosszabb időre kieső orvosoknak és egyéb egészségügyi diplomásoknak, továbbá ápolóknak és laboratóriumi asszisztenseknek a szociális segítségét is felvállalja. Végül az általánosságban minden állampolgárnak, vagy az állampolgárok széles rétegeinek szóló egészségügyi programok jelennek meg meg, amelyek már szociálpolitikai célokat is követhetnek. Mint a népesedési politikát támogató *Dél-Alföldi Reprodukciós Egészség - 2000 Alapítvány*, amely a gyermekvállalási kedv elősegítését, a családtervezés módszereinek bemutatását, ezáltal a népesség-szám drámai csökkenésének megállításához való hozzájárulást tűzte ki célul.

Az oktatási, kulturális és sportszerveztek szemlélet- és közösségformáló ereje szintén hordozhat magában szociális célokat, különösen az önszegélyezésre, karitatív célokra, közösségfejlesztésre, civil kurázsira épülő, állampolgári részvételre buzdító szervezetek. Például a *Nagyító – Középközelgések Iskolán Kívüli Képzése Alapítvány*, ami non-formális képzések, tréningek során fejleszt ki középiskolás osztályok szociális készségeit és közösségeit.

### **3.11. Szociális tevékenység vagy közfinanszírozási hiánypótlás?**

A szociális tevékenység alatti besorolást 174 szervezet tudhatja magáénak. A legtöbb szervezet hátrányos helyzetű gyermekekkel és fogyatékkal élőkkel foglalkozik. Egyesek ezek közül kifejezetten egyes korosztályokra szakosodtak, jellemzően a gyermekjólét látóterébe került (pl.: *Gyermeksors Alapítvány*) vagy veszélyeztetett nagycsaládos gyermekekre (pl.: *Fatima Ház Alapítvány*) és az idősekre, főképp

azok gondozására, pénzbeli és nem pénzbeli segélyezésére, egész városra kiterjedően (pl.: *Szegedi Megyei Jogú Város Nyugdíjas Egyesülete*) vagy egy-egy városrészhez kapcsolódva (Szőreg, Makkosháza); adott esetben mindkét, avagy még több célcsoportra fókuszálva. (pl.: *Szerető Családi Gondoskodás Időseket, Mozgáskorlátozott, és Fiatalkorúakat Segítő Közhasznú Egyesület*). A másik lényeges szempont, hogy a szervezetek gyakran kötődnek alap- és szakellátási intézményekhez. A fiatalok esetén csecsemő-, gyermek- és anyasothonokhoz (pl.: *Szegedi SOS Ifjúsági Ház*) és idősotthonokhoz (pl.: *Benedict Szociális Otthonok Támogatásáért Alapítvány*). A fogyatékkal élőket támogató szervezetek is inkább a speciális szükségletű /pl.: eltérő fejlődésű, hiperaktív, autista/ gyermekekkel foglalkoznak (pl.: *Szegedi Speciális Szükségletű Gyermekek Családját Támogató Szivárvány Szülő Alapítvány*) és gyakran az ilyen gyermeket nevelő családtagok önszegítéséből nőnek ki magukat. Valamivel kevesebb, de fogyatékos felnőtteket megcélzó 4 szervezet is van (pl.: *„Az Elesettekért” Alapítvány*). Az érzékszervi fogyatékkal élőket pedig korosztálytól függetlenül képviselik a vakok és gyengén látók, valamint a siketek és nagyothallók különböző területi szintű szervezetei. A cigányság társadalmi felzárkóztatását célzó egyesületek is megjelennek. Az *„Elszalasztott 1000 év” Csongrád Megyei Független Cigány Érdekvédelmi Szervezet Közhasznú Egyesület* megyei viszonylatban, a *Cigányok Esélyegyenlőségéért Egyesület* és a *Kisebbségi és Hátrányos Helyzetűek Kulturális Közhasznú Egyesülete* pedig országos működési körrel bír.

Másik fő terület a családsegítés, amivel 4 szervezet foglalkozik. Közülük kiemelkedik a *Védőernyő a Díjhátralékosoknak Alapítvány* adósságrendezi szolgáltatásával. 7 szervezet képviselésében a mentálhigiénés szolgáltatások is megjelennek személyesen és telefonon elérhető formában egyaránt. 2 szervezet a szakmaiság és a szakmaköziség erősítéséért jött létre, 4 szervezet a gyermek-, serdülő- és ifjúkorúakra koncentrál, míg az *SOS Telefonos Lelkiségegy Alapítvány* krízistelefonja minden korosztály számára elérhető.



