

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

2012.
VII. évfolyam 2. szám

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

**2012.
VII. évfolyam 2. szám**

TARTALOMJEGYZÉK

A cigány – magyar segítőkapcsolat speciális vonatkozásai Héderné Berta Edina PhD	7
Hallgatói oldal <i>Egyensúlyi és funkcionális paraméterek degeneratív és gyulladásos kórképekben</i> Farkas Dalma - Szerencsés Ferenc	34
Tudományos Fórum <i>A szülői nevelési stílus és az önértékelés kapcsolata a serdülők egészségmagatartásának tükrében</i> Lobanov-Budai Éva	42
<i>Szemelvények a családi rituálék és az egészség kapcsolatának témaköréből</i> Lantos Katalin	44
<i>A munkahelyi elégedettséget befolyásoló tényezők az egészségügyben</i> Németh Anikó	46
<i>Miként befolyásolhatja testi elégedettségünket a média?</i> Pukánszky Judit	49
<i>Baby blues és szülés utáni depresszió</i> Tóth Renáta	51

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

**2012.
Vol. 7. No. 2.**

CONTENTS

Special aspects of the Gypsy - Hungarian helping relationship Edina Berta Héder PhD	21
Student Site <i>Parameters of balance and function in degenerative and arthritic disorders</i> Dalma Farkas - Ferenc Szerencsés	38
Scientific Forum <i>A szülői nevelési stílus és az önértékelés kapcsolata a serdülők egészségmagatartásának tükrében</i> Lobanov-Budai Éva	42
<i>Szemelvények a családi rituálék és az egészség kapcsolatának témaköréből</i> Lantos Katalin	44
<i>A munkahelyi elégedettséget befolyásoló tényezők az egészségügyben</i> Németh Anikó	46
<i>Miként befolyásolhatja testi elégedettségünket a média?</i> Pukánszky Judit	49
<i>Baby blues és szülés utáni depresszió</i> Tóth Renáta	51

Tisztelt Olvasó!

Lecturi Salutem!

Üdvözllet – Invocatio – az Olvasónak!

A Tudományos Bizottság ezúton köszönti olvasóit, és ajánlja figyelmükbe továbbra is a Kar tudományos folyóiratát.

A misszióját változatlanul őrző Acta Sana legfőbb feladata az elkövetkezőkben is hangsúlyt adni és méltó keretet biztosítani a Karon elért tudományos eredmények megismertetésének, valamint generálni az egyes szakterületek közötti tudományos párbeszédet az egyetemi hagyományoknak megfelelően.

A Szerkesztőbizottság támogatni kívánja a kutatóműhelyek kialakulását és működését - különösen az ápolás, fizioterápia, szociális munka és a védőnői munka területén -, továbbá a tudás határoktól független szabad áramlását. Megtisztelő érdeklődését és értékes hozzájárulását megköszönve várjuk kollégáink, hallgatóink és az együttműködő külföldi társintézmények munkatársainak közleményeit, amelyeket magyar és angol nyelven (magyar szerzők tollából is) az útmutatóban foglaltak szerint lehet benyújtani.

Szerkesztők

Greetings – Invocatio - to the Reader

Dear Reader,

The Scientific Committee are greeting the reader and thus recommending the scientific journal of the Faculty to your attention.

Preserving our mission, the main duty of Acta Sana will be in the future as well to focus on and to provide a frame for disseminating the scientific results achieved at the Faculty and to generate an interdisciplinary dialogue according to the University traditions.

The Editorial Board wish to support the development of research networks especially in the field of nursing, physiotherapy, social work and health visiting, and the free flow of knowledge without boundaries. Thanking you for your honouring interest and valuable contribution, we wait for the papers written by our colleagues, students and members of partner institutions abroad, which can be submitted in Hungarian and in English (from the pen of Hungarian authors, too) and according to the Guidelines.

Editors

A cigány – magyar segítőkapcsolat speciális vonatkozásai

(doktori értekezés tézisei)

Héderné Berta Edina

Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar
Pszichológiai Doktori Iskola
Szocializáció és Társadalmi Folyamatok Program
e-mail: berta@etszk.u-szeged.hu

I. Kutatási cél és hipotézis

Kutatásom kiindulópontja az a személyes tapasztalaton nyugvó feltevés, hogy a jóléti intézményrendszerbe bekerülő roma igénybevevő és őt a szociális esetmunka protokollja mentén, annak eszközeivel segítő szakember közötti kapcsolat tartalmára és formájára hatást gyakorol kettejük eltérő társadalmi csoporttagsága.

Állításom szerint a roma igénybevevő és a többséghez tartozó segítő szakember közötti együttműködés nem csupán két egyén professzionális, szerződésen nyugvó kapcsolata. Meggyőződésem, hogy a kettejük közvetlen, személyes találkozása során keletkező pszichés mezőre erőteljesen hatnak a két csoport saját és közös múltja, történelme, önmeghatározási törekvései, s együttélésüket fájdtató konfliktusai.

Kutatásomat arra a feltevésre alapoztam, hogy a közvetlen segítségnyújtás gyakorlatában a segítő szakemberek minőségileg eltérő szolgáltatást nyújtanak a roma igénybevevőknek. Hipotézisem szerint **a többségi segítő, az ismert társadalmi távolság okán, kevésbé fogynak törekedni a roma ügyfelekkel való munka során az intenzívebb bevonódást igénylő kapcsolatok kialakítására.** Következésképpen a társadalmi távolságok, s az azokat konzerváló sztereotípiák mozdulatlanok maradnak, s így az ügyfél felelős részvételét kevésbé tudják támogatni. Mivel az esetmunka eljárásaira vonatkozó koncepcióm szerint, az ügyfél felelős részvétele hatékonyan, elsősorban, a konzultációs munkaformák révén biztosítható, azt feltételeztem, hogy **ezeket a munkaformákat kevésbé fogják alkalmazni a cigány kliensekkel való munkában.**

II. Elméleti háttér

A professzionális segítség a kezdetektől fogva alapvetően két cél köré szerveződött: az elesettek szenvedésének láthatatlanná tétele a társadalom szerencsésebb sorsú tagjai előtt; illetve a társadalmi osztálykülönbségek felszámolása, a hatalmi struktúrák megváltoztatása (vö.: Hegyesi, 1998.). A kulturális másság is ebben a viszonyrendszerben értelmeződik: egyfelől a többségi társadalom normáinak kizárólagosságát szolgálva, **asszimilációs törekvések manifesztálódásával például a színvak ideológia** (Proctor – Davis, 1994. 316.), vagy **a kulturális – deficitek gyakorlata** (Graham – Schiele, 2010. 233-234.), vagy **az elnyomások egyenlőségének**, (Graham – Schiele, 2010. 238.) ideológiája alapján. Másfelől, a hatalom kérdésének a tematikája szerint: **a polgárjogi mozgalmak talaján kialakuló anti - rasszista szociális munka** (Graham – Schiele, 2010. 232.), majd később **elnyomás - elleni gyakorlat** (Dominelli, 2010.) elvei mentén.

A kulturális diverzitásra reflektáló irodalmak tehát, vagy a pszichoszociális bázisú, klinikai szociális munka témakörén belül, bizonyos speciális eszközökről, szólnak, mint **a multikulturális szociális munka elméletéhez köthető, kompetencia - személetet**, melynek kérdésem szempontjából releváns tétele **a kulturális érzékenység kívánalma** (NASW, 2007.); vagy, **a diszkrimináció, elnyomás tematikája** köré szervezve gondolataikat, társadalmi és politikai kérdéseket tárgyalnak.

Dolgozatomban, szándékaim szerint, integrálom a különböző megközelítéseket. Központi rendszerező elvnek a mindent átható elnyomást teszem meg, ugyanakkor elemzem az interperszonális együttműködést is, melyben, jómagam hatékonyan találok a kulturális érzékenység kívánalmát.

III. A Csongrád megyei gyermekjóléti szolgálatokban és családsegítő központokban dolgozó, szociális esetmunkát végzők körében folytatott kutatás bemutatása

III. 1. Adatfelvétel

A kutatás során szociális esetmunka eljárásokat, módszereket kívántam feltárni, arra való tekintettel, hogy van - e különbség a roma ellátottaknak nyújtott személyes segítségnyújtásban, s ha igen, az miből

tevődik össze. A kutatás Csongrád megye teljes területén, 7 kistérségben, működő családsegítő központokban és gyermekjóléti szolgálatokban folyó személyes segítségnyújtásra irányult. A vizsgálat során felkeresett intézmények mindegyike az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, illetve az 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és gyámügyi igazgatásról, alapján működik. Dokumentációvezetésüket az 1/2000. (I.7.) SZCSM rendelet és a 235/1997. (XII.17.) Korm. rendelet határozza meg, a rendelkezésemre bocsátott adatokat és dokumentációkat, (továbbiakban: esetsnaplókat) ezek figyelembevételével elemeztem. Összesen 60 település nevezett intézményeit kerestem meg, az adatfelvételben 59 település, 138 munkatársa vett részt. A kollégák összesen 209 darab esetsnaplót bocsátottak rendelkezésemre elemzés céljából. 2009 októberétől - 2010 novemberéig tartó időszakban, a következő adatgyűjtési módszerekkel vettem fel az adatokat:

1. Önkitöltős kérdőív személyes gondoskodást nyújtó szakemberek részére;
2. Félig strukturált interjú a szakemberekkel;
3. A személyes segítségnyújtás lépéseit dokumentáló adatlapok - esetsnaplók előzetes szempontok szerinti elemzése;
4. Fókuszcsoporthoz interjú szakemberekkel és intézményvezetőkkel;
5. Félig strukturált interjú az ellátásokat igénybevevőkkel. Ez utóbbi módszert csupán két kistérségben sikerült alkalmaznom, így, az elemzésben erre csak korlátozottan támaszkodom.

Így, összesen, 138 szakember által kitöltött, értékelhető kérdőív; 46 félig strukturált interjú szakemberekkel; 209 esetsnapló; 4 fókuszcsoporthoz, 5 kistérség munkatársaival és 22, az ellátásokat igénybevevőkkel készített félig strukturált interjú állt rendelkezésemre az elemzéshez.

III. 2. Konceptualizálás, operacionalizálás

A vizsgálat egyik nehézségének, vagy inkább kihívásának azt tekintetem, hogy a vizsgált tevékenységek, azaz a szociális esetsnapló közvetlen gyakorlata tekintetében, hazánkban nincs szakmai konszenzus. Így, ahhoz, hogy kutatási célokat teljesítsem, arra volt szükség, hogy a lehető legaprólékosabban elkülönítsem az egyes tevékenységeket, eljárásokat, melyeket a szakemberek alkalmaznak a szociális esetsnapló folyamatában.

A későbbi adatbevitelt és elemzést elősegítendő, egy viszonylag hosszú listával készültem: saját praxis élményeim és szakirodalmi ismereteimre (elsősorban Szabó, 2003; Lüssi, 1998; Morse, 1997.) építve: összesen 36 különböző tevékenységet különítettem el, ami a későbbiekben 34 – re módosult.¹ A tevékenységeket hat csoportba rendeztem: konzultációs, krízisintervenció, asszertórikus, esetsnapló, a természetes támogató rendszerre irányuló tevékenységek csoportja, és a segítőre irányuló tevékenységek csoportja.² Az elemzéskor, az asszertórikus elem és a természetes támogató rendszerre irányuló tevékenységek csoportja beolvadt az esetsnapló jellegű tevékenységek körébe, így négy nagyobb eljárás - típusot különítettem el. Az eljárások esetében feljegyeztem a segítő által leírt meghatározást és azt is, hogy én hogyan értelmeztem az adott tevékenységet. Az egyes eljárásokat dokumentumként darabszámmal jelöltem, így a gyakoriság könnyen számolható lett.

Az interjúban és a kérdőívben is az általánosan tájékozódó kérdések mellett (életkor, nem, iskolai végzettség, a szakmában eltöltött évek száma), egy - egy nehéz, buktatókkal tarkított, emlékeztető esetsnapló felelevenítését kértem a kollégáktól. Két feltételezésem volt ezzel kapcsolatban: egyrészt, arra számítottam, hogy a „nehéz ügyfél” hívó szó elsősorban a roma kliensekkel végzett munkát fogja felidézni a szakemberekben. A másik elvárásom, pedig az volt, hogy az ügynevezett nehéz esetek nagyobb módszertani repertoár alkalmazását mozgósítják a szakember részéről.

A rendelkezésemre bocsátott **esetsnaplókat** egységes szempontok szerint elemeztem. Az elemzési szempontokat két nagyobb csoportba soroltam: az ügynevezett formai, illetve az esetsnapló tartalmi kérdéseinek a csoportjába. A formai kérdések közé tartoztak a kliens szocioközmiai jellemzői; a kapcsolat időtartama; a hozott probléma segítő által meghatározott típusa. A szocioközmiai jellegzetességeken

1 Kozma és munkatársai a szolgáltatási repertoárban összesen 7 tevékenységet különítenek el, melyek, tartalmazzák a törvény által kötelezően előírtakat is. Míg ők igen széles értelmezési keretben vizsgálják a személyes segítségnyújtás tartalmát, jómagam, lépésről lépésre elkülönítettem az egyes tevékenységeket: az ügyféllel való személyes találkozásokat, vagy a társzakemberekkel történő konzultációkat is, tartalmuk alapján. A talán kissé merevnek tűnő, szisztematikus adatfelvételt annak érdekében alkalmaztam, hogy, lehetőség szerint, biztosítsam a saját szubjektív ítéleteim nélkülözését.

2 A dolgozat szociális munka eljárásokat ismertető fejezeti egységben (IV.2.), még elkülöníttem az ügynevezett kiegészítő tevékenységeket.

belül vizsgáltam még az ügyfél valószínűsíthető etnikai származását. A tartalmi kérdések körében az alkalmazott eljárásokat, tevékenységeket vettem sorra.

A **fókuszcsoporton** reflexiókat kértem az eljárásokra vonatkozó eredményekről, illetve a romákkal való munka specifikumaira vonatkozó kérdésemet is ideillesztettem, mintegy beleolvasztva a különleges tudásokat igénylő klienscsoportok sorába.

Az ellátások **igénybevevőivel készült interjúban** a szolgálattal való együttműködésük főbb állomásait kértem megnevezni.

III. 3. Eredmények

Az adatszolgáltatásban résztvevő szakemberek zöme nő (88, 4%), közel felük 26 – 35 év közötti, s általában, legalább 6 éve dolgoznak szociális munkakörben. Legmagasabb iskolai végzettségük főiskola, 10% - uk egyetemi diplomával rendelkezik.

A vizsgálat egyik fő célját, nevezetesen a szociális esetmunka közvetlen gyakorlatában alkalmazott eljárások szisztematikus feltárását, sikerült teljesítenem. Az alábbi táblázat az esetenaplókban dokumentált tevékenységeket tartalmazza, az általam kidolgozott rendszerezés szerint.

Eljárástípusok	Összes előfordulás (darab)
Konzultációs eljárások	3837
Esetmenedzsment jellegű eljárások	2996
Krízisintervencióhoz kapcsolódó eljárások	92
A segítőre irányuló eljárások	90
Összes eljárás a 209 esetenaplóban dokumentált esetvitelen belül	7015

1. számú táblázat: Az esetenaplókban dokumentált esetvitelek folyamatában alkalmazott eljárások

Az elemzés során megvizsgáltam az egyes eljárás – csoportok természetét is. Itt azt találtam, hogy a konzultációs csoportba sorolt tevékenységek gyakran egymást kizáró törekvéssel, céllal bírnak. Így például az idesorolt családlátogatás, vagy a környezettanulmány gyakran az ellenőrzés eszköze,³ míg a segítő beszélgetést az ügyfél belső kapacitásának feltárására és támogatására használják a kollégák.

Az elemzés során világossá vált az is, hogy **az esetmenedzsment csoportjába** sorolt tevékenységek **legalább két alcsoportba válnak szét: a minimális személyes bevonódást igénylő, ügynevezett bürokratikus szociális munka⁴ (vö.: Dunér – Nordström, 2006.427.) tevékenységeire; illetve a mindennapi életvitelt segítő (vö.: Szabó, 2003. 116.), edukatív, vagy gondoskodó aktivitásokra.**

Az alábbi táblázat az esetmenedzsmenthez sorolt néhány eljárás között összefüggéseket mutatja.

	Faktor	
	1	2
Ügyintézés	-,015	,872
Tájékoztatás	,111	,628
Közvetett képviselet	,056	,628
Közvetítés diszkrimináció esetén intézmény és kliens között	,999	,000
Természetes támogató rendszer segítése esetenedzsment eszközeivel	,706	-,032

2. számú táblázat: A bürokratikus szociális munka önálló megjelenése a szociális esetmunka gyakorlatában

3 Kismértékű korrelációt találtam az ügyfél cigány származása és a környezettanulmány alkalmazásának gyakorisága között.

4 Szabó technikusai szintéről ír (Szabó, 2003. 115.).

További vizsgálatom szempontjából a viszonylag magas faktorsúllyal szereplő, második oszlopba sorolt három eljárás kíván nagyobb figyelmet: az ügyintézés (ez segélykérelmek kitöltésével egyenlő), a tájékoztatás (rövid időtartamú információadás) és a közvetett képviselő (általában közüzemi szolgáltatóknak írt levél). E tevékenységek egy faktorban történő megjelenését a csekély időigény, s mind a szakember, mind az ügyfél részéről történő kismértékű bevonódás magyarázza. Ezek alapján, **az ide tartozó tevékenységeket a bürokratikus szociális munka megnyilvánulásának tekintem.** Úgy vélem, hogy a jelen vizsgálatban szisztematikusan feltárt eljárások, s a fentiekben bemutatott faktorok, bizonyítékul szolgálnak arra vonatkozóan, hogy a bürokratikus szociális munka létező jelenség a szociális esetmunka gyakorlatában.

Az eljárások elemzését követően azt is megvizsgáltam, hogy mi közvetítheti a szakemberek által hozott döntéseket az alkalmazott eljárások tekintetében. Úgy véltem, hogy nem feltétlenül csak az észlelt szociális probléma, hanem az is hatóerővel bír, hogy a szakemberek hogyan vélekednek az ellátottakról: képesnek, vagy érdemesnek ítélik - e meg őket az ő szavaikkal élve: „magasabb szintű” eljárásban való aktív részvételre.

A szakemberek által az esetnaplókban rögzített szociális problémák között a roma ügyfelek esetében kiugróan magas arányban szerepeltek olyan problémák,⁵ melyek szakmai megfontolások alapján, a konzultációs csoportba sorolt tevékenységeket, azon belül is a konzultációt, és a segítő beszélgetést igényelték volna.

Az ügyfél etnikai származása és az alkalmazott eljárások korrelációs vizsgálata azonban csak az esetmenedzsmenethez sorolt tevékenységekkel mutatott pozitív összefüggést. Az adatbevitel során „1” számjeggyel a vélhetően cigány igénybevevőt, „2” számjeggyel a többségi ügyfelet jelöltem. Az eljárásokat, az adott esetvitel folyamatában alkalmazott összes mennyiséggel megegyezően tüntettem fel.

	Cigány	Ügyintézés	Tájékoztatás	Közvetett képviselő
Cigány Pearson Correlation	1	-,143*	-,138*	-,143*
Sig. (2-tailed)		,040	,048	,039
N	209	208	207	209
Ügyintézés Pearson Correlation	-,143*	1	,546**	,548**
Sig. (2-tailed)	,040		,000	,000
N	208	208	206	208
Tájékoztatás Pearson Correlation	-,138*	,546**	1	,397**
Sig. (2-tailed)	,048	,000		,000
N	207	206	207	207
Közvetett képviselő Pearson Correlation	-,143*	,548**	,397**	1
Sig. (2-tailed)	,039	,000	,000	
N	209	208	207	209

3. számú táblázat: A bürokratikus szociális munka faktora és a kliens etnikai származása közötti korreláció

Hipotézisem igazolódott. A vizsgált szolgáltatástípusokban, Csongrád megye területén, személyes szociális esetmunka keretében **a segítségnyújtás minőségileg különbözik az ellátott/ igénybevevő etnikai származása alapján:** a többségi származású ügyfelek nagyobb gyakorisággal részesülnek olyan tartalmú segítségben, melyről a szakemberek úgy vélekednek, hogy jelentős módszertani felkészültséggel végezhető, míg **a roma ügyfelek elsősorban redukált tartalommal bíró, csökkentett idejű szolgáltatásban részesülnek.**

5 Itt a „Gyermeknevelési probléma” és a „Családon belüli erőszak” emelendő ki. Ezek előfordulását, a vizsgálatba bekerült roma családok 47,4, illetve 24,6% - nál jegyezték fel a velük kapcsolatban álló szakemberek. (Ugyanezen problémátípusok előfordulási gyakorisága a többségi származású ügyfelek esetében: 36,2%, 16, 4%).

III. 4. Megvitatás

Az utóbbi évtizedben több kísérlet irányult arra, hogy szisztematikusan feltárják a szociális ellátórendszer lehetőségeit a kiilleszkedés csökkentésében, vagy ahogyan egy másik kutatócsoport fogalmazott, a nyomorgó családok megsegítésében.⁶ Ezek a kutatások általában halmozottan hátrányos helyzetű kistérségekbe irányultak (Baráth és mtsai, 2004; Kozma és mtsai, 2004; 2010.). Néhol az alkalmazott tevékenységek felsorolásával találkozhatunk (például a „Szolgáltatási repertoár” ismertetése, Kozma és mtsai, 2010. 90 - 99.),⁷ míg máshol, (Baráth és munkatársai, 2004. 63 - 64.) szemléletek,⁸ filozófiák elkülönítésével. Jelen vizsgálat egy meghatározott közigazgatási határon belül lévő valamennyi térséget, s az azokhoz tartozó összes településre terjedt ki. Ugyanakkor én nem vizsgáltam sem a természetbeni, sem a pénzbeni ellátásokat, bár a családsegítő szolgálatokkal kötelezett státuszban állók értelemszerűen részesülnek valamilyen pénzbeli juttatásban. Figyelmem középpontjában a személyes gondoskodás körébe tartozó szociális esetmunka eljárások álltak, azokat igyekeztem összegyűjteni és rendszerezni. Arra törekedtem, hogy minél teljesebb képet alkossak a szociális esetmunka gyakorlatáról.