Fontos terület a gyermekmegőrző és oktatási intézmények civil élete is. 4 családi napközi intézményt is találunk, de egyik sem vállal fel szociálisan hátrányos helyzetűekre vonatkozó küldetést, csupán az intézményből kiszoruló gyermekekre való felvigyázást. Ha csak a csellengés alternatívájaként nem értelmezzük ezeket, vagy a diszkrimináció kapcsán intézménybe fel nem vett gyermekeket nem nézzük, aligha indokolható szociális besorolásuk (pl.: *Alsóvárosi Csicsergő Családi Napközi Alapítvány*). Szintén az oktatási tevékenységek alá lenne érdemes besorolni azt a 24 óvodát, amelyből csupán 4 vállal valódi szociális felzárkóztatási tevékenységet: ellátásból kiszoruló, mozgássérült, és hátrányos helyzetű, ám tehetség gondozásra szoruló óvodások támogatását. Ezek közül a *Kisrigó-Fészek Alapítvány* megyei szinten német és szerb kisebbségek, erdélyi és vajdasági határon túli magyarok védelmével foglalkozik. Valamivel jobb arányokat találunk az itt nyilvántartott 10 iskola esetében, amelynek már a fele hangsúlyt fektet hátrányos helyzetű tanulóinak támogatására. Ami szembetűnő, hogy a támogatás inkább természetbeni (szakköri díj, versenyzetési hozzájárulás, tanulmányi kirándulás) és kizárólag szűk körben, évi 2-3 kifejezetten kitűnő, tehetséges tanulójának jár. Ilyen érdemességre szűkítő értelmezés nélkül kizárólag *A Szegedi Rókusvárosi II. sz. Általános Iskola Gyermekeiért Alapítvány* vállal szociális támogatást tanulóikért. Ezen kívül egy jövőbe mutató kezdeményezést találtam a *Péterné Aranka Alapítvány a Szőregi Általános Iskola Rászoruló, Kiváló Képességű Tanulói Továbbtanulásának Támogatására* az iskola tehetség-utógondozó célkitűzésében, miszerint a Szőregi Általános Iskolában végzett, középiskolába fölvet, kiváló képességű, de bármely ok miatt hátrányos helyzetű tanulókat anyagiilag segíti, hogy középiskolai tanulmányaikat kedvező körülmények között kezdhessék meg. A szegedi kollégiumok számához képest kizárólag 1 kollégium, a Móra Ferenc Kollégium tűzte ki célul, hogy hátrányos helyzetű tanulóit segíti. A Szegedi Tudományegyetem 12 karából csak a Természettudományi és Informatikai Kar valamint az Egészségügyi és Szociális Képzési Kar alapítványai érezték szükségét hasonló

küldetést felvállalni kiegészítő jelleggel, hála a minden rászoruló szegedi egyetemistának elérhető rendszeres szociális ösztöndíj jelenlétének. A munkaerő-piaci célzatú szervezetek főleg a munkanélküliek támogatásában járnak élen, különösen a hátrányos helyzetű, megváltozott munkaképességű, pályakezdő fiatalokat megcélozva (pl.: *Állás-Pont Alapítvány*).

Az egyházak szeretetszolgálataihoz kapcsolódva 7 szervezetet találunk. Ezek megyei koordinációját a *Szeretetszolgálatért Egészségügyi Népiskola Közhasznú Alapítvány* látja el. A görög-katolikusok elsősorban az állami gondozott gyermekeket, a reformátusok a határon túli magyarságot, míg a katolikusok a rászoruló családokat célozzák meg tevékenységükkel.

Végül a komplex szociális társadalmi küldetéssel és célcsoporttal bíró szervezetekre térünk ki. Az előbbire példa a *Csongrád Megyei Ezüst Hold Szociális Egyesület*, ami meghatározott területen – a megyében - élő rászorulóknak segítséget nyújt. Az utóbbira példa a *Gondviselés a Rászorulókért Alapítvány*, amely egyszerre segít a hozzátartozók nélkül maradt idős embereknek, a rossz anyagi körülmények között élő gyermekeknek, de a tartós betegek támogatása, ápolása, gondozása is a feladatai közé tartozik.

Mindkettő ötvözetére példa a *Sorores Optima Szociális és Kulturális Alapítvány*, amely komplex célcsoportokkal és komplex feladattal rendelkező szervezetként működik. A szervezet azért jött létre, hogy támogassa az iskolarendszer minden szintjén nappali tagozaton tanuló fiatalokat, a szociálisan rászorulókat, az öregeket, a hátrányos helyzetűeket, a határon túli magyarokat, a menekülteket, előtérbe helyezve a nők, a gyermekek és a sokgyermekes családok helyzetének javítását. Ezen kívül elősegíti a betegségmegelőző, a gyógyító, a kulturális, az oktatási, a gyermek és ifjúságvédelmi, valamint a környezetvédelmi munkát. Egészségmegőrzés, gyógyító, egészségügyi rehabilitációs tevékenység, időskorúak gondozása, nevelés és oktatás, képességfejlesztés, ismeretterjesztés egyaránt szerepel a vállalásai között.

#### 4. Következtetések

A helyi civilszervezetek vizsgálata kapcsán számos megállapítást tehetünk, és ezek között néhány összefüggést is sikerült feltárni.

A nagyszámú turisztikai érdekvédelmi szervezet léte kapcsán felmerül, hogy a közös célokban ennyire nincs együttműködés, vagy egy komoly érdeksérelmet elszenvedő csoport képviselése indokolja a gyakorlatilag minden közigazgatási szinten megjelenő önszerveződést.

Megállapítható, hogy a közoktatási alapítványok többsége annak ellenére, hogy a szülőktől jövő felajánlások igen nagy hányada éppen ide jut, nem szociális, inkább közfinanszírozás pótlási tevékenységet folytat a szűkös normatíva kapcsán, azaz a kevés forrás az esélyegyenlőségi törekvéseket gátolja.

Az egészségügyi tevékenységet folytató szervezetek szintén gyakran kénytelenek felvállalni a közfinanszírozás kipótlását, hol infrastrukturális fejlesztési – de jellemzően csupán fenntartási – okból, hol továbbképzési és kutatás-támogatási célzattal az állandó forráshiány miatt.

Bár a humányszolgáltató területek képviselői így is magasabb civil öntudatot mutatnak más ágazatok képviselőihez képest, sajnálatos, hogy jelenleg nincs olyan civilszervezet Szegeden és környékén, amely a szociális területen dolgozók érdekeit képviselné. Különösen az itt egyre fogyatkozó létszámban dolgozó, anyagi okból gyakran pályaelhagyásra kényszerülő férfiak érdekei maradnak képviselést nélkül egy olyan szakmában, ahol minden ismeret és ok adott lenne annak létrehozására.