Az itt feltárt összefüggés szerint, a segítő szakemberek az észlelt interperszonális természetű szociális problémák esetén is, a roma ügyfelekkel való együttműködésükben inkább hajlanak rövid ideig tartó, redukált tartalmú segítségnyújtásra. Lehetséges magyarázatként négy tételt emelek ki.

III. 4. 1. Peripatetikus stratégia

A roma családok kultúrájában megjelenő peripatetikus stratégia nem kedvez az intenzívebb bevonódást igénylő segítő kapcsolatoknak. Feltételezésem szerint a roma családok a többségi társadalom által biztosított jóléti ellátórendszerre, mint a környező világ lehetséges forrásaira tekintenek. A gádzsó környezet saját intim, családi konfliktusaiba történő bevonásával súlyosan megsértenék roma identitásukat, közösségi szabályaikat.

III. 4. 2. A sztereotípiák mindenhatósága

Társadalmi életünk minden területét átható, jól beágyazott legitimáló mítoszok tartalmi ugyanúgy befolyással bírnak a segítőik ítéletalkotásaira, mint a társadalom többi tagja esetében. A romákra vonatkozó könnyen előhívható sematikus ábrázolások tartalma több ponton is asszociációt mutat a segítő szakmában ismert, szintén jól beágyazott séma tartalmával, az „életvezetési nehézségekkel bíró kliens” képével. Az ilyenformán kialakuló ítélet, felhatalmazza a segítőket a kliens kompetenciájának a negligálására, arra, hogy ő szakértelménél fogva kizárólagos jogosultságot szerezzen az ügyfél életét érintő döntésekben. Ez a kettős sztereotipizáló folyamatban kialakult kognitív struktúra, a halmozódó kudarcok okán, újra és újra megerősödik. A kutatási eredményben, a roma ügyfelekkel való együttműködésben leggyakrabban alkalmazott a tevékenységekről elmondható, hogy a legkevésbé foglalják magukban azokat a lehetőségeket, melynek során a segítő és kliens között olyan, professzionális kapcsolat alakulhatna ki, mely időt, és a szociális probléma jellegénél fogva, motivációt eredményezne egymás megismerésére, a sztereotípiák felülírására.⁹

III. 4. 3. A hatalom, mint a segítő kapcsolatokat szervező ágens

A nagymértékben¹⁰ jellemző kötelezett együttműködés az ellátást nyújtó szakember számára a kapcsolat kimenete feletti kontrollt biztosítja. A kontroll birtoklása kielégítheti a szakember biztonságra vonatkozó szükségletét. „Mindazonáltal, a segítőkétség valamennyire összefügg a dominancia, az énhatékonyság, az önbizalom és a kompetencia egyéni különbségeivel is. A segítségnyújtás indítéka ezekben az esetekben a

⁶ Itt nem térek ki a pénzbeni ellátások szerepéről szóló számos vizsgálatra. Általában a segélyezés rendszerének a vizsgálata is megemlíthető lenne, (csak néhány példa: Ferge, 1995; 1996; Szalai, 2007.), illetve már megjelentek az úgynevezett komplex programok hatásvizsgálatai is (Pld: A gyermekszegénységből eredő társadalmi hátrányok korrekciójára született „Biztos kezdet” programokra vonatkozóan, lásd: Surányi, 2010.). Kérdésem középpontjában, a törvényben szabályozott, esetmunka keretében nyújtott személyes segítségnyújtás tartalma áll.

⁷ Kozma és munkatársai is írnak segítői filozófiákról, de ezeket inkább egy – egy térséghez kapcsolják. *ibid.*; 99- 100.

⁸ A filozófiák sorában megemlíthető, többek között, egy nemzetközi összehasonlító gyermekvédelmi vizsgálat is, ahol Williams és munkatársai a kliensek iránti attitűdöt mérték, (Williams et al; 2002.).

⁹ Az idő és a motiváció szerepéről lásd: Fiske et al, 2006.

¹⁰ Mind a roma, s mind a többségi származású ügyfelek kétharmad arányban jogszabályi kötelezettség alapján állnak kapcsolatban a vizsgált intézményekkel.

kontroll társas alapmotívumával kapcsolatos, nem pedig az altruizmussal és a bizalommal.” (Fiske, 2006. 449.). A vizsgálat során feltárt eredmények arra engednek következtetni, hogy a szakemberek komfortérzetét, biztonságra való törekvését kiszolgálják az egyértelműen aszimmetrikus interperszonális helyzetek, ezek azonban a segítségkérő számára nem nyújtanak lehetőséget arra, hogy szociális problémái megoldásában hosszabb távú stratégiákat dolgozzon ki.

III. 4. 4. *A puha rasszizmus*

A szakemberek értékválasztásait két, egymással alapvetően ellentétes kultúra határozza meg: a többségi, elnyomó kultúra és a szociális munka társadalmi egyenlőségre törekvő eszméje. Az így keletkező kognitív disszonancia feloldására a segítők egy része, úgy tűnik, a puha rasszizmust választja.

Itt tulajdonképpen, az adott személyes segítő kapcsolatok szintjén, egymást megerősítő folyamatok rajzolódnak ki: *a sematikus, sztereotipikus megítélésnek „engedő” szakemberek óvakodnak a személyes megismerést lehetővé tevő munkaformák alkalmazásától, a távolságtartó, viszonylag személytelen együttműködési formák és kontrollált kimenetek, viszont - az egyedi élmények hiányában, - megerősítik az alapjukat képző elnyomó ideológiákat.* Az itt feltárt eljárások „segítik” a hatalmi pozíció fenntartását, s valószínűleg ezáltal megerősítik a kölcsönösen negatív sztereotípiatartalmakat, s az ügyfélre irányuló személyes figyelem nélkülözésével, kizárják a szociális munka céljainak a megvalósulását.

IV. Az általam kidolgozott integratív modell bemutatása

Az elméleti - gyakorlati modell grafikusán ábrázolja azt a pszichikus mezőt, amelyben a cigány kliens és a magyar segítő találkozik, s amelyre oly sok társadalmi - történelmi tényező van hatással. A pszichikus mező két tengely metszetében helyezkedik el: a függőleges tengely a kultúra, a normák, az elvárások tengelye, a vízszintes, pedig az időt jeleníti meg. A grafikus ábrázolás módja egy alapvető filozófiát közvetít: a függőleges tengely mentén egymásnak feszülő többségi - kisebbségi érdekek az egymással ellentétes irányú csoportérdekek összeütközését mutatja (Hunyady, 2005.7.).

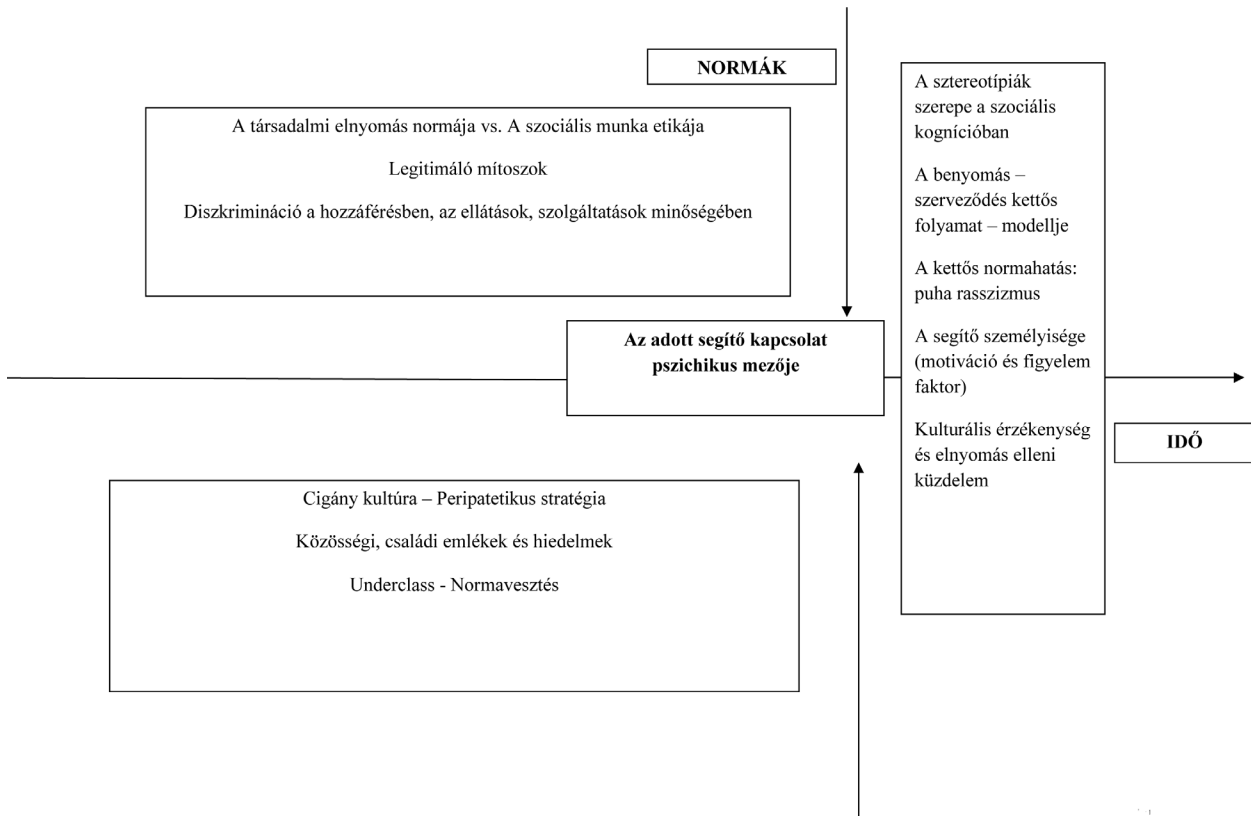
A modell az együttműködést kívánja hangsúlyozni, az ellentétes megközelítések integrációja révén is, de nagyon fontosnak tartom a meglévő, súlyos társadalmi feszültségek ismeretét és elismerését. A két, egymásnak feszülő kultúra, egymással konfliktusban lévő csoport egymás felé irányuló, negatív érzelmi töltetű mozgása, a többség elnyomó erejét, a cigányság elkülönülésre való törekvését jeleníti meg. (vö.: Piasere, 1997; Prónai, 1995; Stewart, 1993; Törzsök, 2002.). A függőleges tengely tehát a társadalmilag elfogadott kultúra tengelye. A vízszintes tengelytől tekintve, a felső tartományba eső területek a többségi kultúra elvárásait, normáit hivatottak megjeleníteni, míg az alsó dimenzióban a kisebbségi kultúra kap helyet. Ebben az ábrázolási módban megjelenik az a meggyőződés, hogy a magyarországi cigányság kultúrája nem elismert kultúra (Szalai, 2005; Zsigó, 2005.), a hozzá való viszonyulást, alapvetően egy ún. unilineáris civilizatórikus megközelítés (Dupcsik, 2005.) határozza meg. *A modellben a többség - kisebbség relációját alapvetően a többség elnyomó akarata és az ehhez társuló, önkényes alapú csoportképzése határozza meg.* A társadalmi elnyomás több szinten valósul meg: társadalmi, intézményi, interperszonális (Dominelli, 2010.) és több ágens által. Az alávetett csoportok helyzetét a folyamatosan újratermelődő legitimáló mítoszok, az egyenlő esélyekhez való hozzáférés intézményes korlátozása, vagy például olyan társadalmi „összjátékok”, mint a „jóléti fogda” (Szalai, 2005.) határozzák meg.

Egyrészt elfogadom és alkalmazom a rendszerszemléletű megközelítést (Jost, 2003.), ismerem az alávetett csoportok öndeabilizáló magatartását (Ferge, 2005; Jost, 2003; Kozma és mtársai, 2010; Ladányi – Szelényi, 2009; Sidanius – Pratto, 2005;), mégis, *én a hatalommal bírók felelősségére kívánom a hangsúlyt fektetni.* Vállalva, hogy e mögött egy határozott politikai - erkölcsi meggyőződés áll.

A vízszintes - idő tengelyén történő mozgás a változás lehetőségét vetíti előre. A változás, ellentétben az időben történő előrehaladással, nem törvényszerű. A modell, az idő tengelyén szükségszerűen előrehaladva, bemutatja a szakember kapcsolatépítési és beavatkozási lehetőségeit, erőteljesen hagyatkozva a szociális kognitív irodalmából ismert, megismerő folyamatok törvényszerűségeire (Bargh, 2006; Brewer, 1999; Devine, 1999; Fiske, S. - Neuberg, 1999; 2006; Hamilton – Gifford, 1999.). Ismertetem, hogy mely tényezők mentén válik megjósolhatóvá az a folyamat, melyben az egymásnak feszülő, társadalmilag és kulturálisan alaposan beágyazott, gyakran előhívott sztereotípiák és konfliktusos sémák megtörhetnek. A modell, támaszkodva a benyomás - szerveződés - folyamat kettős modelljére (Fiske – Neuberg, 1999.) hangsúlyos tényezőként kezeli az idő és a motiváció faktort. Mindkettő vonatkozásában a segítővel szemben támaszt elvárásokat, megfelelően a szociális munka és pszichoterápia vonatkozó téziseinek. *Állításom*

szerint, kellő idő ráfordításával, a hatékony segítségnyújtásra és a szakmai eredményekre vonatkozó motivációval a súlyos konfliktusokkal terhelt társadalmi környezetben is kialakítható megfelelő szakmai együttműködés.

IV.1. A modell grafikus ábrázolás



IV. 2. Az elnyomás társadalmi és kulturális szintje

A többségi származású segítőnek ismernie, és meggyőződéseim szerint, elismernie szükséges a roma közösségeket, egyéneket érő társadalmi, intézményi, kulturális és interperszonális szinten érő diszkrimináció és elnyomás mechanizmusát. A társadalmi szinten megvalósuló elnyomást a következő ágenssek közvetítik:

Munkaerő – piac: A romák, ha részesedhetnek is a munka világa nyújtotta javakból, azt általában, csak időlegesen,¹¹ szinte csak fizikai munkakörökben (lásd: Babusik, 2008. 69.) illetve a másodlagos munkaerő - piacra bejutva tehetik, fokozva az uralkodó társadalmi csoporttól való kiszolgáltatottságukat.

Oktatás: A klasszikusnak számító hármas szegregáció (regionális, települési, oktatási rendszeren belüli) mellett, szükséges megemlíteni az intézményi diszkrimináció „legegyszerűbb” formáját: az intézményen kívülre történő helyezést, mellyel már éppen egészen más szabályokat lehet alkotni. Ebből az aktusból természetesen következik a hagyományos iskolarendszer normáinak negligálása. Az oktatási rendszeren belüli szisztematikus elnyomást a személyközi diszkrimináció is támogatja. A pedagógusok részéről tapasztalható, többször igazolt¹² elutasító attitűd „annyira masszív” (Havas, 2009.4.), hogy alapjaiban lehetetleníti el a gyermekek sikeres iskolai karrierjét.

Lakhatás: „Míg a magas státusú társadalmi csoportoknak lehetőségük van arra, hogy gyakorlatilag oly módon és a városnak azon területeire koncentrálódjanak, ahogyan és ahová kívánnak, az alacsony státusúak csak úgy és oda szegregálódhatnak, ahogyan és ahová <megengedik nekik>.” (Ladányi - Szelényi, 2009. 66.).

Egészségügy: A többségi lakosság egészségügyi állapotánál lényegesen rosszabb mutatókkal¹³ jellemezhető cigány népeiséget sújtó elutasító magatartást számos vizsgálat igazolta (Egészségügyi

11 A foglalkoztatás időleges jellegét emeli ki Kertesi is (2005.67.)

12 Lásd. pld. Radó, 1997. 1998; ECRI, 2000. 13; Szabó – Horváth, 2002. 95; 96; vagy Forray – Hegedűs, 1998.119.

13 Például. Fónai és mtársai, 2006.100; 133.

Minisztérium megállapítása 2001; idézi: Szabóné, 2008. 423; Babusik, 2004. 68; Gyukits, 2000.477; Neményi, 2005. 166.),

Igazságszolgáltatás: „A bebörtönzésre vonatkozó aránytalanságok számos kultúrában és országban jellemzőek... a büntetőjogi rendszerben valóban szélsőségesen felülreprezentáltak az alávetett csoportok.” (Sidanius – Pratto, 2005. 305.). Az ide sorolható, magyarországi irodalom¹⁴ elsősorban a rendőrség által elkövetett jogsértő magatartásokat, illetve mulasztásokat említi.

Politika: Az 1990 előtti politikai hatalom számos formában igyekezett ellehetetleníteni a cigány kulturális szervezeteket,¹⁵ napjaink közéletéből, pedig a politikailag kompetens kezdeményezések elleni, szisztematikus támadás jelölhető meg. Zsigó, (2005.15; 18) vagy Romano Rácz (2008. 96-97; 109.). számos példát említ bizonyos cigány, civil önszerveződések ellehetetlenítésére, vagy a hatalom megosztó tevékenységére. A kompetens cigány politika elit elismerése, úgy tűnik, nem érdeke a többségi társadalomnak.

Az elnyomás **kulturális szinten**, a társadalmi tudat tartalmaiban is megerősödik, igazolva a gazdasági – politikai elit döntéseit és az alávető mechanizmusokat.

A romákkal kapcsolatos attitűdök, úgy tűnik, semmilyen komplexitást nem mutatnak, azaz erőteljesen és többszörösen kapcsolódnak egymáshoz az idetársítható tudattartalmak. Hazánkban, a cigányságra vonatkozó sztereotípiák tartalmak mélyen beágyazottak, kevésbé komplexek, s valószínűsíthetjük, hogy több dimenzióban szorosan kapcsolódnak a munkanélküliekre, „segélyen élőkre”, a jóléti rendszer igénybevevőire vonatkozó sztereotípiákhoz.

Az úgynevezett **legitimáló mítoszok** az alábbi témák köré szerveződhetnek:

A **koszosság mítosza** központi helyet foglal el a romákat leíró, egyébként szinte csak negatív tartalmakat közvetítő, társadalmi konstrukcióban. Feltételezéseim szerint, ez a gondolat a romákkal kapcsolatos attitűd centrumában helyezkedhet el, meghatározva a hozzájuk történő viszonyulás minden rezdülését.

Az erkölcsösség kérdése szorosan összefügg a tisztaság kérdésével. Az erkölcsi lazaság feltételezése megjelölhető a lopás, a „**cigánybűnözés**”, a cigány nők erkölcsi lazasága, és a „cigánykodás” (vö.: Stewart, 1993.57.). területén. Bernáth - Messing elektronikus és nyomtatott sajtótermékeket vizsgálva egysíkú, negatív megjelenítésről számolnak be, kutatási összefoglalójuk szerint a kereskedelmi televízió csatornák által sugárzott műsorok előítéletessége nem véletlenszerű. (uók; 2000.25.). A romák médiaábrázolását bemutató Zöld könyv szintén a stigmatizáló motívumot emeli ki, a romák bűncselekményekhez való társítását, a konfliktusos helyzetben történő megjelenítését, illetve valamely esemény passzív elszenvédőként történő bemutatását (im; 2007.35.).

A **lustaság vs. szorgalom**, hasonlóan a koszosság/tisztaság kérdéséhez központi helyet foglal el. Míg azonban, a tisztaság (= tisztesség), úgy tűnik univerzális, de legalábbis több kultúrkörben használatos a csoportok közötti differenciáció megjelölésére, addig, a munkához fűződő viszony, minden bizonnyal mutat jelentősebb eltéréseket.¹⁶ Ebben a dimenzióban a következő két egymáshoz szorosan kapcsolódó tétel helyezkedik el: „a cigányok nem dolgoznak - nem bírja a cigány a szántást;”¹⁷ és „a cigányok segélyből élnek” - „az állam tartja el őket”; „a cigányok azért szülik a gyereket, hogy abból éljenek.”

Politikai kompetencia, impotencia: Ebbe a dimenzióba is több tétel tartozhat. Idetartozónak vélem a politikai hatásképtelenséget, az egységes kultúra hiányáról szóló képet, az írásbeliség hiányát, illetve,

14 Lásd. pld. Loss, 1998. 117-118.

15 Lásd például: „... a cigány folklór kérdése nagyon bonyolult, felhasználása csak gondos értékelés, kritika alapján hozhat pozitív eredményt” (Mezey, 1986. 290.); továbbá: „Nem támogathatók egyes cigány értelmiségieknek és ciganológusoknak azok a törekvései, hogy létesüljön cigányszövetség, cigányhetilap induljon, Budapesten cigányszínház jöjjön létre. (uott. 261.). A Cigányok Kulturális Szövetségét igen rövid idő után fel is oszlatták, a hivatalos indoklás szerint azért, mert mivel nem találták alkalmasnak arra, hogy a „cigánylakosság átnevelésében jelentős szerepet töltsön be” (MSZMP KB Politikai Bizottságának határozata, 1961. jún. 20; in: Mezey, 1986. 204.). A feloszlítás valódi oka inkább az lehetett, hogy miután nyilvánosságra hozta a cigányokat ért diszkriminatív akciókat, fel is oszlatták. (Stewart, 1993. 26.). Daróczi Ágnes szóbeli közlése alapján, pedig tudható, hogy a később alakult szervezetekbe sem engedtek be romákat.)

16 Érdemes megemlíteni Csoba tanulmányát, melyben európai kommunikációjára hivatkozva megállapítja, hogy az állampolgárság és a szociális ellátásokhoz való (bizonyos esetekben kötelező) hozzáférés, melynek során „... a munkanélkülinek folyamatosan bizonyítani kell a munkavállalási hajlandóságát és az elhelyezkedés képtelenségét” az új paternalizmus megnyilvánulása (2009. 9.), s sokkal inkább szolgálja a politikai elit érdekeit, mint a munkához való egyenlő hozzáférést. (im; 16.).

17 Itt említhető még a cigány gyerekek lustaságának képe is. „A cigányokat nem érdekli az iskola” legitimáló mítosz – cáfolását többek között Kende is hangsúlyozza, több tanulmány ismeretében (Kende, 2001; 69.).

mintegy mindezek magyarázatképpen, a „kiemelt” állami juttatások mítoszát.¹⁸ Fiske nyomán (Fiske et al, 2006.b) tudjuk, hogy a politikai kompetencia feltételezése szorosan összefügg azzal, hogy az uralkodó társadalmi csoport versengőnek ítél – e meg egy alávetett csoportot. Valójában, úgy tűnik, ha vizsgálánánk, pozitív színezetű sztereotípiák tartalmakat, csupán itt találhatók: a feltételezett politika impotencia ugyanis a fennálló rend vezetői számára kedvező, hiszen, a hozzá nem értő személyek nem veszélyeztethetik az ő pozíciójukat.