Hasonló hiányosság a helyi civilszervezetek koordinációja, tevékenységük szétaprózottsága, és a lakosság előtti ismertségük esetleges volta. Szegedi civil fórum, szegedi civil napok városi rendezvény és szegedi civil sajtó létrehozása javasolt.

A polgári védelmi területről hiányzik a cselengő fiatalok és más utcai életvitelt folytató személyek (pl.: hajléktalanok, szerfogyasztók) utcai szociális munkához tartozó, célzott felkeresése. Érezhető a mentők munkáját kiegészítő egészségügyi ellátás elégtelen volta is.

A kutatási célú szervezeteket áttekintve felmerül a kérdés, hogy egyes tudományterületek mostoha támogatottsága abból ered-e, hogy elégtelen a lobbitevékenységük, avagy nem alkalmazott kutatásokat folytatnak, esetleg abból, hogy kutatási eredményeik rendszerkritikát tudnának megfogalmazni a tudomány vagy a politikai helyzet jelenlegi állapotával szemben. A szabadalmi tevékenységet támogató civil kezdeményezések is teljes mértékben hiányoznak.

A politikai szervezetek rendkívül alacsony száma már-már apolitikus helyi társadalomra utal, pedig a közelmúltban országgyűlési és önkormányzati választások is voltak. Ez éppúgy mutathatja a helyi állampolgárok politikai kiábrándultságát, mint ahogy elégedettségét is a jelenlegi politikai vezetéssel.

Nincsenek közösségfejlesztő módszereket alkalmazó tréningcsoportok, társskereső csoportok, életmód- és főzőklubok, valamint társas- és közösségi játékokat preferáló szervezetek sem. Inkább csak alkalmi jelleggel vállalja fel egy-egy szervezet ezek megszervezését, profitért. Szeged „fiatal városában” meglepő módon épp a „világi” ifjúsági szervezetek hiányoznak. Különösen a szexuális kisebbségeket képviselő tömörüléseknek nincs nyoma mára.

A Civil Szervezetek Névjegyzéke online adatbázis használata kapcsán további kutatásra érdemes kérdések kerültek felszínre.

Feltárandó, hogy a hanyag adminisztráció, a nonprofit szervezetek információhiányából fakadó hibás regisztrációk, vagy a cél szerinti tevékenységgel történő manipuláció forrásnyeresége okozhatja a sokszor célszerűtlen, kaotikus cél szerinti besorolásokat. Ugyanis mindegyik magyarázat más megoldást kínál. Az első szigorúbb hatósági nyilvántartás-vezetést és valószínűleg nagyobb bürokratikus apparátust követel; a második a civilek elégséges tájékoztatását és annak önérdekre hivatkozó motiválását igényli; az utóbbi pedig a pályázati rendszerek valós cél szerinti tevékenység alapján kiosztott forrásainak hatékonyabb koordinálását, szigorúbb ellenőrzését sürgeti.

## Végjegyzék

1. <http://www.birosag.hu/allampolgaroknak/civil-szervezetek/civil-szervezetek-nevjegyzeke-kereses> (letöltve 2015. január 3.)
2. 2015. január első felében az egészségügyi, érdekvédelem-érdekképviselő, foglalkoztatási csoportokat összefogó, jogvédő, kulturális, kutatási, környezetvédelmi, közbiztonságvédelmi, nemzetközi, oktatási, polgári védelmi-tűzoltási, politikai, sport, szabadidős és hobbi, szakmai-gazdasági érdekképviselői, szociális, településfejlesztési, és egyéb tevékenységi kategóriák közül lehetett választani. 2015 februárjában a keresőrendszer frissült, ezúttal már 20 cél szerinti tevékenység elérhető. 1 kategória, az érdekképviselő- érdekvédelem önmagában megszűnt, az ide tartozó szervezeteket besorolták más kategóriákba. 4 új tevékenységi kategória jelent meg: az adományoztási tevékenység, nonprofit szövetségek; a gazdaságfejlesztési- és munkaügyi tevékenység; a kulturális és hírközlési tevékenység; és a vallási tevékenység.

---

### Introducing the sociopolitically oriented activities of the non-profit sector in Szeged based on a database research

Gábor Hős

MA student of social politics, 2nd year

University of Szeged, Faculty of Health Sciences and Social Studies

Department of Social Work and Social Policy

**Keywords:** Szeged, social organisation, civil, Non Governmental Organisation, NGO, foundation, association, conferment, 1% tax offering, social politics, volunteer, active citizenship, register of NGOs, mission

**Introduction:** I provide an overview of the active foundations and social organisations that appear in the register of NGOs in Szeged based on a (re)classified set of criteria taking their field of service, the category of their respective goals and the type of their social missions into account.

**Objectives:** I am looking for connections between the non-profit sector in Szeged and social politics based on pledges made by the organisation's social mission statements concerning the sponsoring of the social sector. At the same time I indirectly investigate the "user friendly" nature of the database itself.

**Method:** The register of NGOs is a publicly accessible online database through the homepage of the municipal court. I completed my research of said database in January 2015. I created a classification of 20 thematic categories, reorganizing more than 1500 foundations and social organisations with a registered seat in Szeged, a valid registration and official court documentation according to their respective goals. My aim was to find connections between these organisations based on relevant social political factors.

**Results:** There is a much more in-depth classification method for NGOs along the lines of their main activities and their target groups that would show a much more detailed picture of who and what they actually deal with than categorizing them simply on the basis of their goals. A number of organisations – based solely on their respective goals – were not classified accordingly or were not classified at all. After reorganising the data it became clear that the non-profit organisations in Szeged cover all 20 thematic categories, consequently, fields uncovered by civil organisations should not exist in Szeged.

**Implications:** Public educational foundations are getting the most support from parents, but they only take responsibility for complementing the rather tight public educational norm and not for creating equal educational opportunities (whenever they do take responsibility for that, they only include people who meet some preset requirements). Trade unions for people working in the social sector are weak; in the case of male workers they are actually non-existent despite all the reasons and available know-how to create them. Civil activities complementing social work on the streets and aiding the ambulance service are unsatisfactory. There is a lack of local coordination concern-

ing smaller civil organisations working in various fields which explains their relatively unknown status among the city's residents. The creation of events like the Civil Roundtable of Szeged and Civil Days in Szeged is advised. The database itself is useful and generally easy to use, the possible reasons behind its shortcomings (for example bureaucratic capacity shortage, lack of information supplied by the civil organisations, source manipulation) need to be investigated.

---





# TUDOMÁNYOS FÓRUM



## Új intézmény a betegjogvédelemben: az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ

**Dr. Mikes Lili**

Ph.D. hallgató,

SZTE ÁJTK Alkotmányjogi Tanszék

Kulcsszavak: OBDK, betegjog, betegjogi képviselő.

### Bevezetés

A betegjogok az ún. III. generációs jogok közé sorolhatók. Ezen jogok megjelenése az utóbbi évtizedekre tehető, amelyhez elsősorban a globalizáció, illetve a technikai fejlődés vezetett.

XX. század második felében jelentek meg a betegek, fogyatékosok, gyermekek jogai, amelyek az I. és II. generációs jogoknak egyes személyek speciális helyzetéhez igazodóan megfogalmazott katalógusai. A betegek jogairól és kötelezettségeiről az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény II. Fejezete rendelkezik.

Az egészségügyről szóló törvény a betegek jogérvényesítése kapcsán rendelkezik a panasztételi jogról, a betegjogi képviselőkről és a közvetítői eljárás lehetőségéről.

A betegjogi képviselői hálózat az OBDK, mint független központi hivatal keretein belül működik, amelyet a kormány a 214/2012. (VII.30) Kormányrendelettel 2012. augusztus 1-jei hatállyal hozott létre. Az OBDK központi hivatalként ellátja a betegek jogainak hatékony védelmét, és letéteményese az ellátotti és gyermeki jogok védelmének.

A tanulmány célja az OBDK jogvédő munkájának bemutatása és értékelése.

A betegjogi jogvédelem feladatait 1999-től az ÁNTSZ OTH-ban működő betegjogi képviselők, majd 2004-től az ellátotti és gyermeki jogokat is képviselve, közalapítványi keretek között a Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány, 2010-től pedig a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) látta el. Az NRSZH-től jogutódlással került át a jogvédelmi tevékenység teljes spektrumának ellátása az OBDK-hoz. Az OBDK létrehozásáról a 214/2012. (VII.30) Kormányrendelet (a továbbiakban: OBDK-rendelet) szól.

2004-ben a BEGYKA pályázta és nyerte meg a „Betegjogi, ellátottjogi, gyermekjogi képviselői hálózat és civil jogvédő munka fejlesztése” nevű TÁMOP programot. A pályázaton nyert 900 millió forintból még fennmaradó összeggel a 2011-es feladatátvétel óta az NRSZH rendelkezett. A teljes összegből 2012. április végéig 435 millió forintot használtak fel. Novák Krisztina, az OBDK főigazgatója elmondta, hogy például a szervezet honlapjának létrehozását és működtetését már ebből a forrásból finanszírozzák. A TÁMOP program végrehajtásáról egyébként a főigazgatóságon belül működő külön projektiroda gondoskodik.

Az NRSZH kezdte meg azoknak az etikai elveknek és szakmai protokolloknak a kidolgozását, amelyek mentén a jogvédelmi képviselőknek el kell járniuk, ezek most egyeztetik a szakmai és civil szervezetekkel, véglegesítésük tavasszal várható. A főigazgató hangsúlyozta, a képviselők képzése a Központ lényeges feladata, amelyhez akkreditált tananyag is készül. Az ellátó intézményekben dolgozóknak ugyancsak szerveznének betegjogi továbbképzéseket, mint ahogyan már most érkezett ilyen irányú kérés egy kórháztól a Központhoz.<sup>1</sup>

Az alábbi táblázat jól szemlélteti az intézményesített betegjogvédelem mérföldköveit Magyarországon:<sup>2</sup>

1997	Betegjogi kísérleti program: öt betegjogi képviselő négy kórházban (Szószóló Alapítvány – Matkó Ida)
2000. 01. 01–	Hatályosak az egészségügyi törvény betegjogi rendelkezései
2000-2004.	ÁNTSZ Betegjogi Koordináló Tanácsa
2004-2011.	Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány – BEGYKA (elnök: Csehák Judit)
2011-2012.	Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal Jogvédelmi Főosztálya
2010. november	Semmelweis Terv: nevesíti az OBDK-t és körvonalazza feladatait
2011. 06. 28.	Kormányhatározat a Semmelweis Konceptió 13 cselekvési tervéről, köztük az OBDK létrehozásáról (határidő: 2011. 12. 31.)
2012. 09. 01.	Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ létrehozása (főigazgató: Novák Krisztina)

Novák Krisztina az átalakulással kapcsolatban kifejtette, hogy „Korábban az alapítványi forma miatt esetleges volt a munka, a betegjogi képviselők státusza sem volt tisztázott, hiszen többen másodállásban vagy vállalkozóként dolgoztak. Nem volt egységes protokoll, ebből fakadóan országosan nagy eltérések voltak abban, hogy egy problémát hogyan kezeltek a jogvédők. A 2012-ben létrejött OBDK-nak először ezeket kellett átszerveznie, tisztáznia.”