A rendszerigazolás szerepe az elnyomás újratermelésében

A cigányság kultúrája önmagában veti fel a rendszerigazolás megjelenését, vagy „tapintható” hiányát. Mint ismeretes, a rendszerigazolás motívumát Jost alávetett csoportok esetében mutatta ki. *A rendszerigazolásra való törekvést, illetve szükségletet Jost úgy határozza meg, mint egy kollaboratív ideológiai és pszichológiai folyamatot, „melynek során az egyenlőtlenség meglévő struktúráit a társadalom szinte minden tagja elfogadja, igazolja és racionalizálja, még a status quo által leghátrányosabban érintettek is.”* (Jost, 2003. 419.).

Ebben a kérdésfelvetésben azonban, nem csak az ismert, s a romák többségét tekintve, általánosnak mondható alacsony társadalmi státusz lehet közvetítő, hanem a romák külvilághoz való viszonyulását meghatározó, úgynevezett **peripatetikus jelleg**. Ez a jellegzetesség nem csak a kisebbségi csoportidentitás erősségét mutathatja, (vö.: Jost - Burgess, 2003. 142.), hanem, magához a stratégiához társuló elkülönülő magatartás lehet meghatározó. Ebben, pedig a dinamikus változó adaptációs válaszok természete lesz meghatározó. (vö.: Pálos, 2010.).

IV. 3. Együttműködés a szociális esetkezelés keretében – Az elnyomó ideológiák feloldásának lehetőségei az integratív modellben

A szociális esetmunka formálására vonatkozó javaslataimat Compton –Galaway által megalkotott probléma megoldó modellre vetítve ismertetem. A modell¹⁹ a szociális munkát három, egymást átfedő, spirálisan egymásra épülő fázisok sorozatával írja le. Az egyes fázisok sajátos „feladattal” bírnak, ezek teljesülése a továbblépés feltétele. Én itt, az integratív modellben, ismertetem Compton - Galaway által leírt feladatokat, majd az egyes fázisokhoz eljárásokat társítok, megjelölve a roma ügyfelekkel való kapcsolat speciális vonatkozásait. Az elnyomás - elleni gyakorlat értékei alapján reflektálok az egyes tevékenységek politikai üzeneteire is.

Az együttműködés három fázisa - kapcsolatfelvétel, szerződéskötés, akciófázis, - közül, meglátásom szerint - **az első szakasz** bír kiemelkedő jelentőséggel. Ebben a fázisban az ügyféllel való kapcsolatfelvétel után, további feladatunk a probléma előzetes meghatározása, előzetes célmegfogalmazás és a felmérés.

Mindezen feladatok teljesülését, különösen kötelezett ügyfelek esetében, lényegileg határozza meg a kötelezettség alapjául szolgáló magatartás, mely általában devianciaként értelmeződik.

A hatóság által meghatározott, **deviancia – orientált leírás** a segítő szereplőinek egymásról kialakított véleményét alapjaiban határozza meg. Az elsőbbségi hatás elvének engedelmessé, (vö.: Hamilton, - Sherman, 1999. 103.) a szakember, egy közösségi normát megsértő ember képére, vagy kategóriájára fogja alapozni az ítéletét, az ügyfele, pedig az őt kontrolláló, hatalommal bíró ember sémájára.

A **kategória – alapú észlelést** (vö.: Fiske - Neuberg, 1999; 169.) a cigány csoportozhoz való tartozás tovább erősíti, szinte teljes mértékben lehetetlenné téve az ügyfél egyedi vonásaira, azaz egyedi probléma – és célértelmezésére fordítandó figyelem kialakulását. Fiske – Neuberg szerint az egyénre irányuló figyelem, az értelmezés, a függőségi viszony keretében megjelenő motiváció fogja befolyásolni az ítéletalkotás folyamatát. Mindezeket alapvetően „a célszemély relevanciája határozza meg” (Fiske et al; 2006. b, 185.): a megfigyelő a számára fontos személyről alkotott vélekedések és a hozzá való viszonyulás kialakításában jobban fog törekedni az egyedi vonások alkalmazására, mint a kategóriákba történő besorolásra. A szakemberek számára is kötelezően fenntartandó együttműködésekéről, azonban, szerintem nem feltételezhetjük, hogy jó alapot szolgáltatnának a segítő megismerő motivációjához.

A **normák** tekintetében a segítő kettős elvárással szembesül: a többségi intézményi környezet, a helyi közösség elvárása és a szakmai normák. Ha a szakember nem alkalmazkodik a közösségi normákhoz, s a

¹⁸ Megjegyzem, hogy a kiemelt állami juttatások és a „stratégia gyermek” valószínűleg többszörösen kapcsolódna egymáshoz, Itt, is, mint az általam bemutatott mítoszok halmazán belül, csak sejthető a rendszer, vizsgálat nem támasztja alá. Ami bizonyos: az egyneműség, az egységesen elutasító színezet.

¹⁹ Leírását lásd: Compton –Galaway, 1984. 323- 324; vagy: in: Hegyesi Talyigás, 1995. 154-155.

„dologtalan”, vagy „segélyeken élő” cigányokat támogatja, például egy települési konfliktus során, könnyen állását veszítheti (vö.: Fiske et al, b, 2006.208. a helyi normákról).

Másik „oldalról”, viszont, a segítők identitását bizonyos mértékben meghatározza szakmai szocializációjuk is. Elméleti képzéseik során a társadalmi felelősségvállalás, az esetek iránti megértés, mint értékkel bíró, követendő magatartás jelenik meg. Ebben a keretben, az elutasítás, vagy a negatív tartalmú sztereotípiák alkalmazása nem kívánatos. Az a segítők, aki szeretne „jó” szakember lenni, az **énfelnagyítás motívuma** által vezérelve, a puha rasszizmus eszközeinek az alkalmazása felé hajolhat (Fiske, 2006.) tartózkodik a nyílt sztereotipizálástól, ugyanakkor, vélekedéseit változatlanul a társadalmi kategóriák, s az azokhoz társított, konszenzuson nyugvó tartalmak határozzák meg.

Így, a kategória – alapú ítéletek megalkotását, már on – line módon, az adott segítők vonásbeli sajátosságai mellett, számos diszpozicionális tényező is támogatja.

Kiemelt eljárások az esetkezelés folyamatában

Segítő beszélgetés: Az én értelmezésemben, a non direktív eszköz alkalmazása azt a célt szolgálja, hogy a társadalmi és kulturális szintű elnyomás a mi, jelen, interperszonális szinten elinduló kapcsolatainkban ne termelődjenek újra. **A beszélgetésvezetés átadása azt a meggyőződésemet fejezi ki, hogy határozottan elismerjük az ügyfél saját életében való kompetenciáját, ha úgy tesz az empowerment egyik legegységesebb eszköze.**²⁰ Ebben az értelemben, a segítők beszélgetés már nem felel meg a rogers-i meghatározásnak. Hiszen a mi célunk nem feltétlenül a kliens önismeretének a fejlesztése lesz, hanem hangsúlyosabb elemmé válik az, hogy az ügyfél, viszonylagos kontrollhoz jutva, biztonságban érezze magát a velünk való kapcsolatában. Kiemelt célunk lesz tehát, hogy a cigány családokat hozzásegítsük ahhoz az élményhez, melynek során azt élhetik meg, hogy egy, a többségi társadalmat képviselő személlyel való interakcióik az együttműködés partneri elvén szerveződnek, s nem a többség elnyomó akaratának engedelmeskedve. A konkrét szociális probléma megvitatását, tehát általában a hatóság által meghatározott, deviancia –fókuszú tematika ideiglenes mellőzése arra biztosít lehetőséget, hogy az ügyfél, a történetei révén, a társadalom teljes jogú tagjaként jelenjen meg. Ilyen módon, nem csak a segítők beszélgetés hagyományos célja, hanem tartalma is módosul. Nem feltétlenül, sőt szinte biztosan nem fog az első találkozások alkalmával a roma ügyfél intrapszichés történéseivel foglalkozni, a beszélgetést, valószínűleg non direktív módon sem tudnánk ebbe az irányba tematizálni. „A lényeg, hogy együtt lehessen lenni és érintkezni lehessen egymással, amikor ennek szükségét érzik.” (Piasere, 1998. 38.). Ilyen módon a segítők szakember a romák életében olyan fontos társas együttlétek folyamatába kapcsolódik be, melyek az ő életük - cigány-ságuk, talán legbiztosabban mindent túlélő jellegzetessége

A **családlátogatás** szintén a legitimáló mítoszok interperszonális szintű tagadására nyújt lehetőséget: udvarias vendégként (vö.: Berg, 1995. 26.) alkalmunk nyílik arra, hogy kifejezzük: mi nem osztjuk, például, a koszoság mítoszában való hitet.

A **beszerzés** szintén fontos szerepet kaphat a roma családokkal való együttműködésben. **Különbséget kell tennünk azonban, a ruhákat, élelmiszeresomagot rutinon kiosztó, s a cigány családokat a segélyezett státuszban tartó magatartás és a fizikai életben maradáshoz nélkülözhetetlen támogatást biztosító viszonyulás között.** Tapasztalataim szerint, tehát ezekre a szükségletekre a kapcsolat első fázisában, gyakran az első találkozás alkalmával reagálni kell, ugyanakkor, a szakember nem redukálhatja a segítők tevékenységét ezen eljárások alkalmazására. **A beszerzés aszimmetrikus tartalmára leszűkülő kapcsolat, meglátásom szerint, a fennálló hatalmi viszony megerősítését szolgálja. A romák egyoldalú, igénylő szerepbe történő bemerredése rendszerfunkcionális, viszont élesen ellentétes a szociális munka céljaival.** Azok a családok, akik csupán ilyen módon kapcsolódnak egy település családsegítő szolgálatához, akarva - akaratlanul is hozzájárulnak a róluk szóló negatív sztereotípiatartalmak „bizonyításához”, az őket alávetett helyzetben tartó mítoszok legitimációjához.

V. Az általam kidolgozott kutatási koncepció és az integratív modell sajátosságai

Kutatásom néhány ponton kiegészítést, fejlesztést igényelne. Bár öt adatgyűjtési módszert dolgoztam ki, érdemben három módszerrel nyert adatokra támaszkodtam a hipotézis bizonyításakor.

Ugyanakkor, úgy vélem, bizonyos módszerekben és bizonyos összefüggések feltárásában **kutatásom innovatív.** Vizsgálati célom az volt, hogy a nevezett intézményekben, a közvetlen szociális esetmunka tar-

20 Az empowerment kötelezett ügyfelekkel való munkában lévő jelentőségéről lásd pld.: Pataki és mtársai, 2009. 255.

talmát feltárjam. Eltérve a hagyományosnak tekinthető adatgyűjtési módszertől, a segítő szakemberekkel készített interjúktól, én elsősorban a szakemberek által vezetett esetenaplók feljegyzéseire támaszkodtam. Fontos szempontnak tekintettem azt, hogy ne én becsljem - ítéljem meg a tényleges előforduló tevékenységeket, hanem, a lehetőség szerint megismerhető „objektív” valóságot tárjam fel. ***A feltárt eljárások, az alkalmazásukban megjelenő arányok, a közöttük megmutatkozó összefüggések önmagukban is, azt gondolom, új szempontokat adtak a szakma gyakorlatának vizsgálatához.*** Egyértelművé vált, hogy a gyermekjóléti szolgálatokkal és a családsegítő központokkal együttműködő ügyfelek jelentékeny része kötelezettség alapján tartja a kapcsolatot az intézménnyel. Határozottan körvonalazódtak az esetmenedzsmenthez sorolható eljárások, s világosan kiderült a bürokratikus szociális munka jelenléte az esetmunka gyakorlatában. S kiderült, az is, hogy ***a roma ügyfeleket, a szociális szakemberek általában a bürokratikus kereteken belül segítik.***

További lehetséges kutatási témaként megjelölhető a konzultációs jellegű eljárások természetének pontosabb feltárása. Vizsgálandó terület lehet még az esetmenedzsment jellegű tevékenységek csoportján belül, az ügynevezett gondoskodó jellegű eljárások. Láthatóvá vált, hogy ez utóbbihoz sorolt tevékenységek nem korlátozódnak a fizikai szükségletek kielégítésére, jelentősen mértékben társul hozzá egyfajta érzelmi támogatás. Szintén az esetmenedzsment jellegű tevékenységek nagy módszertani csoportján belül, érdemes lenne közelebbről megvizsgálni a koordináló eljárások természetét.

A roma ügyfelekkel való együttműködés akadályoztatottságának a megismeréséhez, szükséges lenne az itt vázolt puha rasszizmus és a segítői hivatáshoz társított motivációinak feltárása. Bár, ismert számos kutatási eredmény a többségi társadalom romákra vonatkozó sztereotípiáiról (lásd. pld. Fábrián - Sik, 1996; Bernát, 2010; segítőik vonatkozásában: Babusik, 2004.), további vizsgálatra lenne szükség, mely felméri ezeket a tartalmakat a segítő professzió gyakorlóinak körében, különös tekintettel a felelősségtulajdonítás kérdésére vonatkozóan.

Az általam kidolgozott integratív modell, meglátásom szerint, elsősorban a szakmai értékek gyakorlati megvalósíthatósága tekintetében bír újító jelleggel. Az ügyfelekre irányítandó intenzív és reflektív figyelem központba helyezésével eltávolodok a kötelezett státuszhoz és a roma léthez hagyományosan tapadó deviancia – orientált megközelítéstől, s az emberi méltóság és egyediség tisztelete válik hangsúlyossá.

A benyomás - szerveződés folyamat értelmezési keretként jelenik meg a modellemben, lehetőséget nyújtva a segítőknél arra, hogy kísérletet tegyenek jól beágyazódott sztereotípiáik felülírására, s az egyedi vonásokra fordított figyelem révén, egy eredményes együttműködés kialakítására.

A tézisekben hivatkozott irodalmak jegyzéke

1. Babusik Ferenc: A romák foglalkoztatási diszkriminációja a munkaerőpiacon in: Esély, 2008/2. 47-70.
2. Bargh, A. John: A mindennapi élet automatizmusa in: in: Fiske, Susan, T. – Hamilton, David L. – Bargh, John A.: A társak és a társadalom megismerése Osiris, Budapest, 2006.
3. Berg, Insoo Kim: Konzultáció sokproblémás családokkal Családterápiás olvasókönyv sorozat V. Animula Egyesület, Budapest, 1995.
4. Bernát Anikó: Integráció a fejekben: a romák társadalmi integrációjának észlelése és megítélése a lakosság körében in: Társadalmi Riport, 2010, TÁRKI, Budapest, 2010.
5. Bernáth Gábor – Messing Vera: A magyarországi média és egy interetnikussá váló szociális konfliktus: a székesfehérvári gettóügy nyilvánossága a többségi és roma médiában in: Horváth Ágota – Landau Edit – Szalai Júlia (szerk.): Cigánynak születni, Aktív Társadalom Alapítvány, Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest, 2000.
6. Brewer, M: A saját csoport iránti elfogultság és a minimális csoportközi helyzet: egy kognitív – motivációs elemzés in: Hunyady György-David L. Hamilton - Nguyen Luu Lan Anh (szerk.): A csoportok percepciója Pszichológiai tanulmányok XVII, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1999. 49-72. old.
7. Compton, Robert - Galaway, Burt: Social Work Process 3rd ed. The Dorsey Press Chicago, Illinois, 1984.
8. Devine, Patricia G: Sztereotípiák és előítéletek: automatikus és kontrollált komponensek in: Hunyady György-David L. Hamilton - Nguyen Luu Lan Anh (szerk.): A csoportok percepciója Pszichológiai tanulmányok XVII, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1999.

9. Dominelli, Lena: Az elnyomás - elleni gyakorlat előadás a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és szociális képzési Kar Szociális Munka és Szociálpolitikai Tanszék Jubileumi Konferenciáján, 2010. május
10. Dupcsik Csaba: Cigány –képek. A magyarországi cigány vizsgálatokról in: Neményi Mária – Szalai Júlia (szerk.): Kisebbségek kisebbsége A magyarországi cigányok emberi és politikai jogai Új Mandátum, Budapest, 2005.
11. Európai Rasszizmus és Intolerancia Ellenes Bizottság: Második jelentés Magyarországról, Strasbourg, 2000.
12. Fábíán Zoltán – Sik Endre: Előítéletesség és tekintélyelvűség in: Andorka Rudolf – Kolosi Tamás – Vukovich György (szerk.): Társadalmi riport 1996. TÁRKI – Századvég, Budapest, 1996.
13. Dr. Farkas Lilla – Németh Szilvia – Papp Z. Attila – Boros Julianna – Kardos Zsófia: A Romák minőségi oktatáshoz való egyenlő mértékű hozzájárása Országjelentés, Open Society Institute, Budapest, 2007. letöltve a http://all_in_one/romak_minosegi_oktatasa_magyarorszag.pdf oldalról, a letöltés időpontja: 2011. 04.28.
14. Ferge Zsuzsa: A magyar segélyezési rendszer reformja in: Esély 1995/6, 1996/1, 1996/2
15. Ferge Zsuzsa: Ellenálló egyenlőtlenségek Akadémiai székfoglaló, Budapest, 2005; letöltve a http://www.fergezsuzsa.hu/docs/ellenallo_egeynlotlensegek.pdf oldalról, a letöltés időpontja: 2011.05.10.
16. Fiske, Susan T.- Morling, Beth: A sztereotipizálás a személyes kontrollmotívum és a kapacitáskorlátok függvényében: a hatalom és a szorongás különös párosa in: Hunyady György-David L. Hamilton - Nguyen Luu Lan Anh (szerk.): A csoportok percepciója Pszichológiai tanulmányok XVII, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1999.
17. Fiske, Susan, T.- Neuberg, Steven L: A benyomás szerveződés kontinuum a kategórián alapuló folyamatoktól a tulajdonságokon alapuló folyamatokig: az információ és a motiváció hatása a figyelemre és értelmezésre párosa in: Hunyady György-David L. Hamilton - Nguyen Luu Lan Anh (szerk.): A csoportok percepciója Pszichológiai tanulmányok XVII, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1999.
18. Fiske, Susan, T. a): Társas alapmotívumok Osiris, Budapest, 2006.
19. Fiske, Susan, T.- Lin, Monica - Neuberg, Steven L. b): A kontinuum – modell. Tíz év elteltével in: Fiske, Susan, T. – Hamilton, David L. – Bargh, John A: A társak és a társadalom megismerése Osiris, Budapest, 2006.
20. Fiske, Susan, T. d): Mások irányítása. A hatalom hatása a sztereotipizálásra in: Fiske, Susan, T. – Hamilton, David L. – Bargh, John A.: A társak és a társadalom megismerése Osiris, Budapest, 2006.
21. Fónai Mihály – Fábíán Gergely – Filepné Nagy Éva – Pézses Marianna: Szegénység, etnicitás,: Északkelet – magyarországi kutatások empirikus tapasztalatai in: Szociológiai Szemle, 2007/3-4. 53-81.
22. Forray R. Katalin – Hegedűs T. András: Cigány gyermekek szocializációja, Aula Kiadó, Budapest, 1998.
23. Froslund, Mari – Jergeby, Ulla- Soydan, Haluk – Williams, Charlotte: Responding to ethnicity: a cross – National Evaluation of Social Work Responses in Child Protection Cases in: Social Work in Europe, 2002. vol.9.(3.) 39-51pp.
24. Graham, Mekada – Schiele, Jerome: Equality –of–oppressions and anti – discriminatory models in social work: reflections from the USA and UK, in: European Journal of Social Work, 2010. (2) 13. 231-244.pp.
25. Gyukits György: A romák egészségügyi ellátásának szociális háttere in: Horváth Ágota – Landau Edit – Szalai Júlia: Cigánynak születni, Aktív Társadalom Alapítvány – Új Mandátum Kiadó, Budapest, 2000.
26. Hamilton, David L. – Gifford, Robert K: Illuzórikus korreláció a személyközi észlelésben: a sztereotip ítéletek kognitív alapja in: Hunyady György - Hamilton, David L. – Lan Anh, Nguyen Luu (szerk.): A csoportok percepciója Akadémiai Kiadó, Budapest, 1999.
27. Havas Gábor: Esélyegyenlőség, dezegráció in: Fazekas Mihály – Köllő János – Varga Julia (szerk.): Zöld könyv a közoktatás helyzetéről, Ecostat, Budapest, 2008.