## 1. Előzmények

2011-ben Szabó Máté, az alapvető jogok biztosa kiemelt projektje keretében vizsgálta a betegjogok érvényesülésének problémáit, különösen az Egészségbiztosítási Felügyelet megszüntetését követő helyzetben, amikor az OBDK létrehozása még csak a tervekben szerepelt. Az AJB-995/2011. sz. jelentése (a továbbiakban: jelentés) értelmében “a betegek jogainak valódi érvényesülése, kikényszeríthetősége érdekében szükséges olyan, hatósági jogkörrel rendelkező, pártatlan, független jogállású, a jogon túl speciális szakértelemmel rendelkező, nem bírósági típusú intézmények felállítása és működtetése, amelyek kivizsgálják a hozzájuk forduló személyek egyéni panaszait, és amelyek döntése bíróság előtt is megtámadható.”

A következőkben áttekintjük, hogy ezek a fogalmi elemek az OBDK létrehozásával megvalósultak-e.

A *hatósági jogkört* illetően a jelentés is megállapítja, hogy „az egyes alapvető jogok, így az emberi méltósághoz való alapvető jogból levezethető egészségügyi önrendelkezési jog, az Eütv. II. fejezetében rögzített egyes betegjogok érvényesülésének egyik elsődleges feltétele a kikényszeríthetőség megléte: az egyéni jogsérelem esetén a jogosult (az egészségügyi ellátást igénybe vevő személy) az őt ért sérelem orvoslását, ügyének érdemi kivizsgálását a megfelelő jogérvényesítési fórumok előtt kezdeményezheti. A betegek jogainak védelmével kapcsolatosan szükséges, de nem elégséges feltétel tehát egy külön törvényi katalógusban deklarálni az egyes jogosultságokat, ezzel együtt biztosítani kell a megfelelő általános és – adott esetben – speciális jogvédő intézmények felállítását és működtetését.”

A hatósági jogkör tehát fontos előkérdés volt az OBDK létrehozásakor. Az OBDK rendelettel mégsem kapott hatósági jogköröket az intézmény. Az OBDK az egészségügyi miniszter irányítása alá tartozó központi hivatalként működő központi költségvetési szervként deklarálták.

*Pártatlan, független szerv* követelményét illetően így szól a jelentés: „A magas színvonalú egészségügyi ellátásnak ma nem csak a gyógyítási folyamat, hanem a betegek jogainak érvényesülése is alapvető eleme, a megfelelő, pártatlan, különösen magától az egészségügyi ellátást nyújtó intézménytől független jogérvényesítési fórumok, valamint kiszámítható jogérvényesítési eljárások megléte pedig pedig nemcsak a betegek, hanem valamennyi szereplő, az egész társadalom közös érdeke. Az egyébként magánjogi jellegű orvos-beteg kapcsolat tekintetében a betegség, mint állapot – ahogyan arra már utaltunk – a beteg számára egy, a jogi szabályozás által is kezelendő egyenlőtlen és kiszolgáltatott, aszimmetrikus jogi (és információs) helyzetet eredményez. Ilyen körülmények között a beteg még utólag sem képes minden esetben érvényt szerezni az őt a törvény szerint is megillető alapjogoknak, garanciális szabályok betartásának.”

A jogvédelmi képviselők pártatlansága lényeges garanciális szempont, amely a jogvédelemre szoruló körében sokszor félreértett jellemző. A tapasztalatok azt mutatják, hogy a betegjogi képviselő elnevezés

félrevezető, hiszen a betegek hajlamosak az intézmény „emberének” tekinteni, holott a jogvédő független az intézménytől és annak fenntartójától.

A függetlenség kapcsán beszélhetünk szervezeti-, szakmai- és gazdasági függetlenségről. Mivel az OBDK a közigazgatási szervezetrendszer része, szervezeti függetlensége nem valósul meg. Szakmai függetlenségét jellemzi a jogvédelmi képviselők jogállása, amely az OBDK-val képviselői feladatok ellátására munkavégzésre irányuló jogviszony. Mivel az OBDK központi költségvetési szerv, gazdasági függetlenséggel nem rendelkezik.

A *szakértelem* a jelentés értelmében is kiemelkedő fontosságú. Ezt biztosítja az OBDK rendelet is, amelynek értelmében:

„Jogvédelmi képviselő lehet

jogász, általános orvos, pszichológus, szociális munkás, gyógypedagógus, teológus, illetve kommunikációs szakon szerzett szakképzettségű személy, továbbá az a) pontban foglaltakon túl

betegjogi képviselő lehet fogorvos, gyógyszerész, egyetemi szintű okleveles ápoló, főiskolai szintű diplomás ápoló, egészségügyi intézetvezető vagy szakoktató, védőnő, egyéb egészségügyi felsőoktatásban szakképzettséget szerzett személy.”

A *nem bírósági típusú intézmény* kitétele különösen lényeges ismérv. A beteg, az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő személyiségi jogsérelemre hivatkozva, polgári pert indíthat. A bírói út azonban épp a jogviszony „egyenlőtlen” jellege miatt az esetek többségében nem célravezető. Ezt fogalmazta meg a jelentés is:

„Az egészségügyi szolgáltatóval szemben indítható polgári, személyiségi jogi (kártérítési) per ugyanakkor a legtöbb sérelmet szenvedett személy számára hosszadalmas és drága (orvosszakértői és más szakvélemények beszerzése és bemutatása), a bírósági eljárás során a sérelmet szenvedő félnek kell bizonyítania a jogsértés megtörténtét (kártérítés esetében az ok-okozati összefüggést, a kár mértékét). A szakértői vélemények elvben biztosítják, hogy az eljáró bíróságok megalapozott döntéseket hozzanak, ugyanakkor az eljárási pozícióból kifolyólag az említett aszimmetrikus jogi helyzet a polgári peres eljárásban nem feltétlenül áll a helyére: látszólag a feltételezett jogsértést elkövető egészségügyi szolgáltató jóval előnyösebb helyzetben van. Nem mellékesen, az elhúzódó pereskedés nemcsak a beteg, hanem egészségügyi szolgáltató számára sem tekinthető előnyösnek. A bírósági igényérvényesítés nem szolgálja a jogsérelemek jövőbeli megelőzését sem, ma egyértelműen az a tendencia, hogy a felek számára peren kívüli megoldási lehetőségeket biztosít a törvényalkotó.”

Egy jogvédő szerv kapcsán fontos még szólni a tárgyi és személyi feltételek teljesüléséről is. A 2013. márciusban kiadott szervezeti- és működési szabályzat összesen 73 főben határozta meg az OBDK létszámát. Jelenleg 61 jogvédelmi képviselő tevékenykedik az ország területén, amelyből 24-en betegjogi képviselők.

## 2. Az OBDK feladatkörei

A 2010 novemberében nyilvánosságra hozott Semmelweis Terv vitáit, amelyben már szerepel az Országos Betegjogi és Dokumentációs Központ (OBDK) mint létrehozandó új intézmény, amelynek tervezett feladatkörét és szerepét is körvonalazta.

A Semmelweis Terv szakmai koncepciójának megjelenése 2011 júniusában a következő mérföldkő, amely már konkrétan határozza meg az OBDK feladatait és profilját. A következő címszavakban foglalhatjuk ezt össze:

- egykapus ügyintézés,
- nem hatósági jellegű központi hivatal,
- betegjogi képviselők intézményi háttérének biztosítása,
- módszertani feladatellátás,
- a határon átnyúló egészségügyi ellátások nemzeti kapcsolattartója,
- orvosi felelősségbiztosítás módszertani feladatainak ellátása.<sup>3</sup>

A Központot a kormány az OBDK rendelettel 2012. augusztus 1-jei hatállyal hozta létre, érdemi tevékenységét azonban csak 2013 januárjában kezdte meg. Az OBDK az egészségügyi miniszter irányítása alá tartozó központi hivatalként működő központi költségvetési szerv.



Az OBDK feladatkatalógusa a következőképpen foglalható össze:

- betegjogi, ellátottjogi, gyermekjogi képviselők foglalkoztatása;
- vizsgálhatja az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést;
- megszűnt egészségügyi intézmények dokumentumkezelése;
- képzési feladatok ellátása;
- módszertani fejlesztések;
- határon átnyúló egészségügyi ellátásokkal kapcsolatos feladatok ellátása, nemzeti kapcsolattartó pont;
- kommunikál az EU kapcsolattartó pontjaival, betegszervezetekkel, társintézményekkel (pl. OEP, GYEMSZI, OTH, Alapvető Jogok Biztosa stb.);
- véleményezi a szolgáltatók betegjogi szabályzatait;
- jelzi a hozzáférési, beutalási, ellátásszervezési anomáliákat;
- tájékoztatja a betegeket és az egészségügyi szakembereket a panasztételi és jogorvoslati lehetőségekről;
- útmutatót készít a szolgáltatók adatkezelésével kapcsolatban;
- közreműködik az új technológiák, eljárások terjesztésében (pl. e-health);
- útmutatókat készít a jogképviselek számára és közreműködik az ezekhez kapcsolódó tudományos kutatásokban.<sup>4</sup>

Az OBDK a jogvédelmi képviselet ellátása során kiemelt hangsúlyt fektet az érintettek jogairól szóló és a szolgáltatások elérését elősegítő tájékoztatásra, a betegdokumentáció megismerésével összefüggő jog érvényesítésére, a panaszjog gyakorlásának segítésére, a rendszerhibák feltárására és megoldására. Eljárásaiban közvetít a szolgáltató és a kérelmező közötti vitás kérdések peren kívüli, gyors és mindkét fél számára megnyugtató rendezése érdekében. Munkájuk során a jogvédelmi képviselők a szolgáltatásokat működtetők, fenntartók, engedélyező hatóságok, szakmai szervezetek széles körével tartják a kapcsolatot.<sup>5</sup>

A központ kezeli az alábbi jogutód nélkül megszűnt egészségügyi intézményekben keletkezett egészségügyi dokumentációt:

- Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI – Lipótmező);
- Országos Gyógyintézeti Központ (OGYK – Szabolcs utcai kórház);
- Svábhegyi Országos Gyermekallergológiai Pulmonológiai és Fejlődésneurológiai Intézet (SOGYPFI – Svábhegyi Gyermekkórház).

A Központ nyilvántartást vezet, biztosítja a beteg számára az iratbetekintés jogát, az iratokat őrzi és archiválja. Fontos tudni, hogy az OBDK csak a fentebb felsorolt intézményekben keletkezett és fennmaradt betegdokumentációt kezeli. A korábban nem állami – például önkormányzati – fenntartású intézmények (például a Ferencvárosban korábban működő Schöpf-Merei Ágost Kórház) esetében a jogszabály a fővárosi, illetve a megyei kormányhivatal népegészségügyi szervét jelölte ki adatkezelőként. Ezekben az esetekben az illetékes kormányhivatal tud további információt adni.