28. Havas Gábor: Ami történt, az a gettó csinosítgatása Havas Gáborral Révész Sándor és Zolnay János beszélget in: Beszélő 2009/4.
29. Hegyesi Gábor: Az általános szociális munka szakmai koncepciója in: Kozma Judit (szerk.): Kézikönyv szociális munkásoknak 2. kiadás, Szociális Szakmai Szövetség 1998. Budapest
30. Hunyady György: A társadalmi csoportok értékelő megkülönböztetése: váltott kutatási perspektívák in: Sidanius, Jim – Pratto, Felicia: A társadalmi dominancia, Osiris, Budapest, 2005.
31. Jost, John T.: Önálvetés a társadalomban: a rendszerigazolás pszichológiája, Osiris, Budapest, 2003.
32. Jost, John T. – Burgess, Diana: Az attitűdök ambivalenciája, valamint a rendszerigazolás és a csoportigazolás konfliktusa az alacsony státusú csoportokban in: Önálvetés a társadalomban: a rendszerigazolás pszichológiája, Osiris, Budapest, 2003.
33. Kertesi Gábor: Roma foglalkoztatás az ezredfordulón in: Szociológiai Szemle, 2005/6. 57-87.
34. Kozma Judit – Dögei Ilona – Kostyál L. Árpád – Mód Péter – Udvari Andrea – Vajda Norbert: Nyomorgó családok és szociális szolgáltatások letöltve a http://www.szmi.hu/images/dok//szocialpolitika/szoc_szolg/nyomorgo_nyomdai.pdf oldalról. a letöltés időpontja: 2011.02.04.
35. Ladányi János: A burkolt szelekciótól a nyílt diszkriminációig MTA Történettudományi Intézet – MTA Társadalomkutató Központ, Budapest, 2009.
36. Lüssi, Peter: A rendszerszemléletű szociális munka gyakorlati tankönyve Híd Alapítvány, 1998.
37. Mezey Barna (szerk.): A magyarországi cigánykérdés dokumentumokban 1422 – 1985 Kossuth Könyvkiadó 1986.
38. Morse, Gary: A review of case – management for people who are homeless: Implications for practice, policy, and research letöltve a <http://aspe.hhs.gov/symposium/7-casemgmt.htm> , letöltés időpontja: 2009. november
39. Neményi Mária: Szegénység – etnicitás – egészség in: Neményi Mária – Szalai Júlia (szerk.): Kisebbségek kisebbsége. A magyarországi cigányok emberi és politikai jogai Új Mandátum, Budapest, 2005.
40. Pálos Dóra: Cigány identitások nehézségei in: Esély, 2010/2.41-63.
41. Pálosi Éva – Sik Endre – Simonovits Bori: Diszkrimináció a plázában in: Szociológiai Szemle, 200 Pataki Éva – Ágoston Magdolna – Jászberényi Ágnes – Hallgató Éva: A rendszeres szociális segélyezettekkel végzett szociális munka sajátossága, speciális módszerei, fókuszban a közösségi és a csoportmunka in: Csoba Judit (szerk.): Peremhelyzetű társadalmi csoportok társadalmi és munkaerő – piaci integrációja Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen, 2009. 7/3-4; 135-148.
42. Piasere, Leonardo: A ciganológusok szerelmei válogatott tanulmányok, ELTE BTK Kulturális Antropológia Szakcsoportha, Budapest, 1997.
43. Proctor, Enola K. - Davis, Larry E.: The challenge of racial difference: skills for clinical practice in: Social Work 1994.3.39.314- 323.pp
44. Prónai Csaba: Cigánykutatás és kulturális antropológia ELTE BTK Kulturális Antropológia Szakcsoportha – Csokonai Vitéz Mihály Tanítóképző Főiskola Társadalomtudományi és közművelődési Tanszék, Budapest - Kaposvár, 1995.
45. Radó Péter: Jelentés a magyarországi cigány tanulók oktatásáról. Szakértői tanulmány a Nemzeti és Etnikai Kisebbségi Hivatal számára, 1997.
46. Sidanius, Jim – Pratto, Felicia: A társadalmi dominancia Osiris, Budapest, 2005.
47. Sik Endre – Simonovits Bori: Egyenlő bánásmód és diszkrimináció in: Kolosi Tamás – Tóth István György (szerk.): Társadalmi Riport 2008.TÁRKI, Budapest, 2008.
48. Stewart, Michael Sinclair: Daltestvérek Az oláh cigány identitás és közösség továbbélése a szocialista Magyarországon T- Twins Kiadó, MTA Szociológiai Intézet, Max Weber Alapítvány, 1994.
49. Surányi Éva: A Biztos kezdet program hatásvizsgálatának bemeneti mérése in: Kapocs, 2010. 2. 2 – 11.
50. Szabó Ildikó – Horváth Ágnes: Tanítóképző főiskolások elképzelései a kisebbségekkel létesíthető kapcsolatokról in: Andor Mihály (szerk.): Romák és oktatás, Iskolakultúra, Pécs, 2002.
51. Szabó Lajos: A szociális esetmunka gyakorlata Wesley János Lelkészképző Főiskola, Budapest, 2003.
52. Szabóné Kármán Judit: A roma/cigány népesség helyzete in: Kopp Mária (szerk.): A magyar lelkiállapot, Budapest, 2008.

53. Szalai Júlia: A jóléti fogda in: in: Neményi Mária – Szalai Júlia (szerk.): Kisebbségek kisebbsége. A magyarországi cigányok emberi és politikai jogai Új Mandátum, Budapest, 2005.
54. Szalai Júlia: Nincs két ország? Osiris Kiadó, Budapest, 2007.
55. Törzsök Judit: Kik az „igazi cigányok?” in: in: Kovalcsik Katalin (szerk.): Tanulmányok a cigányság társadalmi helyzete és kultúrája köréből ELTE-IFA - OM, Budapest, 2001.
56. Zsigó Jenő: „Feltárni és megnevezni az elnyomások direkt rendszerét” in: Neményi Mária – Szalai Júlia (szerk.): Kisebbségek kisebbsége A magyarországi cigányok emberi és politikai jogai Új Mandátum Kiadó Budapest, 2005.

A szerző saját publikációi a témában

Előadások

1. Berta Edina: ”Is there any chance of anti discriminatory practice in Hungary?” Intensive course on Anti- discriminatory Practice, Linköpings University, Norrköping, Svédország 2000. június
2. Berta Edina: “Special skills with ethnic minority clients”, Intensive course on Anti- discriminatory Practice Hertfordshire University, Hatfield, Nagy-Britannia 2001. április
3. Héderné Berta Edina: Segítők attitűdjei roma kliensekkel végzett szociális munkában beszámoló a Soros Alapítvány által támogatott Csongrád megyei szociális szakemberek körében végzett kutatás részeredményeiről, Tudományos Ülések Bizottsága és a SZAB Orvostudományi Szakbizottság ülése 2003. április
4. Héderné Berta Edina: Az etnikai másság megjelenése a szociális munka nemzetközi irodalmában, Szegedi Tudományegyetem Főiskolai Kar Tudományos Napja, 2005. április
5. Héderné Berta Edina: A kulturális érzékenység gyakorlata a roma kliensekkel folytatott esetmunkában előadás a „Módszertani sokszínűség a szociális szolgáltatásokban” című szekcióban, „A szociális szolgáltatások fejlesztésének mérőkövei I. Minőség szakmai konferencia” Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék, Szeged, 2005. november
6. Héderné Berta Edina: A sztereotípiák fogalom változása - egy új tartalommodell, Tudományos Ülések Bizottsága Szeged, SZTE ETSZK 2006. május
7. Héderné Berta Edina: A szociális esetmunka változása - Változó értékek SZTE ETSZK Tudomány Napja, 2009. november
8. Héderné Berta Edina: Egy szemlélet implicit megjelenése a gyakorlatban – gondoskodás a szociális esetmunkában, kutatási tapasztalatok SZTE ETSZK Tudomány Napja, 2010. nov.

Tanulmányok

1. Berta Edina: Az esélyegyenlőtlenség megjelenése a szeged-kiskundorozsmai cigány gyermekek életében, szakdolgozat, SZOTE Egészségügyi Főiskolai Kar Általános Szociális Munkás Szak Szeged, 1995.
2. Berta Edina: A roma - magyar segítőkapsolat speciális vonatkozásai szakdolgozat, ELTE Szociálpolitika és Szociális Munka Tanszék Budapest, 2001.
3. Berta Edina: Az etnikai másság megjelenése a szociális munka nemzetközi gyakorlatában Tudományos Közlemények I. Szegedi Tudományegyetem, 2001. szeptember
4. Héderné Berta Edina: Hogyan alkalmazzuk a problémamegoldó - modellt a roma kliensekkel való munkában? Kézirat-oktatási segédanyag az „Interkulturális szociális munka” c. kurzus tanításához, SZTE Egészségügyi Főiskolai Kar Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék 2004.
5. Fordítások
6. Jim Sidanius - Felicia Pratto: Az elnyomás ördögi köre: az intézményes diszkrimináció ezernyi megnyilvánulása in: Jim Sidanius - Felicia Pratto: A társadalmi dominancia Osiris 2005.
7. Susan T. Fiske- Amy C. Cuddy- Peter Glick - Jun Xu: A (gyakran kevert) sztereotípiák tartalom modellje: A kompetencia az észlelt státusból, a melegszívűség pedig a versengésből ered in.:David L. Hamilton- Susan T.Fiske-John A. Bargh: A társak és a társadalom megismerése Osiris, 2006.
8. Peter Glick – Susan T. Fiske: Ambivalens szövetség Az ellenséges és a jóindulatú szexizmus mint a nemi egyenlőtlenség egymást kiegészítő igazolása in.:David L. Hamilton- Susan T.Fiske-John A. Bargh: A társak és a társadalom megismerése Osiris, 2006.

Special aspects of the Gypsy - Hungarian helping relationship

(PhD dissertation)

Edina Berta Héder

Eötvös Loránd University Faculty of Education and Psychology
 Doctoral Programme in Psychology
 Socialization and Social Processes
 e-mail: berta@etszk.u-szeged.hu

I. Research Objective and Hypothesis

The starting point of the research is my supposition based on personal experience that the content and the form of the connection between the Roma client in welfare institutional care and the expert who supports them along the protocol of social case work with adequate tools is influenced by their different social group membership. My suggestion is that the cooperation between the Roma client and the non-Roma expert trying to help is not only a professional, contract based connection between two individuals. I believe that the psychological field created by the direct personal encounter is affected by the personal and common past, history and self-defining efforts of the two groups and the sore conflicts of their cohabitation.

My research has been based on the supposition that in the practice of direct social work the helping experts offer a different quality of support for the Roma clients. According to my hypothesis the *non-Roma helpers, because of the known social distance, will make less effort to establish connections that requires more intensive involvement when working with Roma clients*. In consequence, the social distance and the stereotypes that conserve it will remain fixed and so they can enhance the client's responsible participation to a lesser degree. Because, according to my concept on the procedures of case work, the client's responsible participation can mainly be assured effectively by *consultative forms of work, I presume that these will be used less when working with Gypsy clients*.

II. Theoretical backgrounds

Professional help has always been arranged around two aims, basically: one is making the suffering of the deprived invisible for the more fortunate members of the society; the other is eliminating the social differences and changing the power structures (cf. Hegyesi, 1998). Cultural otherness is also interpreted in this relation system: On the one hand, it serves the exclusiveness of the norms of the majority group of the society with the *manifestation of assimilation efforts, e. g. the ideology of colour blindness* (Proctor – Davis, 1994, p. 316), or on the ideology of *the equality of oppressions* (Graham – Schiele, 2010, p. 238). On the other hand, it appears as the theme of the power issue: along the principles of *anti-racist social work which developed from the civil rights movements* (Graham – Sciehele, 2010 p. 232) and later the *anti – oppressive practice*. (Dominelli, 2010).

Thus the literature that reflects cultural diversity discusses either certain special tools on psychosocial basis within the themes of clinical social work, such as the *competence approach* which can be connected to the *theory of multicultural social work*, whose relevant statement in my approach is the *requirement of cultural sensibility* (NASW, 2007); or social and political issues arranges along the theme of *discrimination – oppression*.

In my thesis, I wish to integrate these different approaches. As for the central systematic principle I use the pervasive oppression, but at the same time I analyse interpersonal cooperation as well, in which I, myself find the requirement of cultural sensitivity effective.

III. The description of the research carried out among experts doing social case work in child welfare institutions and family help centres in Csongrád County

III. 1. Data Recording

In my research I wanted to explore the procedures of social case work and methods considering whether there is a difference in the personal help provided to Roma clients and if yes, what constitutes it. The research was aimed at personal help provided in Family Help Centres and Child Welfare Services in seven

small regions in the whole territory of Csongrád County. All the institutions that I visited work according to the Law no. 3 of 1993 on social administration and social care and the Law no. 31 of 1997 on child protection and guardianship administration. Their documentation is regulated by the Ministry of Social and Family Affairs decree of 1/2000 (I.7.) and the Government decree of 235/1997 (XII. 17.), and I analysed the data and documentation (hereinafter: case reports) that I gained access to considering these. I visited altogether the above mentioned institutions in 60 towns, and 138 colleagues in 59 towns took part in data collecting. The colleagues made me available 209 case reports for analyses. I used the following methods in data collecting in the period of October 2009 to November 2010:

1. Self-completed questionnaire for experts giving personal care;
2. Semi-structured interview with experts;
3. Analysing data sheets and case reports documenting the steps of personal help, according to preliminary considerations
4. Focus group interviews with experts and heads of institutions
5. Semi-structured interview with the recipients of care. This latter method was successfully used in only two small regions so I rely on it in my analyses to a lesser degree.

So altogether I obtained for the analyses 138 assessable questionnaires filled in by experts; 46 semi-structured interviews with experts; 209 case reports; 4 focus groups with the staff of five small regions; and 22 semi-structured interview with the clients.

III. 2. Conceptualization, operationalization

I considered one of the difficulties or rather challenges of the research that in Hungary there is no consensus in the examined activities that is the direct practice of social case work. Thus, so that I could arrive at my research objective I needed to differentiate each single activity and procedure the most meticulously possible, which were used by the experts in social case work process.

To facilitate later data recording and analyses, I prepared a relatively long list: based on my own experiences in practice and the literature (mainly Szabó, 2003; Lüssi, 1998; Morse, 1997): I differentiated altogether 36 activities which later changed into 34¹. I divided the activities into six groups: consultation, crisis intervention, assertive, case management, group of activities focusing on natural support system, and the group of activities focusing on the helpers.² During the analyses, the assertive element and the group of activities focusing on natural support system were fused with case management activities, so I separated four greater procedure types. I recorded the definition written by the helper in case of the procedures and also the way I interpreted the activity. I marked the procedures as items in each document so the frequency was easy to calculate.

During the **interviews** and in the **questionnaires** I asked the colleagues to provide not only the general informative questions (age, gender, qualifications, number of years in the profession) but also to recall a difficult, complicated, remarkable case. I had two presumptions connected to this: on the one hand I expected that the buzzword “difficult client” will make the colleagues think of cases with Roma people. My other expectation was that the so called difficult cases made the expert use a greater variety of methods.

I analysed the **case reports** that were made available to me with single criteria. I placed the analysis criteria into two greater groups: the groups of the so-called formal and the content issues of case work. The formal issues included the socioeconomic situation of the client, the length of time of the association, the type of the given problem defined by the helper. I examined the client’s likely ethnic background as part of the socioeconomic features. I observed the used procedures and activities in the circle of content issues.

In the **focus groups** I asked for reflections on the success of the procedures and here I included my questions on the specificity of the work with the Roma, putting them into the category of the client groups that require special knowledge.

In the **interviews with the recipients** of the service I asked them to identify the main stages of their cooperation with the service.

1 Kozma and his colleagues differentiated in the service repertoire 7 activities, which include those required by the law. While they understood the content of personal help in a broad sense, I differentiated each activity step by step: the personal meeting with the client, or the consultations with expert colleagues, based on their content. I used this systematic data collection that seems a bit rigid so that my subjective opinion could be excluded as much as possible.

2 In the chapter that describes social work procedures (IV.2), I separated the so called auxiliary activities as well.

III. 3. Results

The majority of the experts in the survey were women (88.4%), almost half of them were between the age of 26-35 and usually they had been working in the social sector for at least six years. Their highest qualification is college (BA) but 10% of them had a university degree (MA).

I managed to complete one of the main objectives of the survey, namely the systematic exploration of the procedures employed in the direct practice of social case work. The table below contains the activities documented in the case reports, according to the organization that I developed.

Types of procedures	All occurrences (no.)
Consultation procedures	3837
Case management type of procedures	2996
Procedures of crisis intervention	92
Procedures aimed at the professional	90
All procedures in the case work documented in the 209 case reports	7015

Table 1: Procedures employed in the process of the casework as documented in the case reports

During the analyses I examined the nature of each procedure group. I found that the activities in the consultation group often have aims and purposes that exclude each other. For example, the family visit or the living conditions report in this group is often used as a tool of inspection and control³, and the non – directive consultation is used by the colleagues to explore the client’s inner capacity and to support them.

It has also become clear during the analyses that the activities put in the group of *case management* should be *divided at least into two subgroups*: the activities of *minimal involvement, so-called bureaucratic social work* (cf. Dunér – Nordström, 2006 p. 427);⁴ and the *activities that help to carry on with the daily routine* (cf. Szabó, 2003 p. 116) or the *educative, supportive activities*.

The following table shows the connections among some procedures in case management.

	Factor	
	1	2
Administration	-,015	,872
Information	,111	,628
Indirect representation	,056	,628
Negotiating between client and institution in case of discrimination	,999	,000
Helping informative support system with the tools of case management	,706	-,032

Table 2: Independent occurrences of bureaucratic social work in social case work practice

The three procedures in the second column having a relatively higher factor require greater attention in the view of my further analyses: administration (this equals with filling out request forms for benefits), information (brief time spent with providing information) and indirect representation (usually a letter

³ I have found slight correlation between the client’s Gypsy origin and the frequency of using living conditions report.

⁴ Szabó writes about the technician’s level (Szabó, 2003 p. 115)

written to utility companies). The reason for the appearance of these activities in one factor is the short period of time needed, and both the client’s and the expert’s slight involvement. On this basis, I consider these activities *the manifestation of bureaucratic social work*. I believe, the procedures explored in this study systematically and the factors shown above serve as an evidence for the fact that bureaucratic social work is an existing phenomenon in the practice of case work.

Following the analysis of the procedures, I also examined what might convey the decisions made by the experts in the view of the used procedures. I believed that not only the perceived social problem but also the experts’ opinion about the recipients might have an effect: whether the experts judge them as deserving for the active participation in – as they called it – “a higher level” procedure.

Among the social problems recorded in the case reports by the experts, there were an extremely high number of problems⁵ with the Roma clients which would have required, on the basis of professional consideration, activities of the consultation group, namely proper consultation and helping discussion.

However, the correlation analysis of the client’s ethnic background and the applied procedures showed a positive connection only in the case of activities classified as case management. In my record, I marked the probably Roma recipient with a number 1 and a non-Roma client with number 2. I indicated the procedures consistently with the whole quantity applied in the process of the given case work.

	Gypsy	Administration	Information	Indirect representation
Gypsy Pearson Correlation	1	-,143*	-,138*	-,143*
Sig. (2-tailed)		,040	,048	,039
N	209	208	207	209
Administration Pearson Correlation	-,143*	1	,546**	,548**
Sig. (2-tailed)	,040		,000	,000
N	208	208	206	208
Information Pearson Correlation	-,138*	,546**	1	,397**
Sig. (2-tailed)	,048	,000		,000
N	207	206	207	207
Indirect representation Pearson Correlation	-,143*	,548**	,397**	1
Sig. (2-tailed)	,039	,000	,000	
N	209	208	207	209

Table 3: The correlation between the factor of the bureaucratic social work and the client’s ethnic background

My hypothesis has been confirmed. In the examined types of services, in the area of Csongrád County, a qualitatively *different support is provided on the basis of the clients’ / recipients’ ethnic background* in the frame of social case work: the non-Roma clients received support that required significant methodological preparedness, the experts believed, in a greater frequency, while *the Roma clients received services with reduced content and shorter time*.

III. 4. Discussion

In the past decade there have been several attempts to explore systematically the possibilities of the social care system in the reduction of disaffiliation or, as another research group formulated it, in helping

5 „Problems with the child’s education” and „Violence in the family” should be mentioned here. Their frequency was recorded as 47.4% and 26.6% respectively among the Roma families surveyed by the experts who dealt with the cases. (The occurrence of these types of problems among the non-Roma was 36.2% and 16.4% respectively.)

the destitute families.⁶ These surveys usually aim at small regions with multiple disadvantages (see e. g. Baráth et al., 2004; or Kozma et al., 2004; 2010). Sometimes we can see the listing of the used activities (e. g. the description of the Service repertoire, Kozma et al., 2010 pp. 90-99),⁷ while others (Baráth et al., 2004, pp. 63-64) differentiate approaches⁸ and philosophies. Our survey covered all the areas within a definite administrative boundary and all the towns that belong to them. However, I examined neither the allowances in kind nor cash allowances, although those who are recipients at a family support agency will naturally receive some kind of cash allowance. I focused on the procedures of social case work in the scope of personal care, and I tried to collect and methodize them. I made an effort to give the possibly most comprehensive picture of the practise of the practice of social case work.

On the basis of the correlation explored here, the helping experts tend to provide help in a short time frame and with reduced content when dealing with Roma clients, even in case of the perceived interpersonal social problems. I raise four issues as possible explanations.

III. 4. 1. Peripatetic strategy

The peripatetic strategy that appears in the Roma culture does not favour helping relationships that require more intensive involvement. I presume the Roma families view the welfare services provided by the non-Roma society as a potential environmental resource. Had they involved the Gadje (non-Roma) environment in their intimate family conflicts, they would harm their Roma identity and community rules.

III. 4. 2. The omnipotence of stereotypes

The contents of the well established, legitimated myths that pervade every field of our social life will influence the judgement of the professionals just like anybody else in the society. The content of the easily recallable schematic descriptions of the Roma has a lot of association with the content of the well-integrated scheme also known in the helping professions, namely the picture of the “client with lifestyle difficulties”. The judgement that develops this way empowers the helper to neglect the client’s competency, so that the professional with their expertise can gain an exclusive right to decide in the issues of the client’s life. This cognitive structure that develops in this dual stereotyping process will become stronger and stronger because of the cumulative failures. Based on the research results, it can be stated about the most frequently used activities with the Roma clients that they hardly include those possibilities that would create a professional relationship between the expert and the client which would result in time and motivation to get to know each other and to override the stereotypes.⁹

III. 4. 3. Power as the agent that arranges helping relationships

The compulsory cooperation that characterises most cases¹⁰ ensures the control over the outcome of the relationship for the expert who provides service. Possessing control might satisfy the expert’s need to feel safe. “However, helpfulness is to an extent related to the individual differences in dominance, self-effectiveness, confidence and competency. The motive for giving help in these cases is connected to the social basic motive of control and not to altruism and trust.” (Fiske, 2006, p. 449). The results explored by the survey suggest that the expert’s comfort and their pursuit to be safe are served by the asymmetric interpersonal situations but these situations do not provide opportunities for the client to work out long term solutions for their social problems.

⁶ I would not refer to the several surveys on the role of cash allowances here. In general, the research of the system of aid could also be mentioned, (just a few examples: Ferge, 1995; 1996; Szalai, 2007), and analysis of the effects of the so-called complex programs has also been published already (e. g. on the “Sure Start” program for the correction of social disadvantages deriving from child poverty; see Surányi, 2010). My research focuses on the content of the personal support given in the frame of case work, and regulated by the law.

⁷ Kozma and his colleagues write about helping philosophies but they rather link these to an area. Work cited pp. 99-100

⁸ An international comparative survey may be mentioned in the range of philosophies – among others – a research on child protection, in which Williams and his colleagues assessed the attitudes towards clients (Williams et al., 2002).

⁹ About the role of time and motivation, see Fiske et al. 2006

¹⁰ The two thirds of both Roma and non-Roma clients are connected to the examined institutions on the basis of legal obligation.

III. 4. 4. *Soft racism*

The experts' choices of values are defined by two basically antagonistic cultures: the oppressive culture of the majority and the social workers' idea of the pursuit of social equality. In order to solve the cognitive dissonance that arises here, some helpers seem to choose soft racism.

Here, on the level of personal helping relationship, mutually reinforcing processes appear: *the experts giving in to the schematic stereotyped judgements are afraid of using practices that make it possible to get to know each other personally, and the distanced, relatively impersonal forms of cooperation and the controlled outcomes, when facing individual experiences, reinforce the oppressive ideologies.* The procedures explored here "enhance" the maintenance of the power position; probably strengthen the mutually negative stereotypes and exclude the realization of the aims of social work when the client is deprived of personal attention.

IV. The description of the integrative model that I developed

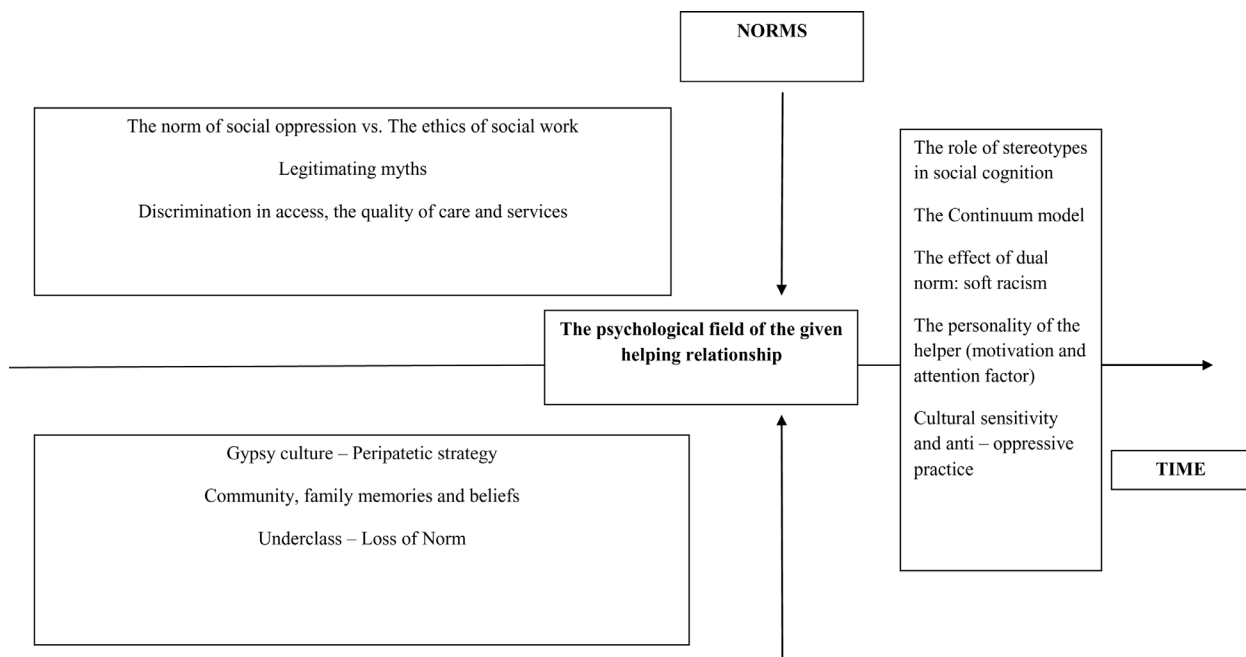
The theoretical-practical model depicts in a graphic way the psychological field in which the Gypsy client and the Hungarian professional meet and which is influenced by many social-historical factors. The psychological field is situated in the intersection of two axes: the vertical axis represents culture, norms and expectations; the horizontal axis represents time. The method of the graphic depiction conveys a basic philosophy: the majority-minority interests that conflict along the vertical axis demonstrate the collision of the group interests having opposite directions. (Hunyady, 2005. p.7).

The model wishes to emphasize cooperation even with the integration of opposite approaches but I believe the recognition and understanding of the existing, severe social problems are very important. The negative-charged movement of the two diverging cultures and the two conflicting groups represent the oppressive force of the majority and the Gypsy's wish to separate. (Cf. Piasere, 1997; Prónai, 1995; Stewart, 1993; Törzsök, 2002). The vertical axis is the axis of the socially accepted culture. Regarding from the horizontal axis, the upper region correspond to the expectations and norms of the majority culture, while the lower region symbolize the minority culture. My conviction appears in this graphic design, namely that the culture of the Hungarian Gypsy is not an recognized culture (Szalai, 2005; Zsigó 2005), the attitude towards it is defined basically by a uni-linear, civilizing approach. (Dupcsik, 2005) In this model, the relation of the majority-minority is defined by the oppressive will of the majority and the associated arbitrary group forming. Social oppression is realized on several levels: social, institutional, and interpersonal (Dominelli, 2010) and by several agents. The situation of the oppressed groups is defined by the continuously regenerating legitimating myths, the institutional restriction of access to equal opportunities, or some social interplays, for example the "welfare lockup". (Szalai, 2005).

On the one hand, I accept and use the systematic approach (Jost, 2003), I know the self-debilitating behaviour of the oppressed groups (Ferge, 2005; Jost, 2003; Kozma et al., 2010; Ladányi – Szelényi, 2009; Sidanius – Pratto, 2005), still, I wish to emphasize the responsibility of those who have the power. And I accept that there is a definite political - moral conviction behind it.

The movement on the horizontal axis projects the possibility of change. But change – opposite to the progress of time – is not inevitable. The model, as it progresses unavoidably on the time axis, shows the expert's possibilities to build relationships and to intervene; relying heavily on the rules of cognitive processes, which is known from the literature of social cognition. (Bargh, 2006; Brewer, 1999; Devine, 1999; Fiske, S. - Neuberg, 1999; 2006; Hamilton – Gifford, 1999.). I describe that the process becomes predictable along which factors, in which the diverging, socially and culturally embedded, often recalled stereotypes and conflicting schemes might break. The model relying on the double model of impression-formation process (Fiske – Neuberg, 1999) emphasizes the factors of time and motivation. In both aspects, it raises expectations of the helper, which is adequate to concerning thesis of social work and psychotherapy. I believe, with due time spent on it, with motivation to effective help and professional results, adequate professional cooperation can be reached even in social environment that is laden with severe conflicts.

IV.1. The integrative model



IV. 2. The social and cultural level of oppression

The non-Roma helper has to know and I believe acknowledge the mechanism of the discrimination and oppression against the Roma communities and individuals that they receive on social, institutional and interpersonal levels. The oppression on the social level is conveyed by the following agents:

Labor-market: If the Roma may have the chance to share the goods offered by the world of work, they can usually do it only temporarily,¹¹ in blue collar jobs (see: Babusik, 2008 p. 69), or only by getting into the secondary labor market, making their vulnerability from the ruling social group increase.

Education: We must mention, besides the classic threefold segregation (regional, town and in the education system), the simplest form of institutional segregation: removing them from the institution, which can trigger quite different rules. The natural consequence of this act is negating the norms of the school system. The systematic oppression in the education system is supported by the interpersonal discrimination. The negative attitude from the teachers, which has been proven¹² several times, is so massive (Havas, 2009 p. 4) that it makes the students' successful school career impossible from the beginning.

Housing: "While the social groups of high status can practically be concentrated in any way and in any parts of the city they wish, the groups of low status get segregated in a way and to a place where it is allowed to them." (Ladányi – Szelényi, 209, p. 66)

Health care: Several surveys verified the negative attitude towards the Gypsy population, who have a significantly worse health status¹³ than the majority population (Statement of the Ministry of Health 2001, quoted by Szabóné, 2008 p. 423; Babusik, 2004 p. 68; Gyukits 2000 p. 477; Neményi 2005 p. 166).

Justice: The disproportion of imprisonment is characteristic of several cultures and countries.... the oppressed groups are extremely overrepresented in the criminal system." (Sidanius – Pratto, 2005 p. 305). The Hungarian literature¹⁴ which deals with it mainly mentions offending behavior and negligence committed by the police.

11 Kertesi (2005, p.67) also emphasizes the temporality of employment.

12 See e.g. Radó 1997 1998; ECRI, 2000. p. 13; Szabó – Horváth, 2002. p.95; p.96; vagy Forray – Hegedüs, 1998 p. 119.

13 E. g. Fónai et al. 2006 p. 100, p. 133

14 See e. g. Loss 1998, pp. 117-118

Politics: The political power before 1990 tried to make the life of Gypsy cultural organizations¹⁵ impossible in different forms, and today we can note the systematic attacks against the politically competent initiatives. Zsigó (2005 p. 15, 18) or Romano Rácz (2008 pp. 96-97; 109) mention several examples of making the life of civilian Gypsy organizations impossible or of the divisive activity of the power. It seems the social majority is not interested in the acknowledgement of competent Gypsy elite.

Oppression is reinforced at the **cultural level**, too, in the content of the social conscience – justifying the decisions of the economic – political elite and the oppressive mechanisms.

The attitudes towards the Roma seem to show no complexity at all, that is the associated contents of consciousness are linked to each other intensively and in multiple ways. In Hungary, the stereotyped contents concerning the Gypsy are deeply embedded and less complex and it is likely that they are connected in several dimensions to the stereotypes towards the unemployed, those living from benefits, and the recipients of the welfare system.

The so-called legitimating myths may involve the following themes:

The **myth of dirtiness** plays a central part in the social constructions that describe the Roma and usually convey only negative contents. I presume this idea might be situated in the center of the attitude towards the Roma – defining every motion of the attitudes towards them.

The issue of morality is closely connected to cleanliness. The presumption of moral laxity can be marked in the areas of stealing, **“Gypsy crime”**, the moral laxity of women, and cheating (cf. Stewart 1993 p. 57). Bernáth – Messing reported negative, one-dimensional appearance of the Gypsy in the electronic and printed media, according to their research summary the biased programs of the commercial channels are not accidental (same authors, 2000 p. 25). The Green Book that describes how the Roma appear in the media emphasizes the motive of stigmatization, too, that the Roma are associated to crime, that they appear in conflicts or that they are presented as passive sufferers of an event. (Green Book, 2007 p. 35)

Similar to the issue of dirtiness/cleanliness, the **issue of laziness** vs. diligence has a central place. However, cleanliness (=honesty) seems to be universal, or at least it is used to describe the differences between groups in several cultures, the attitude to work certainly shows significant differences.¹⁶ In this dimension, two closely connected themes appear: “the Gypsies don’t work, they are lazy people”¹⁷; “the Gypsy live on benefits” and “the state supports them” and also “the Gypsy give birth to children so that they can live on them”.

Political competence, impotence: Several themes can comprise in this dimension. I believe the following can be included here: political impotence, the picture of lacking a common culture, the lack of literacy, and as an explanation to all this: the myth of special state benefits.¹⁸ We know it from Fiske (Fiske et al. b 2006) that the presumption of political competence is closely connected to whether the ruling elite considers an oppressed group competitive. In fact, it seems that if we examined it, we could find positive stereotypes only here: because the presumed political impotence is favorable for the leaders of the existing order because incompetent people cannot threaten their position.

15 See e. g.: „... the question of the Gypsy folklore is very complicated; its use can only bring positive results after a careful assessment and criticism.” (Mezey, 1986 p. 290) Further: “We cannot support the efforts of some Gypsy intellectuals and experts to establish a Gypsy Association, to start a Gypsy newspaper, or to open a Gypsy theatre in Budapest (same place p.261). The Cultural Association of the Gypsy was quickly dissolved, according to the official justification because they did not find it suitable to “take a significant part in the reeducation of the Gypsy population” (Decision of the Political Committee of the Hungarian Social Workers Party, 20 June 1961 in: Mezey 1986 p 204). The real cause of the dissolution might have been that they published data on the discrimination against the Gypsy (Stewart, 1993 p.6). Oral information from Ágnes Daróczi revealed that Roma were not allowed to join the later established association.

16 It is worth mentioning Csoba’s paper, in which he states – referring to European communication – that (sometimes obligatory) access to social benefits during which the unemployed has to prove continuously that they are willing to work and their inability to find a job is the manifestation of new paternalism (2009 p.9) and mainly serves the interest of the political elite rather than the equal access to work (p. 16).

17 The vision of lazy Gypsy children can be mentioned here. The legitimating myth “the Gypsies are not interested in schools” is disproved by - among others – Kende, based on the literature (Kende 2001 p. 69)

18 I add that the “special state benefits” and the “strategic child” are connected to each other in a multiple way. Just like in the cluster of the myths I described here, the system can only be suspected because no research supports it. But one thing is sure: unanimous rejection.

The role of system justification in the reproduction of oppression

The culture of the Gypsy raises the appearance of system justification by itself or its tactile lack. As it is known, the motive of system justification in the case of the oppressed groups was demonstrated by Jost. He defines the attempt or need to system justification as a collaborative ideological and psychological process “*where the existing structures of inequality is accepted, justified and rationalized by almost all the members of the society, even those who are affected in the least favorable way.*” (Jost, 2003 p. 419).

In this issue, the conveyer may not be only the known low social status which is generally true for most of the Roma but also **the peripatetic feature** that defines the relation of the Roma to the outside world. This feature demonstrates not only the strength of the minority group identity (cf. Jost - Burgess 2003 p. 142) but also the isolation behavior connected to this strategy itself may be determinative. And in this, the nature of the dynamically changing adaptive reactions will become dominant. (Cf. Pálos 2010).

IV. 3. Cooperation in the frame of the social case work - The possibilities of dissolving the oppressive ideologies in the integrative model

I explain my suggestions on the changing of social case work in the mirror of the problem solving model created by Compton – Galaway. The model¹⁹ describes social work as a series of three overlapping phases built on each other spirally. Each phase has its special “duty”, the completion of which is the prerequisite of stepping on the next phase. In my integrative model here, I explain the duties described by Compton – Galaway and then I associate procedures to each phase marking the special aspects in connection with the Roma clients. On the basis of the values of anti-oppression practice, I reflect on the political messages of each activity.

Among the three phases of the cooperation – establishing relationship, making contract, and phase of action - I believe the **first phase** has an outstanding significance. In this phase after establishing the relationship, our further task is the preliminary definition of the problem, the preliminary definition of the aim and the assessment.

The completion of all these tasks depends greatly on the deviance that made the procedure necessary, especially in the case of obligatory clients.

The **deviance-oriented description** made by the authority defines fundamentally the opinion of the actors of the process of each other. Obeying the principle of first impression (cf. Hamilton – Sherman, 1999 p. 103), the expert will base their judgment on the picture of a person who breaks the norms of a community, while the clients will look at them as representative of a person having control and authority over them.

The **category-based perception** (cf. Fiske – Neuberg 1999 p. 169) is reinforced by belonging to the Gypsy group, making it completely impossible to build up attention to the individual features of the client, that is, to understand the problem and the aim as unique. According to Fiske – Neuberg, the process of judgment will be influenced by the attention towards the individual, the interpretation, and the motivation that is created in the frame of the dependency relationship. All these are “defined basically by relevance of the target person” (Fiske et al. 2006b p. 185): the observer when developing an opinion on and attitude towards a person important for them will rather attempt to use individual features than putting them into categories. However we cannot presume that a cooperation that is obligatory for the expert as well would serve as a good basis for the helpers’ motivation to understand the client.

As for the **norms**, the helper faces a dual expectation: the expectation of the institutional setting of the majority and the local community and the professional norms. If the expert does not adapt to the norms of the community and supports the “idle” Roma who “live on the benefits” for example in a local conflict, they can easily lose their job. (Cf. Fiske et al. 2006b p. 208 on the local norms)

However, on the other hand, the helpers’ identity is defined to a certain extent by their professional socialization. During their theoretical training, they learn about social responsibility, understanding the underprivileged, which appears as valuable behavior worth following. In this frame, rejection or using negative stereotyping is not desirable. The professional who would like to be a good expert may turn to the use of the tools of soft racism (Fiske 2006), driven by the **motive of self-exaggeration**, thus they refrain from open stereotyping but their behavior is still defined by social categories and the associated contents based on consensus.

So the category-based judgment is supported by several factors of disposition as well, besides the given helpers’ characteristic qualities.

19 See the description in Compton – Galway, 1984 pp. 323-324 or in Hegyesi Talyigás 1995, pp. 154-155

Essential procedures in the process of casework

Non – directive consultation: In my analyses, the non-direct tool is used so that the social and cultural oppression does not regenerate in our starting interpersonal relationship. Handing over the control over the conversation expresses my conviction that we definitely acknowledge the client's competence in their life, which is one of the most unambiguous tools of empowerment.²⁰ In this sense, the helping conversation does not correspond with the definition by Rogers. Because our aim is not to develop the clients' self-knowledge but it is more important that the client having relatively more control can feel safe in the relationship with us. So our major aim is to provide the Gypsy families an experience that makes them possible to feel that their interaction with a representative of the majority group of the society is based on cooperative partnership and not on the oppressive will of the majority. Discussing the concrete social problem and putting aside temporarily the deviance focused themes defined by the authority makes it possible that the client appears with their stories as a member of the society with full rights. So not only the traditional aim but also the content of the helping conversation changes. In the first meetings, the Roma client will probably or rather surely not deal with their intra-psychological events, and the conversation could not be turned to this direction in a direct way either. "The important thing is that we could be together and we are connected when they feel it is necessary." (Piasere, 1998 p. 38) This way, the helping expert enters the life of the Roma in their very important scene of togetherness, which is a feature of their lives as Gypsies that survives everything.

Family visit is also a possibility to negate the legitimating myths on an interpersonal level: as polite guests (cf. Berg 1995 p. 26) we have the opportunity to express that we do not share for example the myth of dirtiness.

Purchase can also play a significant role in the cooperation with the Roma families. *However we have to differentiate between two attitudes: giving out clothes and food packets in a routine way keeping the Roma families in a relief dependent state, or supporting them with items necessary to survive.* In my experience, these needs need to be answered in the first phase of the relationship, often when meeting for the first time, but at the same time the helper cannot reduce their helping activities to these procedures. *I believe, the relationship that is restricted to the asymmetric content of purchase serves as a reinforcement of the existing power relations.* Keeping the Roma in a one-sided recipient role is a function of the system but it is sharply opposite to the aims of social work. Those families that connect to the family welfare service of the town only in this way contribute wittingly or unwittingly to proving the negative stereotypes against them and legitimizing the myths that keep them in an inferior state.

V. The features of the research concept and the integrative model that I developed

My research would need some additions and development at some points. Although I developed five methods of data collection, in fact I used the data gained with three methods when proving the hypothesis.

At the same time I believe **my research is innovative** in some methods and in exploring some connections. The purpose of my research was to explore the content of direct case work in the identified institutions. Rather than using the traditional ways of collecting data, e. g. making interviews with the helping experts, I mainly relied on the records found in the case reports compiled by the experts. I considered it an important aspect that I should not assess and judge the activities that really happen but rather I should explore the "objective" reality as well as it can be understood. *The explored procedures, the proportion they are used, the connections among them have, by themselves, brought new aspects into the examination of the practice of the profession.* It has become obvious that significant proportions of the clients who cooperate with family care centers are connected to the institution as a legal obligation. The procedures under case management have taken definite shape, and it has become apparent that bureaucratic social work is present in the practice of case work. It has been revealed that *the social experts usually help the Roma clients within bureaucratic limits.*

A **further possible research topic** may be the more exact exploration of the nature of consultation type procedures. Another field to examine, I consider, is the definition of the so-called care type of activities within the group of case management type of activities. It has become visible that these activities are not limited to meeting physical needs but a kind of emotional support is associated with it to a great extent. Also, within the great group of case management type of activities, the nature of coordinating procedures would be worth examining more closely.

20 About the significance of empowerment with obliged clients see e. g. Pataki et al. 2009 p. 255

In order to understand the obstacles of the cooperation with Roma clients, it would be necessary to explore the above described soft racism and the motivations associated to the helping profession. Although a lot of research results are known about the content of the stereotypes concerning the Roma (see: Fábíán – Sik 1996; Bernát 2010; about professionals: Babusik 2004), further research would be needed to assess its content among active social workers with special regard to the issue of attribution of responsibility.

I believe **the integrative model that I developed** has the main novelty in the practicability of professional values. By focusing on the intensive and reflective attention to the clients, you distance yourself from the deviance-oriented approach traditionally associated with the obligatory status and the Roma people, and human dignity and the respect to uniqueness will be emphasized.

The process of impression formation appears in my model as a frame of interpretation, making it possible for the helpers to attempt to override the embedded stereotypes and to establish an efficient cooperation.

HALLGATÓI OLDAL

Egyensúlyi és funkcionális paraméterek degeneratív és gyulladáshoz kapcsolódó kórképekben

Farkas Dalma - Szerencsés Ferenc

SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
gyógytornász szakirányos hallgatók

Bevezetés: A tanulmány célja a csípőízületi arthrosisban és arthritisben szenvedő betegek funkcionális állapotának és poszturális kontroll stratégiáinak összehasonlítása.

Anyagok és módszerek: Vizsgálatunkban 10 primer coxarthrosisban szenvedő beteg, 10 coxitisben szenvedő beteg és 10 kontroll személy vett részt. A csoportosítás alapját a Harris Hip Score (HHS) képezte. Standardizált fizikális és funkcionális vizsgálatokat követően (HHS, Western Ontario and McMaster Osteoarthritis Index (WOMAC index), Timed Up and Go (TUG) teszt), a statikus egyensúlyt (a testtömeg-középpont (TTK) kitérését) erőmérő platform (Stabilometer ZWE-PII) segítségével mértük fel, stabil felszínen és szivacsra állva, nyitott és csukott szemmel. Az adatokat a Statistica 9 program segítségével, varianciaanalízissel értékeltük ki, továbbá korrelációs számítást végeztünk. A statisztikai szignifikancia küszöbét $p < 0,05$ értéknél határoztuk meg.