Ha az OBDK úgy ítéli meg, hogy a kérelem teljesítésének nincs akadálya, úgy a kérelmező számára betekintést engedélyez, adatot szolgáltat, illetve ezekről – a szükséges költségek megfizetése ellenében – másolatot ad ki. Az OBDK, mint adatkezelő és az Egészségügyi Készletgazdálkodási Intézet (EKI), mint adatfeldolgozó között létrejött megállapodás alapján az adatok kiadásának engedélyezését követően az EKI gondoskodik az adatszolgáltatás teljesítéséről.<sup>6</sup>

Hatósági feladatai jogkörében az OBDK vezeti a betegjogi, ellátottjogi, gyermekjogi képviselők nyilvántartását, valamint folyamatosan nyomon követi az egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetőségét, az ellátásszervezéssel, beutalási renddel, betegtájékoztatással kapcsolatos szabályok érvényesülését.

Ennek a feladatnak, továbbá a 2013-ban bevezetett jogvédelmi képviselői igazolványnak köszönhetően az átláthatóbb, ellenőrizhetőbb feladatellátás mellett a megjelenési forma egységessége is megvalósult. A jogvédelmi képviselők részére kiadott fényképes kártyaformátumú igazolvány megkönnyíti az azonosíthatóságot az intézmények és az állampolgárok részére is.

Mindezek mellett az OBDK a határon átnyúló egészségügyi ellátás nemzeti kapcsolattartó pontja is, amely elsősorban a betegek és az egészségügyi szakemberek számára nyújt tájékoztatást a határon átnyúló ellátások igénybevételével kapcsolatos jogokról, a panasztételi és jogorvoslati eljárásokról, a szolgáltatások elérhetőségéről.<sup>7</sup>

Egy jogvédő szerv esetében fontos kérdés annak elérhetősége a jogvédelmet igénylők számára. Ezzel kapcsolatban Novák Krisztina elmondta: „A betegek felé is változtattunk a korábbi gyakorlaton: új fórumokat, lehetőségeket biztosítunk számukra, amelyekben még könnyebben kérhetnek tanácsot, mondhatják el panaszukat. Tehát az érintettek a fogadóórák mellett e-mailben, postai levélben, faxon is megkereshetnek bennünket, sőt, az OBDK honlapján létrehozott elektronikus panaszládába is eljuttathatják az üzeneteiket. Hét regionális irodát alakítottunk ki az országban, és idén szeptembertől már tizenkét kormányhivatalnál a három terület integrált jogvédelmi képviselőjét látjuk el. Rendszeresen tartunk lakossági fórumokat az ország különböző pontjain, illetve részt veszünk regionális rendezvényeken is.”<sup>8</sup>

### 3. A betegjogi képviselők jogállása, feladatköre

A betegjogi képviselői hálózat az OBDK, mint független központi hivatal keretein belül működik.

A betegjogi képviselő – törvényekben és a jogszabályokban meghatározott keretek között – védi a betegek jogait, segíti őket azok megismerésében és érvényesítésében.

A betegjogi képviselő tevékenysége során:

- segíti a beteget jogai megismerésében, az egészségügyi dokumentációhoz való hozzájutásban, annak megértésében, az azzal kapcsolatos megjegyzések, kérdések feltételében;
- segít a betegnek panasz megfogalmazásában, kezdeményezheti annak kivizsgálását, amely megkeresésre az egészségügyi szolgáltató 30 napon belül köteles érdemben válaszolni (kivételt képez, ha a panasz orvoslásához más szerv vagy hatóság megkeresése szükséges, amely esetben 60 nap az ügyintézési határidő);
- a beteg írásbeli meghatalmazása alapján – a beteg gyógykezelésével összefüggő ügyekben – panaszt tehet az arra hatáskörrel és illetékességgel rendelkező hatóságnál, és az eljárás során képviseli a beteget;
- kapcsolatot tart – működési területén – az egészségügyi szolgáltatást nyújtókkal és fenntartóikkal, a térségi egészségügyi szervekkel, az Országos Tisztifőorvosi Hivatallal, a fővárosi és megyei kormányhivatal népegészségügyi szakigazgatási szervével és egészségbiztosítási pénztári szakigazgatási szervével, a területi igazságügyi szakértői kamarákkal;
- jogosult az egészségügyi szolgáltató területére belépni, iratokba betekinteni, az egészségügyi dolgozókhöz kérdést intézni;
- rendszeresen tájékoztatja az egészségügyi dolgozókat a betegjogokra vonatkozó szabályokról, azok változásáról; különös figyelmet fordít a kiszolgáltatott helyzetben lévők betegjogi védelmére;
- a felek közötti vita békés megoldására, egyezségekre törekszik, amelyet mediációval segít elő.

Az országos jogvédői hálózat keretében megyei illetékességgel működő betegjogi képviselők a fenti feladatokat az OBDK által meghatározott, a jogvédelmi munkára vonatkozó szakmai feltételrendszer alapján látják el. Ebben a rendszerben került meghatározásra – többek között – a betegjogi képviselők fogadóóráinak rendje az egyes intézménytípusokban - elsősorban a fekvőbeteg intézményekben.

A szakmai feltételrendszer alapján a betegjogi képviselő a fekvőbeteg szakellátás mellett, a járóbeteg-szakellátás és az alapellátás szolgáltatásait igénybevevők számára is elérhető.

A betegjogi képviselők az OBDK nyilvántartási számával ellátott fényképes kártyaformátumú igazolvánnyal rendelkeznek, amely megkönnyíti az azonosíthatóságot az intézmények és az állampolgárok részére is. Az OBDK által meghatározott időtartamban fogadóórát tartanak a 100 ágynál nagyobb kapacitású fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatóknál.<sup>9</sup>

### 4. Összegzés

Semmelweis Tervnek megfelelően – ezzel együtt az ombudsmani ajánlással szemben – nem kapott hatósági jogköröket az intézmény. Tevékenységét – amely egyben lehetőségeit is jól körvonalazza – a következő kulcsszavakkal jellemezhetjük: kapcsolattartás, véleményezés, koordinálás, jelzés, ajánlás, tájékoztatás, kivizsgálás.<sup>10</sup>

Mint azt dr. Kiss László, az OBDK Jogvédelmi, Jogi és Módszertani Főosztályának vezetője hangsúlyozta, hatósági jogköröket csak a jogvédelmi képviselők nyilvántartásához kaptak. A képviselők panasz esetén tudnak javaslatot tenni a problémák kezelésére az intézmények vezetőinél. Bár úgy vélte, a tanácsadásnál erősebb jogkörökkel ruházták fel az OBDK-t, de elsősorban a partnerségre számítanak és törekszenek a felmerülő hiányosságok orvoslásában az intézmények vezetésével. Az OBDK vezetője

emberközpontúbb jogvédelmet ígért, mint fogalmazott, „úgy bánjunk másokkal, ahogy szeretnénk, hogy velünk bánjanak”.<sup>11</sup>

Banai János, a Magyar Orvosi Kamara képviselőjében „A jogok érvényesülése az egészségügyben” címet viselő konferencián kifejtette, hogy a betegjogokra vonatkozó törvény betartását sok minden gátolja. Ezek között említhetők a gazdasági megszorítások, a szakemberhiány és az országon belüli eltérő egészségügyi ellátás színvonala. Továbbá hozzátette, egy törvényt akkor lehet betartani, ha a tárgyi és személyi feltételek adottak.<sup>12</sup>

Pozitívumként említhető, hogy az OBDK létrehozása óta a tájékozottság javult. Novák Krisztina ezzel kapcsolatban kifejtette, hogy „a számok azt mutatják, hogy egyre többen ismernek bennünket, bíznak segítségnyújtási munkánkban. Ezt igazolja az a betegek körében végzett felmérés is, amely szerint míg 2009-ben 5–8 százalék találkozott a jogvédelmi képviselő elérhetőségével, addig tavaly év végén ez az arány már 9–17 százalék volt. Tehát a számok alapján biztató a fejlődés.”<sup>13</sup>

Kedvező hatásként értékelhető az is, hogy a problémák rendezése békésebbé vált. Novák Krisztina véleménye szerint „a panaszok, sérelmek zöme pontos tájékoztatással, némi mediációval rendbe hozható. Persze vannak nagyon súlyos esetek is, amikor elkerülhetetlen az ügyvéd segítségének kérése. Az eddigi tapasztalataink szerint azonban legtöbbször egy bocsánatkérés elég lenne az érintettek között.”

Az OBDK létrehozása kapcsán talán az egyik legfontosabb lépésnek tekinthető, hogy a korábbi civil szervezeti működéshez képest országos lefedettségű jogvédelmi képviselő jött létre a betegek, az ellátottak, a gyermekek jogainak védelmére. Novák Krisztina ezzel kapcsolatban azt is kiemelte, hogy „ahhoz, hogy ez a munka az ország minden pontján, minden ellátónál azonos minőségben, gördülékenyen menjen, munkatársainkkal közösen szakmai eljárásrendeket dolgoztunk ki mindhárom jogvédelmi területen.” Továbbá hozzátette, hogy olyan jelentési rendszert alakítottak ki, amelynek köszönhetően havonta pontos adataik vannak a jogvédelmi munkát érintően. Emellett megfelelő munkakörülmények biztosításához infrastrukturális fejlesztéseket hajtottak végre. A jogvédelmi képviselőket pedig folyamatosan képzik annak érdekében, hogy az eddig is meglévő szakmai tudásuk naprakész ismeretekkel bővüljenek.

Összegzésként Benke Tibor gondolatait idéznénk, miszerint „az OBDK valós működésének néhány hónapja után, első értékelésként azt mondhatjuk, hogy a létrehozott sokprofilú, ám személyi, anyagi és főként valós jogérvényesítő lehetőségeiben korlátozott, elsősorban tájékoztató, koordináló és módszertani intézmény mindenképpen hiánypótló és szükséges, de önmagában erőtlen szereplő az egészségügyi intézményrendszer szövevényes hálózatában.”<sup>14</sup>

## Végjegyzék

1. Tarcza Orsolya: Emberközpontú jogvédelem [http://www.elitmed.hu/ilam/hirvilag/emberkozpontu\\_jogvedelem\\_10514/](http://www.elitmed.hu/ilam/hirvilag/emberkozpontu_jogvedelem_10514/) (2013-01-22)
2. Benke Tibor: Új lehetőség a betegjog-védelemben?!, IME XII. Évfolyam 8. Szám, 2013. Október. 7.
3. BENKE 2013, 7-8.
4. BENKE 2013, 9.
5. Forrás: <http://www.obdk.hu/rolunk.html> (2015-01-12)
6. Forrás: <http://www.obdk.hu/dokumentacio.html> (2015-01-12)
7. Forrás: <http://www.obdk.hu/rolunk.html> (2015-01-12)
8. Bernáth Bea: Sokszor egy bocsánatkérés is elég lenne. Kórház, 8. sz., 2014. 24-25.
9. Forrás: <http://www.obdk.hu/betegjog.html> (2015-01-12)
10. BENKE 2013, 9.
11. [http://www.elitmed.hu/ilam/hirvilag/emberkozpontu\\_jogvedelem\\_10514/](http://www.elitmed.hu/ilam/hirvilag/emberkozpontu_jogvedelem_10514/) (2015-01-12)
12. Forrás: <http://www.jogiforum.hu/hirek/22904> (2015-01-12)
13. BERNÁTH 2014. 24-25.
14. BENKE 2013, 10

## 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.

Közzöljük 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 közzölték, 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](mailto: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](mailto:apolasi@etszk.u-szeged.hu)**

**Address:**

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

Editors