Eredmények: A HHS pontértékei szerint mindkét betegcsoportot a gyenge funkcionális állapotú kategóriába soroltuk. A TUG teszt során az arthrosisos és arthritises betegeknek is szignifikánsan több időre volt szüksége a gyakorlat teljesítéséhez a kontroll csoportéhoz képest. A WOMAC index aktivitásra vonatkozó része és a vizuális analóg skálán mért fájdalomérzet között pozitív korreláció áll fenn, az eredmény szignifikáns. Stabil alapon, csukott szemmel az arthrosisos csoportnak antero-posterior irányban szignifikánsan nagyobb volt a kilengése a kontroll csoportéhoz képest. Instabil felszínen azonban, csukott szemmel vizsgálva, az arthritises betegek esetében nőtt meg szignifikánsan a lengési út antero-posterior és medio-lateralis irányban is, mind a kontroll, mind az arthrosisos csoportéhoz viszonyítva.

Következtetés: A mindennapi aktivitás csökkenése szoros összefüggésben áll a fájdalommal, mind az arthritises, mind az arthrosisos betegek esetében. Arthritisben az ízületi tok elsődleges érintettsége az ízületen belüli és ízület körüli alkotórészek kiterjedt léziójához vezethet. Ezért a tartós gyulladás következtében kialakult szenzomotoros deficit okozhatja a TTK fokozott kilengését instabil alapon. Az eredmények felhívják a figyelmet a dinamikus proprioceptív tréning fontosságára, különösen csípőízületi arthritisben.

Bevezetés

A csípőízület gyulladáshoz kapcsolódó és degeneratív alapú elváltozásai nagy csoportját teszik ki a mozgásszervi betegségeknek. Az ízületi porc degenerációja, destrukciója átalakítja az ízület anatómiai szerkezetét, biomechanikáját, az ízfelszínek egyre közelebb kerülnek, emiatt egyre nagyobb lesz a fájdalom. A fájdalom az ízületi mozgástartomány beszűküléséhez, contracturák és deformitások kialakulásához vezet. A deformitások következtében megváltozik a betegek járásképe, csoszogóvá, apró léptűvé, aszimmetrikussá válik.

Irodalmi áttekintés

A tartós gyulladás károsítja az ízületi tokot, szalagrendszert, így szenzomotoros deficit alakul ki, mely a megváltozott testtömeg-középpont kilengésekben mutatkozik meg (Talis és mtsai, 2008). Számos tanulmány vizsgálta az arthritises betegek testtömeg-középpont kilengését. A mérésekből megtudtuk, hogy csökken a testtömeg-középpont kitérés medio-lateralis irányban, – amelyet az egyensúly-kezelés folyamatában jelentős m. gluteus medius kontroll funkciójának csökkenésével hoztak összefüggésbe. Antero-posterior irányban pedig fokozott testtömeg-középpont kilengést tapasztaltak, – utalva a bokaízületi stratégiák fokozott megjelenésére (Ekdahl, 1992; Mengshoel és mtsai,

2000; *Lugade* és *mtsai*, 2008; *Rome* és *mtsai*, 2009).

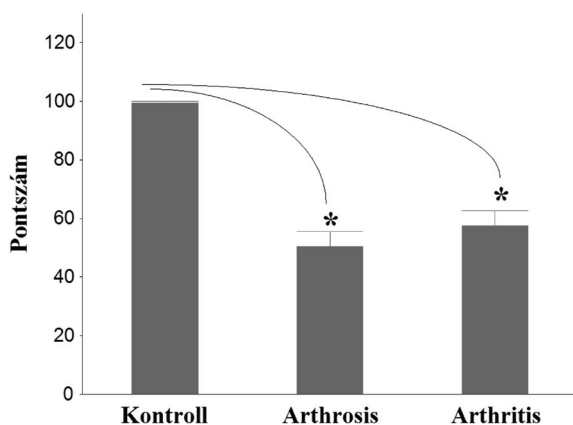
Más tanulmányok szerint csípőízületi arthrosisban nincs eltérés az egyensúlyban, inkább a térd, boka érintettsége okozott egyensúly problémákat. Változásokat a posturalis kontrollban inkább a totál endoprotézis (TEP) beültetés után, medio-lateralis irányban tapasztaltak (*Arakoski* és *mtsai*, 2006; *Missaoui* és *mtsai*, 2008; *Rougier* és *mtsai*, 2008).

Cél

Célunk volt, hogy pontos képet kapjunk a csípőízületi arthritisen szenvedő betegek poszturalis kontrolljáról. Valamint a csípőízületi arthrosisos és arthritises betegek funkcionális állapotának és – teljesítményének összehasonlítása, illetve egyensúlyi jellemzőinek és poszturalis kontroll stratégiáinak feltérképezése. Feltételeztük, hogy, jelentős eltérések lesznek a funkcionális teljesítőképességben a két betegcsoport esetében az egészséges kontroll személyekhez képest. Valamint arthritises betegek esetében a degeneratív és kontroll csoporthoz viszonyítva nagyobb lesz a TTK kilengés.

Anyag és módszer

Vizsgálatunkban 10 fő primer coxarthrosisban (életkor: $50,5 \pm 5,66$) szenvedő beteg, 10 fő coxitisos beteg (életkor: $63,3 \pm 7,91$) (5 fő rheumatoid arthritis (RA), 5 fő spondylitis ankylopetica (SPA) diagnózissal), valamint 10 fő, diagnosztizált mozgásszervi kórképpel, és csípőízületi, illetve alsó végtagi panaszokkal nem rendelkező kontroll személy (életkor: $51,2 \pm 14,06$) vett részt.



1. ábra: Harris Hip Score pontértékek alakulása a két betegcsoportban

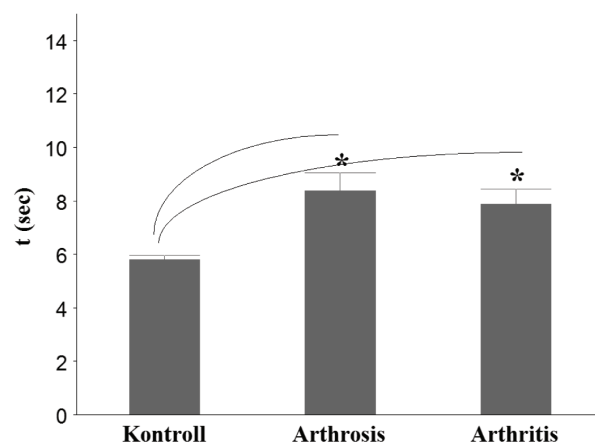
Mivel a coxarthrosis / arthritis az életkori megoszlás tekintetében eltérő kórképek, így összehasonlításunk alapját a Harris Hip Score képezte. Az általános antropometriai adatok mellett a funkcionális állapot felmérésére a HHS, WOMAC indexet használtuk. A dinamikus egyensúly tesztek közül a TUG tesztet végeztük el, továbbá vizsgáltuk még a Trendelenburg tünetet.

A statikus egyensúlyvizsgálatokat erőmérő platformon végeztük, sima felszínen és szivacson, nyitott és csukott szemmel.

Az adatfeldolgozáshoz a Statistica 9.0 szoftvert használtuk. A statisztikai szignifikancia küszöbét $p < 0,05$ értéknél határoztuk meg.

Eredmények

Az összehasonlítás alapjául szolgáló Harris Hip Score pontértékei alapján mindkét betegcsoport a gyenge funkcionális állapotú kategóriába sorolható. A kontroll csoporthoz képest az eltérés szignifikáns. (1.ábra)

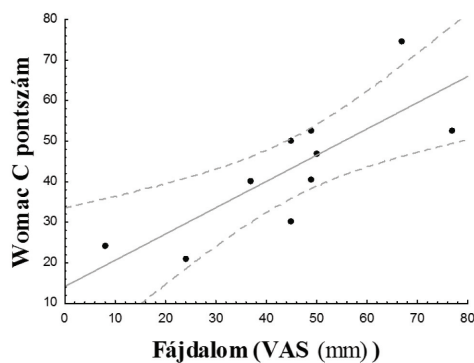


2. ábra: Timed Up & Go teszt alakulása a két betegcsoportban

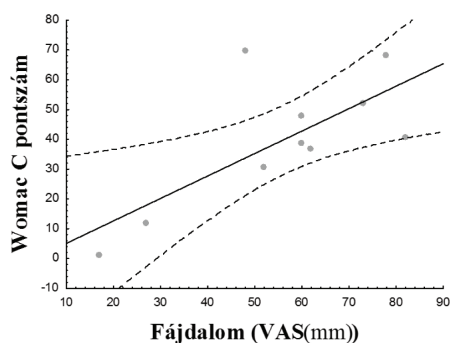
A Timed Up & Go teszt során mindkét betegcsoport szignifikáns ($p < 0,05$) különbséget mutat a kontroll csoporthoz képest. Az arthrosisos és az arthritises csoportok hosszabb idő alatt teljesítették a feladatot, mint a kontroll csoport. (2.ábra)

A következő ábrákon a fájdalomérzet és a WOMAC index aktivitásra, mindennapi tevékenységre vonatkozó részei között kerestük az összefüggést. Az arthrosisos (korrelációs együttható $r = 0,72$) és az arthritises (korrelációs együttható $r = 0,80$) csoportok esetében is pozitív korrelációt kaptunk. Az eredmény szignifikáns ($p < 0,05$). (3-4. ábra)

A diagramok a lengési utat ábrázolják antero-posterior és medio-lateralis irányban, stabil felszínen.



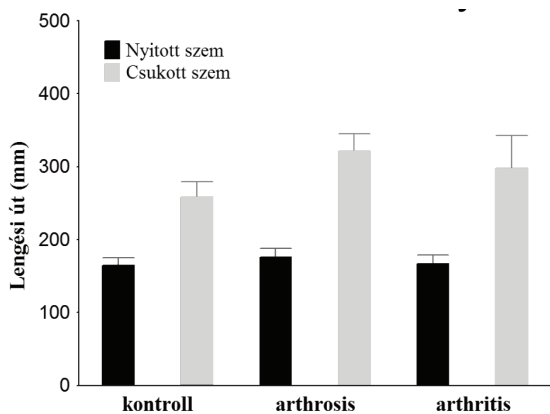
3. ábra: Korreláció a fájdalomérzet és WOMAC index között arthritises betegekben



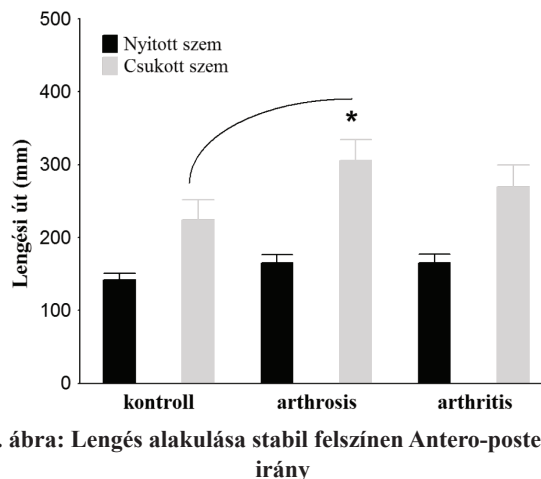
4. ábra: Korreláció a fájdalomérzet és WOMAC index között arthrosisos betegekben

Látható, hogy az arthrosisos csoportnak mindkét irányban nagymértékben megnőtt a kilengése csukott szemmel a másik két csoporthoz képest. Antero-posterior irányban az eltérés a kontroll csoporthoz képest szignifikáns ($p < 0.05$). (5-6. ábra)

Ezzel szemben instabil felszínen állva csukott szemmel a gyulladós csoport esetében nőtt meg a lengési út szignifikánsan ($p < 0.05$) a másik két csoporthoz képest antero-posterior és medio-lateralis irányban is. (7-8. ábra)

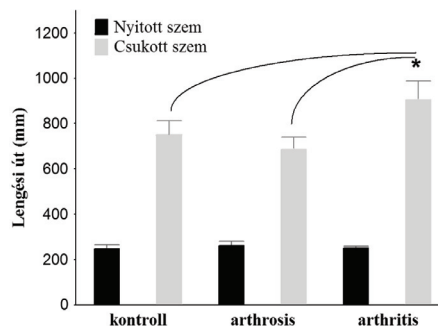


5. ábra: Lengés alakulása stabil felszínen medio-lateralis irány

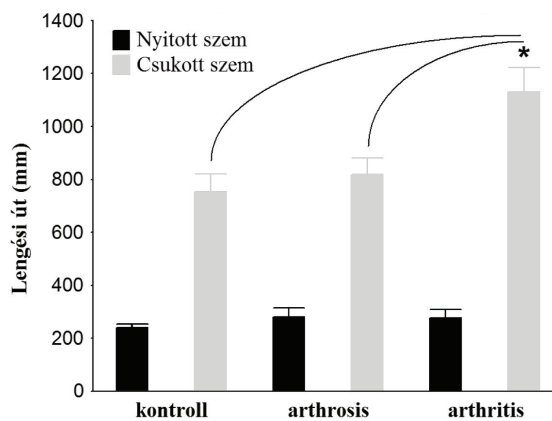


6. ábra: Lengés alakulása stabil felszínen Antero-posterior irány

A teljes lengés a gyulladós csoport esetén a legnagyobb. Ugyanez az eredmény volt megfigyelhető a különböző felületek, illetve a nyitott és csukott szem esetében is. (9. ábra)

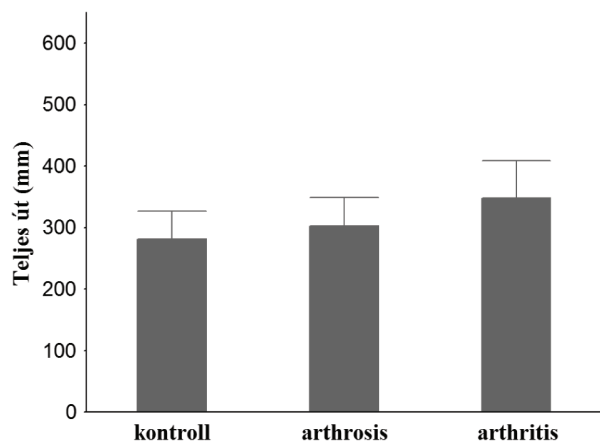


7. ábra: Lengés alakulása instabil felszínen Medio-lateralis irány



8. ábra: Lengés alakulása instabil felszínen Antero-posterior irány

A gyulladós csoport esetében kerestük az összefüggést a VAS-n mért szubjektív fájdalomérzet és a teljes lengés között. Instabil felszínen állva, csukott szemmel negatív korrelációt kaptunk az arthritises betegcsoportnál. Nincs jelentős összefüggés a fájdalom és a lengés között. (10. ábra)

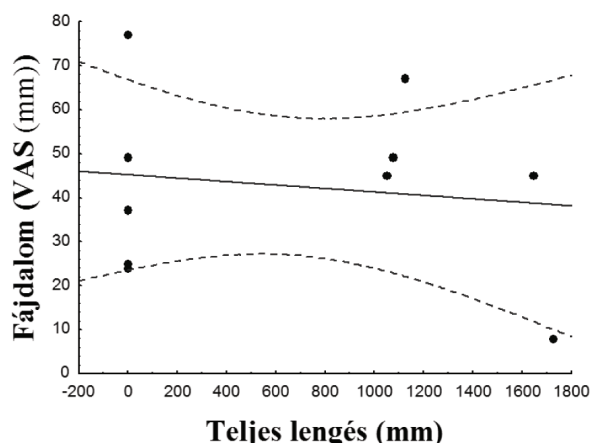


9. ábra: Lengés mértékének alakulása a betegcsoportokban

Megbeszélés

Az eredmények alapján elmondhatjuk, hogy korábbi vizsgálatokkal megegyezően, a degeneratív, illetve gyulladásos kórképek során fellépő fájdalom következtében kialakult mozgásterjedelem csökkenések, deformitások, contracturák súlyosan károsították a betegek mindennapi funkcióját, életminőségét. A mindennapi aktivitás csökkenése szoros összefüggésben áll a fájdalommal.

Stabil alapon az arthrosisos csoport esetében jelentősen megnőtt a lengési út csukott szemmel. Ez az eredmény adódhat életkori sajátosságok-



10. ábra: Összefüggés a fájdalom és a lengés között

ból, vizuális és vestibuláris rendszerből érkező információk csökkenése miatt.

Instabil alapon viszont az arthritises betegcsoport esetében nőtt meg jelentősen a lengési út mindkét irányban. Mivel a fájdalom és az egyensúly eltérések között összefüggést nem találtunk, ezért valószínű, hogy a tartós gyulladás következtében kialakult szenzomotoros deficit, az érintett csípőízület proprioceptív információiból eredő hiány okozza a TTK fokozott kilengését. Az eredmények felhívják a figyelmet a dinamikus proprioceptív tréning fontosságára, különösen csípőízületi arthritisen.

Irodalomjegyzék

1. **Arokoski, J.P., Leinonen, V., Arokoski, M.H., Aalto, H., Valtonen, H.** (2006): Postural control in male patients with hip osteoarthritis, *Gait Posture*, 23(1):45-50
2. **Ekdahl C., Broman G.** (1992): Muscle strength, endurance, and aerobic capacity in rheumatoid arthritis: a comparative study with healthy subjects. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 51. sz. 35 – 40. o.
3. **Lugade, V., Klausmeier, V., Jewett, B., Collis, D., Chou, L.S.** (2008): Short-term recovery of balance control after total hip arthroplasty, *Clin Orthop Relat Res*, 466(12):3051-8
4. **Mengshoel, M. A., Clarke-Jenssen, A-C., Fredriksen, B., Paulsen, T.** (2000): Clinical Examination of Balance and Stability in Rheumatoid Arthritis Patients, *Physiotherapy*, 86. évf. 7. sz. 342-347. o.
5. **Missaoui B., Portero P., Bendaya S., Hanktie O., Thournie P.** (2008): Posture and equilibrium in orthopedic and rheumatologic diseases, *Clinical Neurophysiology*, 38. évf. 6. sz. 447-457. o.
6. **Rome, K., Dixon, J., Gray, M., Woodley, R.** (2009): Evaluation of static and dynamic postural stability in established rheumatoid arthritis: Exploratory study, *Clinical Biomechanics*, 24. sz. 524-526. o
7. **Rougier, P., Belaid, D., Cantalloube, S., Lamotte, D., Deschamps, J.** (2008): Quiet postural control of patients with total hip arthroplasty following joint arthritis, *Motor Control*, 12. évf. 2. sz. 136-150. o.
8. **Talis, L. V., Grishina, A. A., Solopovaa, I. A., Oskanyanb, L. T., Belenkyb, E. V., Ivanenkoc, P. Y.** (2008): Asymmetric leg loading during sit-to-stand, walking and quiet standing in patients after unilateral total hip replacement surgery, *Clinical Biomechanics*, 23. évf. 4. sz. 424-433. o.

Parameters of balance and function in degenerative and arthritic disorders

Dalma Farkas - Ferenc Szerencsés

University of Szeged, Faculty of Health Sciences and Social Studies,
physiotherapist student

Introduction: The aims of this study were to compare functional state and performance of patients with arthrosis and arthritis, and to survey postural control strategies.

Materials and methods: We inspected 10 patients with primer coxarthrosis, 10 patients with coxitis and 10 patients without diagnosed locomotive disorders, and without any hip or lower extremity problems.

As coxarthrosis and arthritis differ in the distribution by age we used Harris Hip Score (HHS) as the base of our comparison. For measuring functional state we used HHS and Western Ontario and McMaster Osteoarthritis Index (WOMAC) index besides general anthropometric data. We used Timed Up and Go (TUG)-test from the range of balance tests, and examined the Trendelenburg symptom. Static balance was examined by a force measuring platform (Stabilometer ZWE-PII) on flat surface and on sponge, with open and closed eyes.

We used Statistica 9.0 software for statistics. Threshold of statistic significance was $p < 0.05$.

Results: Based on Harris Hip Score, the two groups of patients were listed as „weak functional state”. Difference is significant compared to the control groups.

During the TUG test both groups of patients showed significant difference compared to the control group. Groups with arthrosis or arthritis completed the tasks in longer periods than the control group. We found connection between activity and everyday work parts of pain and WOMAC index. Groups of arthrosis and arthritis patients showed positive correlation, the result is significant. On flat surface group with arthrosis with closed-eyes had their swing significantly greatly increased in antero-posterior direction compared to the control group. Standing on unstable surface with closed eyes, the group with arthritis had their swing path significantly increased compared to the other two groups both antero-posterior and medio-lateral direction.

Discussion: Decreasement of everyday activity is in close connection with pain both in patient with arthritis and arthrosis. In arthritis the primary impairment of joint torque can lead to the extensive lesion both inside and around the joint. Hence it is likely, that increased swing of the static balance in instable surface is because of the sensorimotor deficit caused by chronic inflammation.

Results attract attention to the importance of dynamic proprioceptive training mainly in hip joint arthritis.

Introduction

The inflammatory and degenerative disorders of the hip joint take a big part of locomotive disorders. The degeneration and destruction of the cartilage reforms the anatomical structure and biomechanics of the joint. The surfaces of the joint get closer and closer together, so the pain increases. Pain causes the range of movement to decrease, and the development of contractures and deformities. Deformities change the walking style of the patient to slouch, decrease the distance of the step and makes the movement asymmetrical.

Bibliographical review

Long-term inflammation ruins the joint capsule and the system of tendons, developing sensorimotor deficit which appears as the dislocation of the center of body mass. (Talis and associates 2008.) Several studies examined the movement of the center of mass in arthritis patients. Measurements show lower movement of center of mass in the medio-lateral direction which were connected to the reduced control function of the m. gluteus medius, a muscle important in the process of balance control. Movement of the center of mass increased in the antero-posterior direction showing the increased

appearance of strategies of the fetlock joint. (Ekdahl, 1992; Mengshoel and associates, 2000; Lugade and associates, 2008; Rome and associates, 2009).

Other studies found no difference of balance in case of hip arthrosis. In these cases balance problems were caused by knee and ankle disorders. Changes in postural control were noticed after implanting total endoprosthesis in medio-lateral direction. (Arakoski and associates, 2006; Missaoui and associates, 2008; Rougier and associates, 2008).

Aim

Our aims were: to get an accurate view of the postural control of patients with hip arthritis, to compare functional state and performance of patients with arthrosis and arthritis, and to survey their balance parameters and postural control strategies. We presumed major differences in functional performance between the two groups of patients and healthy control patients. We also presumed that patients with arthritis would have bigger COM movement than degenerative and healthy patients.

Materials and method

We inspected 10 patients with primer coxarthrosis (age 50.5 ± 5.66), 10 patients with coxitis (age 63.3 ± 7.91) (5 patients with rheumatoid arthritis (RA), 5 with spondylitis ankylopetica (SPA)) and 10 patients without diagnostized locomotive disorders, and without any hip or lower extremity problems (age 51.2 ± 14.06)

As coxarthrosis and arthritis differ in the distribution by age we used Harris Hip Score as the base of our comparison. For measuring functional state we used HHS and WOMAC index besides general anthropometric data. We used TUG-test from the range of balance tests, and examined the Trendelenburg symptom.

Static balance was examined by a force measuring platform on flat surface and on sponge, with open and closed eyes.

We used Statistica 9.0 software for statistics. Threshold of statistic significancy was $p < 0.05$.

Results

Based on Harris Hip Score, the two groups of patients were listed as 'weak functional state'. Difference is significant compared to the control group.

During the Timed Up&Go test both groups of patients showed significant difference ($p < 0.05$) compared to the control group. Groups with arthro-

sis or arthritis completed the tasks in longer time periods than the control group.

The following diagram aims to find the connection between activity and everyday work parts of pain and WOMAC index. Groups of arthrosis (correlational coefficient $r = 0.72$) and arthritis (correlational coefficient $r = 0.80$) patients showed positive correlation. Result is significant ($p < 0.05$)

These diagrams depict the path of swing in antero-posterior and medio-lateral direction on flat surface. It can be seen that the group with arthrosis had their swing greatly increased in both directions with closed eyes compared to the other two groups. Difference is significant ($p < 0.05$) in antero-posterior direction compared to the control group.

In contrast, standing on unstable surface with closed eyes, the group with inflammatory disease had their swing path significantly ($p < 0.05$) increased compared to the other two groups in both antero-posterior and medio-lateral directions.

The total swing is the biggest in case of the inflammatory group. The same results were noticed during tests made on different surfaces, and with open or closed eyes.

We were looking for the connection between subjective feel of pain based on VAS and the total length of swing. We noticed negative correlation by the arthritis group when standing on unstable surface with closed eyes. We noticed no significant connection between pain and the swing path.

Discussion

Based on our results in alignment with earlier studies we can state that the decrease of range of movement, deformities and contractures caused by pain appearing in degenerative and inflammatory diseases seriously harm the daily function and quality of life of the patients. Decrease of everyday activity is in close connection with pain.

On a stable surface and with closed eyes the group with arthrosis had their path of swing increased. This result could occur by age or by decreased quantity of information from visual or vestibular systems.

On unstable surface patients with arthritis had their swing path significantly increased in both directions. As we couldn't find connection between pain and balance differences, it is likely that increased swing of the COM is caused by the sensomotoric deficit caused by the chronic inflammation and the absence caused by the proprioceptive information of the affected hip joint. Results attract attention to the importance of dynamic proprioceptive training mainly in hip joint arthritis.

TUDOMÁNYOS FÓRUM

A szülői nevelési stílus és az önértékelés kapcsolata a serdülők egészségmagatartásának tükrében

Lobanov-Budai Éva

tanársegéd

SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Egészségmagatartás- és fejlesztés Szakcsoport

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

A szülők nevelési stílusa nagymértékben meghatározza a személyiség szocializációját és fejlődését. Több kutató is foglalkozott a téma vizsgálatával. Ezek közül jelen munkában Becker és Schaefer modelljét (in: Kósa, 2001) veszem alapul, melyre Ranschburg Jenő (1993) is támaszkodik. Ranschburg ennek alapján négy típust jelenít meg, s részletesen feltárja azok tartalmát: elhanyagoló (hideg-engedékeny), tekintélyelvű (hideg-korlátozó), megengedő (meleg-megengedő), következetes (meleg-korlátozó). A különböző szülői attitűdök más-más hatást váltanak ki a gyermekekből. A hideg-engedékeny nevelés esetén a gyermek agresszívvá, antiszociálissá válhat. Ezekre a gyerekekre jellemző az igen alacsony önértékelés, melyet javítandó antiszociális csoportokhoz kapcsolódnak, amelyekben fennáll a bűnözővé válás veszélye is. A hideg-korlátozó stílus következményeképpen a gyermek szorongóvá, bizalmatlanná válhat. A szülői viszonyulás ambivalenciája büntudatot kelthet a gyermekben, amely agresszióban, önagresszióban csapódhat le. Természetesen náluk is alacsony az önértékelés szintje. A meleg-engedékeny szülői attitűd eredményeképpen a gyermek bizalommal és nyíltan fordul a világ felé, több esélye van barátságossá, kreatívvá és sikeressé válni. Az ilyen viszonyulásban nevelkedő gyermekek önmagukat is értékesnek élik meg, azaz az önértékelésük szintje magas. A meleg-korlátozó szülői nevelésre jellemző a szeretetteljes légkör, a gondoskodás, melyben a szülő kontrollálja a gyermeke viselkedését és elvárásokat támaszt vele szemben. Ezen gyermekeknél is szintén a kiegyensúlyozott önértékelés és a szeretetreméltóság érzése alakul ki.

Ezek alapján levonható az a következtetés, hogy az önértékelés alakulása szempontjából nem annyira a nevelés korlátozó vagy megengedő jellege a meghatározó, hanem a nevelés érzelmi légköre. Ahol meleg, szeretetteljes a szülő viszonyulása, ott a gyermek önmagát szerethetőnek, értékesnek éli meg, ami normál vagy magas szintű önértékelést eredményez.

Miután áttekintettük a szülői nevelés és önértékelés kapcsolatát, vizsgáljuk meg azt a kérdést, hogy a serdülők önértékelése milyen kapcsolatban áll az egészségmagatartásukkal! Ehhez szükségünk van az egészségmagatartás definíciójára. Az egészségmagatartás mindazon viselkedések összessége, melyek hatással lehetnek az egészségünk alakulására. Fontos megjegyezni, hogy ennek az értelmezésnek megfelelően egészségesek vagyunk, hiszen ha már kialakult a megbetegedés, akkor értelemszerűen betegségmagatartásról beszélünk, ahol a fő cél az egészség visszaállítása (Baum et al., 1997).

Az egészségmagatartásnak két típusa van: az egyik a preventív, azaz megelőző egészségmagatartás, mint például a tudatos táplálkozás vagy a testmozgás; a másik a kockázati azaz az egészséget veszélyeztető magatartás, mint például a dohányzás, az alkohol-és drogfogyasztás (Matarazzo, 1984 in: Pikó, 2002).

A szakirodalomban nem alakult ki egységes vélemény arról, hogy van-e meghatározó összefüggés az önértékelés szintje és az egészségmagatartás alakulása között.

Például vannak olyan kutatások, melyek nem látják bizonyítottnak az összefüggést az önértékelés, a dohányzás, drog-és alkoholfogyasztás, valamint a túl korán elkezdett szexuális élet között (Neumark-Sztainer et al., 1997; West és Sweeting, 1997). Ezt az elképzelést támasztják alá azok a kutatási eredmények is, melyek nem találtak kapcsolatot a cigarettázás és a magas vagy az alacsony önértékelés között (Abood és Conway, 1992; West és Sweeting, 1997 in: Mullan és NicGabhainn, 2002; Koval et al., 1999; Baumeister et al., 2003; Goodson et al., 2006).

West és Sweeting (1997) ugyanakkor azt az eltérést találta egy átfogó kutatáson belül, hogy a 15 évesek esetében a magasabb önértékeléssel rendelkezők nagyobb arányban használnak alkoholt, drogot vagy élnek szexuális életet. Előfordulhat az is, hogy a magasabb önértékelés és a korai szexuális érintkezés együtt jelenik meg a serdülők esetében (McGee és Williams, 2000; Paul et al., 2000). Ezt a megállapítást teszi Pikó Bettina is. Szerinte a magasabb önértékelés korrelációt mutathat a kockázati magatartásokkal, mint például a dohányzással. Ebben az esetben kompenzációról beszélhetünk (Pikó, 2002).

Más kutatások viszont megállapítják a kapcsolatot az önértékelés és az egészségmagatartás között (Hustinger et al., 2004). Például kimutatható az összefüggés az alacsony önértékelés és a védekezés nélküli szexualitás, a magasabb partnerszám és a nagyobb rizikójú teherbeesés között a 15-25 éves korosztály körében. Bár a következtetés az, hogy az önértékelésnek gyenge a hatása a serdülőkor alatt a későbbi rizikó szexuális magatartásra és terhességre, a magyarázat inkább a pszichoszociális környezetben rejlik, amelyben az önértékelés formálódik (Boden et al., 2006). Más kutatás is ezt az összefüggést erősítette a dohányzás, alkohol-és drogfogyasztás kapcsán (McGee és Williams, 2000).

A saját kutatási eredményeim azt a feltételezést erősítik meg, hogy van összefüggés az önértékelés és egészségmagatartás között, viszont ez területenként eltérő lehet. Ahhoz, hogy tisztább képet kapjunk, szükség van a téma további kutatására.

Irodalomjegyzék:

1. **Abood, D. A.; Conway, T. L.** (1992). Health value and self-esteem as predictors of wellness behavior. *Health Values*, 16, 20-26.
2. **Baum, A.; Krantz, D.S.; Gatchel, R.J.** (1997): An introduction to health psychology. McGraw-Hill, 1997.
3. **Baumeister, R.F.; Campbell, J.D.; Krueger, J.I.; Vohs, K.D.** (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1-44.
4. **Boden, J. M.; Horwood, L. J.** (2006): Self-Esteem, Risky Sexual Behaviour, and Pregnancy in a New Zealand Birth Cohort. *Archives of Sexual Behavior*, 35(5), 9-560.
5. **Goodson, P.; Buhi, E. R.; Dunsmore, S. C.** (2006). Self-esteem and adolescent sexual behaviors, attitudes, and intentions: a systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 38(3), 310-319.
6. **Hustinger, E.T.; Luecjen, L. J.** (2004). Attachment relationships and health behaviour: the mediational role of self-esteem. *Psychology and Health*, 19(4), 515-526.
7. **Kósa, É.** (2001): A szociális fejlődés alapkérdései. in.: Oláh, A.; Bugán, A. (szerk.): Fejezetek a pszichológia alapterületeiből, ELTE, Eötvös Kiadó
8. **Koval, J.J., Pederson, L.L.** (1999). Stress-Coping and Other Psychosocial Risk Factors: A Model for Smoking in Grade 6 Students, *Addictive Behaviors* 24, 207-218.
9. **McGee, R.; Williams, S.** (2000). Does Low Self-Esteem Predict Health-Compromising Behaviours Among Adolescents? *Journal of Adolescence*, 23, 569-582.
10. **Neumark-Sztainer, D.; Story, M.; French, S.; Hannan, P.; Resnick, M.; Blum, R. W.** (1997): Psychosocial concerns and health compromising behaviors among overweight and nonoverweight adolescents. *Obesity Research*, 5, 237 -249.
11. **Paul, C.; Fitzjohn, J.; Herbison, P.; Dickson, N.** (2000). The Determinants of Sexual Intercourse Before Age 16. *Journal of Adolescent Health*, 27(2), 136-147.
12. **Pikó, B.** (2002): Egészségtudatosság serdülőkorban. Akadémiai Kiadó, Budapest
13. **Ranschburg J.** (1993): Szeretet, erkölcs, autonómia. Integra-Projekt Kft., Budapest
14. **West P.; Sweeting, H.** (1997). 'Lost souls' and 'rebels': A challenge to the assumption that low self-esteem and unhealthy lifestyles are related. *Health Education*, 97, 161-167.

Szemelvények a családi rituálék és az egészség kapcsolatának témaköréből

Lantos Katalin

tanársegéd

SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Egészségmagatartás és –fejlesztés Szakcsoport

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

A rituálék minden család életében jelen vannak. Azonban nem egyforma az a mód, ahogy a szervezettség és az elkötelezettség megjelenik. Számos kutatás bizonyítja, hogy a család életében jelen lévő kellőképpen rugalmas, érzelmetli és folyamatos rituálé egészségvédő hatással rendelkezik. Jelen írás célja ezek közül néhány kutatás ismertetése, előtte azonban fontosnak tartom a családi rituálék definiálását és jellemzését.

A családi rituálé alapdefinícióját Wolin és Bennett (1984, idézi Feuer 2008) adták. Véleményük szerint a családi rituálé egyfajta szimbolikus kommunikációs forma, mely során viselkedésünkkel, jelenlétünkkel vagy hiányunkkal, a jelenlétünk minőségével üzenetet fogalmazunk meg családunk számára. Ezek a rituálék időben ismétlődőek, általában valamilyen forgatókönyv mentén írhatóak le, és kifejezik a család érték-, attitűd-, és hiedelemrendszerét.

A családi rituálék típusait három szinten határozhatjuk meg (Kissné, 2007). Az első szinten olyan rituálék találhatók, melyek a kultúrába ágyazódnak. Emiatt számos családban hasonlóképpen zajlanak az események, a szimbólumok mindenki számára egyértelműek. Ezek lehetnek naptári vallási ünnepek, mint a karácsony, vagy pünkösd, illetve naptári, de világi ünnepek: újév első napja. Ebbe a legelső kategóriába soroljuk még azokat az eseményeket, melyek a család életciklus-változásaihoz kötöttek. Egy esküvő vagy temetés részleteiben eltérhet egyes családok esetében, de a globális üzenetek, az egyes események jelentése a saját kultúrkörünkben mindenki számára érthető (pl. lánykikérés). A következő csoportba tartoznak a családi hagyományok. Ezek a névnapok, születésnapok, évfordulók fontosságát mutatják egyes családokon belül. Ez már sokkal nagyobb mértékben térhet el, hiszen van, ahol egy-egy születésnapra az egész rokonság hivatalos, más családok maximum a kerek évfordulókat ünneplik. A leggyakoribbak és legkülönbözőbbek a családi interakciók. Ez a rituálék olyan csoportját jelenti, amely a mindennapi élet szervezésében játszik fontos szerepet. Együtt reggelizünk minden nap, vagy csak vasárnap délben étkezik együtt a család? Ki mond esti mesét a gyerekeknek? Ki főzi a reggeli kávé? Ezekben az interakciókban a családtagok szerepe is élesen kirajzolódik, és gyakran nem tudatos viselkedésmódok jellemzőek.

Fiese (2006) könyvében leírja, hogy a családi rituálék valószínűleg három mechanizmuson keresztül hatnak. Az első, amely krónikus beteg gyerekek kapcsán megállapítható, hogy a jól szervezett családi rituálék biztosítják az odafigyelést, a gyógyszerek bevitelét. A második lehetséges mechanizmus az egészséges gyermekek kapcsán állapítható meg. Ha a család minden tagja naponta leül együtt, beszélgetnek, megosztanak egymással élményeket, érzéseket, az kihat a lelki és testi egészségre. A gyermekek egészségesebben táplálkoznak, és a szülők egyéb egészségmagatartással kapcsolatos viselkedéseket is jobban figyelemmel kísérhetnek. A harmadik valószínűleg az érzelmi faktoron keresztül hat: a gyermekek a családi rituálék során konfliktus-megoldó technikákat, megküzdési stratégiákat sajátíthatnak el.

A család és a gyermekek egészségmagatartását a családi rituálék függvényében leggyakrabban a közös étkezések kapcsán vizsgálják. Eisenberg és munkatársai (2004) egy nagy volumenű kutatásban 4746 serdülőt vizsgáltak. Eredményeik szerint a családtagok közös étkezései összefüggést mutattak a serdülők szubjektív jól-létével, valamint fordított korrelációt találtak a dohányzás, alkohol- és marihuánafogyasztás, és depresszív tünetek megjelenésével. Fulkerson és munkatársai (2006) hasonlóképpen a közös étkezések függvényében vizsgálták a serdülők egészségét nagy mintán (99.462 fő, az Egyesült Államok különböző területéről). Az eredményeik alapján elmondható, hogy pozitív korreláció mutatkozott a családi étkezések gyakorisága és különböző interperszonális

funkciók között (támogatás, kötődés), valamint intrapszichés jellemzőkkel (elköteleződés a tanulás mellett, szociális kompetenciák, pozitív énkép). Ellentétes irányú összefüggést találtak ők is a szerhasználattal, korai szexuális aktivitással, depresszióval, öngyilkossági kísérletekkel, antiszociális viselkedéssel, bűnözéssel, iskolai és étkezési problémákkal.

Több kutató vizsgálta a rituálék globális jellemzőit a serdülők jól-létével összefüggésben. Crespo és munkatársai (2011) a családi rituálék és családi kohézió hatását vizsgálták. 713 serdülő kikérdezése után azt a megállapítást tették, hogy a családi rituálék megléte önmagában is pozitív hatást gyakorol a serdülők lelkiállapotára. Végül Eaker és Walters (2002) vizsgálatát ismertetem. 159 fő vizsgálata során azt a következtetést vonták le, hogy a családi rituálékkal való elégedettség pozitív összefüggést mutat a családtagok közötti kötődéssel és a pszichoszociális fejlődéssel.

Összefoglalóan tehát elmondható, hogy a családi rituálék minden életszakaszban, még serdülőkorban is megtartó erejűek és az egészséggel szorosan összefüggnek.

Irodalomjegyzék:

1. **Crespo, C., Kielpikowski, M, Pryor, J., Jose P., E.:** Family rituals in New Zealand families: links to family cohesion and adolescents' well-being. *J. Fam. Psychol.*, 2011, 25(2), 184-193.
2. **Eaker,D., G., Walters,L., H.:** Adolescent satisfaction in family rituals and psychosocial development: a developmental systems theory perspective. *J. Fam. Psychol*, 2002, 16(4):406-14.
3. **Eisenberg, M., E., Olson, R., E., Neumark-Sztainer, D. és mtsai:** Correlations Between Family Meals and Psychosocial Well-being Among Adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004 158(8):792-796.
4. **Feuer M.(szerk.):** A családsegítés elmélete és gyakorlata. Akadémiai Könyvkiadó, Budapest, 2008.
5. **Fiese, B. H.:** Family routines and rituals. Yale University Press, 2006.
6. **Fulkerson, J., A., Story, M., Mellin, A. és mtsai:** Family dinner time frequency and adolescent development: relationship with developmental assets and high-risk behaviors. *J. Adolesc. Health*, 2006 39(3):337-45.
7. **Kissné Viszket M.:** Csaláldi rituálék mint protektív tényezők életciklus-váltás idején. Doktori disszertáció, DE, 2007.

A munkahelyi elégedettséget befolyásoló tényezők az egészségügyben

Németh Anikó

tanársegéd

SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Egészségmagatartás- és fejlesztés Szakcsoport

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

A munkahelyi elégedettséget meghatározó tényezők közé azok a feltételek sorolhatók, melyek a munkahellyel, a munkakörnyezettel (annak rendezettségével), a munkahelyi társas támogatással kapcsolatosak. Abban az esetben, amikor a munkája kielégíti az egyén legfontosabb szükségleteit, munkahelyi elégedettségről, ellenkező esetben elégedetlenségről beszélünk [1]. Az egészségügyi dolgozók között a munkaelégedetlenség négyszer gyakoribb, mint a más szakmákban dolgozók körében [2]. A munkával való elégedettség pozitív kapcsolatban áll a munkateljesítménnyel [3].

A fizikai környezethez sorolható a betegellátó osztály berendezése, bútorzata, illetve azok az eszközök, melyek a könnyebb betegellátást segítik elő (betegemelő, betegmozgató eszközök, terápia végrehajtását szolgáló berendezések). A munkakörülmények összefüggést mutatnak a munkaelégedettséggel [4]. A megfelelő bérezés, illetve kiegészítő juttatások szintén hozzájárulnak a munkahelyi elégedettséghez, a munkaerő megszerzéséhez és megtartásához [5]. Azon ápolók körében, akik nem megfelelőnek találják jövedelmi helyzetüket, gyakrabban fordul elő munkával való elégedetlenség [4,6]. Ha az ápolók elégedetlenek a fizetésükkkel vagy más, kiegészítő javadalmazással, kevésbé törekednek a magas szintű munkavégzésre, illetve gyakrabban hagyják el a pályát [7].

A nem megfelelő szervezeti felépítés, a nem központosított irányítás és döntéshozás belső konfliktusokat, elégedetlenséget okozhat [8]. A munkahelyen bekövetkező változások (pl. integráció) jelentős hatással vannak az ápolók stressz-szintjére, munka teljesítményére és elégedettségére [9, 10]. Sok ember félelemmel, szorongással, haraggal vagy depresszióval reagálhat a szervezeti változásokra [11,12], illetve hatással lehetnek az ápolók testi egészségére is (pl. vázizom rendszeri betegségek kialakulása) [13].

A munkahelyi elégedettséget befolyásolja a munka változatossága, áttekinthetősége, az önállóság és a felelősségvállalás mértéke a munka során [14]. A nappali műszakban dolgozó ápolók munkaelégedettsége jobb, mint a túlnyomó részt éjszakai műszakban dolgozóké [15]. A munkafeladatból adódó elégedetlenség okai lehetnek a fokozott munkatempó, időhiány, irreális feladatok, szakmai bizonytalanság, monoton munkavégzés, több műszak, túlóra, gyakori veszélyhelyzet, fokozott figyelem igénye, nehéz fizikai munka [16]. Minél több és minél súlyosabb beteg jut egy ápolóra egy műszakban, annál valószínűbb az érzelmi kimerültség és a munkával való elégedetlenség kialakulása [15,17].

A munkatársakkal való törődés, a beosztottak iránti figyelem, a munka ellenőrzésének módja és mértéke, a munkával kapcsolatos visszajelzés megléte, az egyértelmű utasítások, a kölcsönös bizalom szintén hatással van a munkahelyi elégedettségre [8,18]. Különösen fontos a közvetlen felettes támogató szerepe, a megfelelő munkaszervezés a munkahelyi elégedettség szempontjából [19,20]. Egy koreai felmérésben is hasonló eredményre jutottak: a szervezeti támogatás hiánya elősegíti a munkával való elégedetlenség kialakulását [21]. A munkahelyi kollegiális támogatás emelkedésével növekszik az egészségi állapot önértékelése és a munkaelégedettség is [22]. A munkatársakkal való rendszeres kommunikáció, a jó emberi kapcsolatok a munkahelyen pozitív hatással vannak az egészségi állapotra, és a munkaelégedettségre [23].

Az elvégzett munka érdekessége, valamint a más osztállyal együtt végzett közös munka szintén hozzájárul az ott dolgozó ápolók munkaelégedettségéhez [24]. A három műszakos munkarend, a működési-szervezési bizonytalanságok, a munkatársak közötti nézeteltérések, a létszám- és eszköz-

zhiány, a merev hierarchia gyakran vezet elégedetlenséghez, pályaelhagyáshoz [6,25]. A továbbtanulási lehetőségek szintén növelik a munkaelégedettséget [26].

Az életkor előrehaladtával, és az egészségügyben eltöltött évek számával nő a munkaelégedettség mértéke [15,20]. A magasabb végzettségű ápolók általában elégedetlenebbek a munkájukkal, hiszen végzettségükből adódóan magasabb pozícióba vágnak, [27] illetve a magasabb iskolai végzettségük körében gyakrabban fordulnak elő pszichés megbetegedések, ha az elvárt előrelépés lehetősége nem adott [28].

A munkával való elégedetlenség negatívan befolyásolja a munkateljesítményt, a táppénzen töltött idő hosszát, illetve a pályaelhagyási szándékot [3,29].

A munkával való elégedetlenség kapcsolatban áll a kiégéssel [27], a pszichés distresszel [30], az étellel való elégedetlenséggel, a depresszióval [31], és az énkép romlásával [32].

Irodalomjegyzék:

1. **Guiot, J.M.:** Szervezetek és magatartásuk. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest 1984, 172-193.
2. **Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J.A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A.M., Shamian, J.:** Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20 (3): 43-53. 2001.
3. **Hasselhorn, M.H., Tackenberg, P., Buescher, A., Simon, M., Kuemmerling, A., Mueller, B.H.:** Work and health of nurses in Europe: results from the NEXT-Study 2005. <http://www.next.uni-wuppertal.de/EN/index.php?articles-and-reports> Letöltés dátuma: 2011.01.15.
4. **Bodur, S.:** Job satisfaction of health care staff employed at health centres in Turkey. *Occupational Medicine*, 52 (6): 353-355. 2002.
5. **Pisanti, R., Van der Doef, M., Maes, S., Lazzari, D., Bertini, M.:** Job characteristics, organizational conditions, and distress/well-being among Italian and Dutch nurses: A cross-national comparison. *International Journal of Nursing Studies*, 48 (7): 829-837. 2011.
6. **Sasváriné, B.A.:** Ápolói státusz-munkahelyi terhelés. *Egészségügyi Menedzsment*, 3 (4): 23-26. 2001.
7. **Lynn, M.R., Kelley, B.:** Effects of case management on the nursing context-perceived quality of care, work satisfaction, and control over practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 29 (3): 237-242. 1997.
8. **Krasz, K.:** A munkahelyi elégedettséget befolyásoló tényezők. 2006. http://erg.bme.hu/oktatas/tleir/gt52m006/munkahelyi_elegedettseg.pdf Letöltés dátuma: 2011.11.21.
9. **Burke, R.J., Greenglass, E.R.:** Hospital restructuring stressors, work-family concerns and psychological well-being among nursing staff. *Community, Work & Family*, 4 (1): 49-62. 2001.
10. **Idel, M., Melamed, S., Merlob, P., Yahav, J., Hendel, T., Kaplan, B.:** Influence of a merger on nurses' emotional well-being: the importance of self-efficacy and emotional reactivity. *Journal of Nursing Management*, 11 (1): 59-63. 2003.
11. **Dianis, N.L., Allen, M., Baker, K.:** Merger motorway. Giving staff the tools to re-engineer. *Nursing Management*, 28: 42-47. 1997.
12. **Hendel, T.:** Merger management: A challenge to nursing leadership. *Journal of Nursing Management*, 6 (5): 281-284. 1998.
13. **Lipscomb, J., Trinkoff, A., Brady, B., Geiger-Brown, J.:** Health care system changes and reported musculoskeletal disorders among registered nurses. *American Journal of Public Health*, 94 (8): 1431-1435. 2004.
14. **Gyökér, I.:** Humán erőforrás-menedzsment. Műszaki Könyvkiadó, Budapest, 53-56, 72: 90-93. 1999.
15. **Ishara, S., Bandeira, M., Zuardi, A.W.:** Public psychiatric services: job satisfaction evaluation. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 30 (1): 38-41. 2008.
16. **Plette, R.:** Az ember-gép-környezet rendszer szabályozásának zavarai. *Ergonómia*, 92 (1). 1994.

17. **Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., Silber, J.H.:** Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA The Journal of the American Medical Association*, 288 (16): 1987-1993. 2002.
18. **Aronson, K.R., Sieveking, N., Laurenceau, J-P., Bellet, W.:** Job satisfaction of psychiatric hospital employees: a new measure of an old concern. *Administration and Policy in Mental Health*, 30 (5): 437-452. 2003.
19. **Le Blanc, P.M., De Jonge, J., De Rijk, A.E., Schaufeli, W.B.:** Well-being of intensive care nurses (WEBIC): a job analytic approach. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (3): 460-470. 2001.
20. **Krogstad, U., Hofoss, D., Veenstra, M., Hjortdahl, P.:** Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals: relevance for micro unit culture. *Human Resources for Health*, 4 (3). 2006.
21. **Kwak, C., Chung, B.Y., Xu, Y., Eun-Jung, C.:** Relationship of job satisfaction with perceived organizational support and quality of care among South Korean nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (10): 1292-1298. 2010.
22. **Pikó, B., Piczil, M.:** A saját egészség megítélése és a pszichoszociális munkakörnyezet. *Lege Artis Medicinae*, 17 (1): 65-69. 2007.
23. **Mizuno, M., Yamada, Y., Ishii, A., Tanaka, S.:** A human resource management approach to motivation and job stress in paramedics. *International Congress Series*, 1294, 167-170. 2006.
24. **Forsgren, S., Forsman, B., Carlström, E.D.:** Working with Manchester triage-Job satisfaction in nursing. *International Emergency Nursing*, 17 (4): 226-232. 2009.
25. **Pikó, B., Piczil, M.:** „És rajtunk ki segít...?” Kvalitatív egészségpszichológiai elemzés a nővéri hivatásról. *Esély*, 10: 110-120. 2000.
26. **Grönroos, E., Pajukari, A.:** Job satisfaction of the radiological department's staff. *European Journal of Radiography*, 1 (4): 133-138. 2009.
27. **Piko, B.:** Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43 (3): 311-318. 2006.
28. **Arafa, M.A., Wagdy, M., Nazel, A., Ibrahim, N.K., Attia, A.:** Predictors of psychological well-being of nurses in Alexandria, Egypt. *International Journal of Nursing Practice*, 9 (5): 313-320. 2003.
29. **Nagy, M.S.:** Using a single-item approach to measure facet job satisfaction. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75 (1): 77-86. 2002.
30. **Heslop, P., Smith, G.D., Metcalfe, C., Macleod, J., Hart, C.:** Change in job satisfaction, and its association with self-reported stress, cardiovascular risk factors and mortality. *Social Science & Medicine*, 54 (10): 1589-1599. 2002.
31. **Faragher, E.B., Cass, M., Cooper, C.L.:** The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62: 105-112. 2005.
32. **Kohan, A., O'Connor, B.P.:** Police officer job satisfaction in relation to mood, well-being, and alcohol consumption. *The Journal of Psychology*, 136 (3): 307-318. 2002.

Miként befolyásolhatja testi elégedettségünket a média?

Pukánszky Judit

tanársegéd

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Egészségmagatartás és –fejlesztés Szakcsoport

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

Mindennapi életünk során számos tényező befolyásolhatja a külső megjelenésünkkel kapcsolatos elégedettségünket és a testünk felé irányuló attitűdjeinket. Ezek közül a média szerepe sem elhanyagolható, mivel a kulturális ideálok és elvárások közvetítésével újra meg újra prezentálja, hogyan kell kinézni a XXI. század nyugati társadalmában. A média tehát erős befolyást gyakorolhat főként a női testképre; a saját testtel kapcsolatos észleletekre, érzésekre, gondolatokra és viselkedésre (1).

Bár a legtöbb eddigi kutatás a serdülő és a felnőtt korosztály női tagjait vizsgálta, társadalmunkban nem csak a felnőtt nőkre gyakorol hatást a soványságot idealizáló médiaüzenetek sokasága. Már igen korai életkortól megmutatkozik a gyerekek soványságpreferenciája, Musher-Eizenmann és mtsai (2) vizsgálatában a 4 éves gyerekek egyértelműen a sovány testeket részesítették előnyben. Bizonyos gyermekjátékok, mint a soványságideált hangsúlyozó Barbie baba, szintén befolyásolhatják a gyerekek testükről alkotott véleményét. A Barbie babák képeinek bemutatása után az 5-7 éves kislányok a testi elégedettség csökkenését mutatták, és a karcsúbb test iránti vágyakozásról számoltak be (3).

A média testképre gyakorolt azonnali hatásait számos kutatás bizonyította az elmúlt tíz évben – videoklipek, filmsorozat-részletek, reklámok, magazinok bemutatásával – melyek általános tanulsága a hangulatra és testi elégedettségre gyakorolt negatív hatás. Azonban a vizsgálatok eredményei szerint nem minden nőre hatnak egyformán a médiában szereplő idealizált, karcsú nőket ábrázoló képsorok, mivel fokozott elégedetlenséget élhetnek át azok a női médiafogyasztók, akiknél a karcsúságideál internalizált, azaz bensővé vált. Emellett az elégedetlenséget tovább fokozhatja, ha az egyén hajlamos a saját testét másokéval összehasonlítani, és minél nagyobb a diszkrepancia, a megtapasztalt különbség, annál nagyobb mértékű lehet a megélt testi elégedetlenség (4).

Rendkívül gyorsan érvényesülhet a média befolyása a testi elégedettségre, karcsú nőket ábrázoló filmek 10 perces expozícióját követően már kimutatható a testi elégedetlenség növekedése (5). A testképre gyakorolt negatív hatás azonban csak rövid távon áll fenn. Viszont ha a médiában megjelenő soványságideálok újra és újra felbukkannak, az ismétlés következtében a testi elégedetlenség fenntarthatóvá válhat (6).

Hall és munkatársai (7) arra a kérdésre keresték a választ, vajon változást eredményez-e a sportteljesítményben, ha a testedzést végző kísérleti személyeknek karcsú, idealizált testeket exponálnak? A kísérletben résztvevő nőknek szobakerékpározniuk kellett 30 percen keresztül, miközben vagy idealizált testeket hangsúlyozó, vagy pedig átlagos testeket bemutató televíziós műsort néztek végig. A kutatók azt feltételezték, akikre a soványságideál internalizációja jellemző, a testükkel kapcsolatos negatív érzéseiket az edzés erőteljesebb szintjével igyekeznek majd kompenzálni. Az eredmények szerint, habár a sportteljesítményben nem mutatkozott szignifikáns különbség, a bemutatott karcsú nők megtekintését követően a szociális összehasonlítás megnövekedett tendenciája érvényesült. Az eredmények közé tartozik továbbá a testi megjelenésre vonatkozó állapotszorongás csökkenése, mely mindkét videó megtekintésekor egyaránt érvényesült. Így a kutatás egyik lényeges tanulsága a testmozgás testképet védő szerepe, mely az evészavarok prevenciójában is fontos szerepet játszik. Azonban fontos megemlíteni, hogy nem minden testmozgási forma támogatja a pozitív testkép kialakítását és fenntartását, mivel az olyan esztétikai sportok, mint a balett, a korcsolya vagy a szertorna, kapcsolatba hozhatóak a negatív testkép fennállásával, és az evészavarok megnövekedett gyakoriságával (8, 9).

Irodalomjegyzék:

1. **Cash T., F. és Pruzinsky T.:** Body images: Development, deviance, and change. New York, US: Guilford Press. 1990.
2. **Musher-Eizenman D. R., Holub S. C., Edwards-Leeper L. és mtsai:** The narrow range of acceptable body types of preschoolers and their mothers. *Applied Developmental Psychology*, 2003, 24, 259–272.
3. **Dittmar H., Halliwell E., Ive S.:** Does Barbie make girls want to be thing? The effect of experimental exposure to images of dolls on the body image of five 5- to 8-year-old girls. *Developmental Psychology*, 2006, 42, 2, 283-292.
4. **Halliwell E., Dittmar H.:** Associations between appearance-related self-discrepancies and young women's and men's affect, body image, and emotional eating: A comparison of fixed item and respondent-generated self-discrepancy measures. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2006, 32, 447-458.
5. **Bell R. T., Lawton R., Dittmar H.:** The impact of thin models in music videos on adolescent girls' body dissatisfaction. *Body Image*, 2007, 4, 137-145.
6. **Tiggemann M.:** Media influences on body image development. In Cash, T. F és Pruzinsky, T. *Body image: Handbook of theory, research, and clinical practice*. New York, The Guilford Press, 91-98, 2002.
7. **Hall E. E., Baird S. A., Gilbert D. N. és mtsai:** Viewing television shows containing ideal and neutral body images while exercising: Does type of body image content influence exercise performance and body image in women? *Journal of Health Psychology*, 2011, 16, 6, 1-9.
8. **Dukay-Szabó Sz.:** A sportolás és az evészavarok összefüggései. In Túry, F., Pászthy, B. *Evészavarok és testképzavarok*. Budapest, Pro Die Kiadó, 63-77, 2008.
9. **Szabó P.:** A testkép és zavara. In Túry, F., Szabó, P. *A táplálkozási magatartás zavarai: Az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Budapest, Medicina Könyvkiadó RT, 59-76, 2000.

Baby blues és szülés utáni depresszió

Tóth Renáta

adjunktus

SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Egészségmagatartás- és fejlesztés Szakcsoport

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

A baby blues kifejezés jól visszaadja azt a belső zaklatottságot, amelyet a nők a szülésük utáni napokban átélnek. A baby blues időtartama változó, néhány órától néhány napig terjedhet, tetőfokát a szülés után 24 órával éri el. A baby blues pozitív tünetei az öröm, a felfokozott lelkiállapot és a túlradó szeretet. Negatív tünetei: a lehangoltság, a szorongás és aggodás, az üresség érzése, zaklatottság, ingerlékenység, fokozott érzékenység, az elhanyagottság érzése, a fáradtság. (Antoine, 2010) Láthatjuk, hogy ezek a negatív tünetek lényegében azok, amelyeket krízishelyzetekben él át az egyén.

A baby blues az esetek egy részében szülés utáni depresszióban folytatódik. A női bulvárlapok és a pszichológiai szakkönyvek egy része is elfogadott tényként kezeli, hogy a nők 50-75%-át jellemzi a szülés utáni depresszió (Vajda, Kósa, 2005).

A szülés utáni depressziót már a 20. század elején leírták genitális működészavarként. Angliában már a 19. század második felében gyakran hivatkozott a védelem, átmeneti elmezavarra, ha egy anya egy évnél fiatalabb gyermekét ölte meg. Előbb-utóbb széleskörű nézetté vált, hogy a gyermekszülés szükségyszerűen mentális zavart okoz. Az 1970-es években az anyáknak szóló tanácsadó irodalomban már az jelent meg, hogy az a normális, ha valamennyire depressziós a nő szülés után. Sőt, ha nem jelentkezik depresszió, akkor valami baj van az anyával. (Oakly, 1986) A média - és sokszor a szakkönyvek - túlzó és hamis beállításai önbeteljesítő jóslattá válhatnak, normává téve a szülés utáni lehangoltságot. A fiatal anyák hajlamosak lesznek múltó rosszkedvüket, átmeneti szorongásukat depresszióként címkézni. (Vajda, Kósa, 2005)

Ma is az az uralkodó nézet, hogy a szülés utáni depresszió – és általában a női depresszió – a nemi hormonoknak köszönhető. A feminista nézőpontot alkalmazó pszichológusok viszont alaposan megvizsgálták ezt az elképzelést. Ussher (2010) szerint, ha azt tekintjük, hogy a depresszióknak igen magas a prevalenciája a serdülőkorban, a menstruáció, a terhesség, a korai anyaság és a menopauza ideje alatt is, akkor nehezen fogadhatjuk el a depresszió előfordulása és a nemi hormonok szintje közötti korrelációt. Hogyan lenne lehetséges, hogy a női nemi hormonok magas és alacsony szintje is depressziós állapothoz vezet? Azt láthatjuk, hogy amikor a depresszió prevalenciája növekszik, valamilyen krízishelyzettel állunk szemben. A serdülőkor, a terhesség, a szülés vagy a menopauza mind fontos fejlődési krízisei a női létnek. A szülés és a csecsemőgondozás megnövekedett felelősségtudattal, szorongással járhat. Az anyák megterhelése különösen a szülést követő napokban, hetekben igen nagy. A mai gyermekgondozási szokások irreálisan sokat követelnek az anyáktól, így nagyfokú aránytalanság alakulhat ki az anya teherbíró képessége és a csecsemő valódi vagy vélt szükségletei között (Vajda, Kósa, 2005). Azt sem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a nők megküzdési stratégiái eltérőek mint a férfiaké. A nők hajlamosabbak kifejezni negatív érzéseiket, sokszor hosszan rágódnak az eseményeken és gyakran keresnek érzelmi támaszt. Ráadásul kudarcok esetén a nők hajlamosabbak belső attribúciókat adni. (Ussher, 2010)

Egyértelmű összefüggés mutatkozik az anya életkora és a szülés utáni depresszió előfordulása között. Egy reprezentatív amerikai vizsgálatban a 23 éves kor mutatkozott vízválásztónak. 23 éves kor alatt egyértelműen negatív emocionális következményekkel járt az anyaság, míg fölötte pozitíval. Vagyis 23 éves kor alatt az anyáknál nagyobb a depresszió prevalenciája, mint a gyermektelen nőknél. Az anyává válás optimális időpontjának a 30 éves életkor bizonyult: ekkor volt maximális az anyaszerep pozitív hatása a testi és mentális egészségre. Ezt a hatást elsősorban gazdasági és szociális faktorok közvetítik. (Mirowsky, Ross, 2002)

Az anyává válás és a depresszió kapcsolatáról a következőket mondhatjuk el összegzőképpen: az anyává válás folyamatának több olyan állomása is van, amely fejlődési, vagy akár akcidentális krízishelyzetet eredményezhet, ami lehangoltsághoz, szorongáshoz vezethet. Ebben az esetben viszont átmeneti krízisállapotról van szó, amely meghatározott környezeti tényezőkre adott reakcióként értelmezhető. Nagyobb valószínűséggel kerül krízisbe az anya, ha irreálisak az elvárásai magával szemben, ha hiányzik a támogató társas közeg, illetve ha elégedetlen a házasságával, partnerével (Emmanuel és mtsai, 2011). Ezt a krízisállapotot címkézzük a mi nyugati kultúránkban szülés utáni depresszióknak. A női reprodukciós folyamatot kísérő jelenségek magyarázatát – így a szülés utáni lehangoltság esetében is -, és a hétköznapi gyakorlatot meghatározza a kultúra: a társadalmi ideológiák, a hatalom megjelenési formái, a vizuális reprezentációk, a nyelvezet stb. (Ussher, 2008). Ussher (2010) felhívja a figyelmet arra, hogy sok kultúrában még ma sem ismert a depresszió fogalma. A szülés utáni állapotot átmeneti distresszként kezelik. Példaként említi, hogy Japánban 1999-ben indított egy gyógyszer cég kampányt a depresszió mint népbetegség kezelésével kapcsolatban. Ennek következtében az addig az élet részeként kezelt, átmeneti lehangolt állapotokat depresszióként kezdték el diagnosztizálni. 2003-ra a diagnosztizált depressziósok száma exponenciálisan növekedett.

Irodalomjegyzék:

1. **Antoine, C.** (2010): A terhesség és az anyaság pszichológiája, Saxum Kiadó, Budapest
2. **Emmanuel, E. N., Creedy, D. K., St John, W., Brown, C.** (2011): Maternal role development: the impact of maternal distress and social support following childbirth, *Midwifery*, 27, 265-272.
3. **Mirowsky, J., Ross, C. E.** (2002): Depression, parenthood, and age at first birth, *Social Science and Medicine*, 54, 1281-1298.
4. **Oakley, A.** (1986): Feminism, motherhood and medicine – Who cares?, In: Mitchell, J.,
5. **Oakley, A.** (szerk.) What is feminism?, Basil Blackwell, Oxford, 127-150.
6. **Ussher, J. M.** (2008): Kísérlet az örültség, a szexualitás és a reprodukció materiális-diszkurzív elemzésére, In Kende A. (szerk.): *Pszichológia és feminizmus*, L' Harmattan Kiadó, Budapest
7. **Ussher, J. M.** (2010): Are we medicalizing women's misery? A critical review of women's higher rates of reported depression, *Feminism and Psychology*, 20, 9-35.
8. **Vajda Zs., Kósa É.** (2005): *Neveléslélektan*, Osiris Kiadó, Budapest

Útmutató az Acta Sana szerzői számára

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A statisztikai módszereket és azok irodalmát is meg kell adni.

Az eredmények és megbeszélés részeket külön és világosan kell megszerkeszteni.

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

A módszerek, eredmények, megbeszélés részek megfelelő alcímeket kapjanak.

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

7. Irodalmi hivatkozások. Az irodalmi hivatkozásokat a legújabb eredeti közleményekre és összefoglalókra kell korlátozni. Csak azok az irodalmi hivatkozások sorolhatók fel, melyekre a szövegben utalás történt és direkt kapcsolatban vannak a kutatott problémával. A hivatkozásokat idézettségük

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

Példa:

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

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

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

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

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

Az ábrákon és a táblázatokon ugyanazon adatok ne szerepeljenek.

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

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

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

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

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

Postai úton:

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

Szerkesztőség

Guidelines to the Authors of Acta Sana

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

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

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

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

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

Format and style:

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

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

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

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

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

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

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

7. References. The list of literature should be limited to the latest original publications and summaries. Only those references can be listed among the literature which are referred to in the text and are in direct connection with the discussed issue. The references should be put in the order of their appearance in the text. Each item should be written in new lines divided by empty lines. In case of more than three authors, “et al.” should be written after the third author. As for journals, their international abbreviation should be used.

Example:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Address:

Acta Sana Szerkesztősége,

SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,

6726 Szeged, Temesvári krt. 31.

Editors